**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Sueli Aparecida de Castro

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA
DAS REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO HOSPITAL
SANTA TEREZA DE RIBEIRÃO PRETO,
NO PERÍODO DE 2006 A 2007**

RIBEIRÃO PRETO

2009

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA
DAS REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO HOSPITAL
SANTA TEREZA DE RIBEIRÃO PRETO,
NO PERÍODO DE 2006 A 2007**

Sueli Aparecida de Castro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: “O doente, a doença e as práticas terapêuticas”.

Orientadora: Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

RIBEIRÃO PRETO

2009

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Castro, Sueli Aparecida de

Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007. 90 p; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Prof^a Dr^a Furegato, Antonia Regina Ferreira

1. Internação psiquiátrica; 2. Enfermagem psiquiátrica; 3. Saúde mental; 4. Hospital

FOLHA DE APROVAÇÃO

Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007

Sueli Aparecida de Castro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: “O doente, a doença e as práticas terapêuticas”.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonia Regina Ferreira Furegato (orientadora)

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha querida família, em especial aos meus pais pela
motivação e amor incondicional.

Aos portadores de transtorno mental, objetivo maior do
meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela graça de ter me permitido concluir este trabalho.

À querida orientadora Prof^a. Dr^a. Antonia Regina Ferreira Furegato pela verdadeira postura de mestre e orientadora, mostrando o caminho para a construção de um novo conhecimento.

Muito obrigada pelo acolhimento carinhoso e motivador.

Ao Prof. Dr. Jair Licio Ferreira Santos pela grande contribuição na construção do banco de dados e análise dos dados.

À Gilda pelo carinho e dedicação na confecção de tabelas e gráficos e digitação.

À Maria Cristina Câmara Pontes, gerente do Serviço de Arquivo Médico e unidade de Agudos Feminino – HSTRP, por proporcionar condições para a realização deste trabalho.

A todos os funcionários do SAME que colaboraram para a coleta de dados, em especial à Arlete.

À Prof^a. Dr^a. Amábile Xavier Manço, Diretor Técnico do Departamento de Saúde do HST-RP, por permitir a coleta de dados.

RESUMO

CASTRO, S.A. *Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007*. 2009. 90 f. DISSERTAÇÃO (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

Introdução: A Lei nº. 10.216 redireciona o modelo assistencial em saúde mental, enfatizando a convivência comunitária e a atenção extra-hospitalar para portadores de distúrbio mental. No entanto, o Brasil enfrenta um grande desafio na consolidação da reforma psiquiátrica, a qual difunde-se nos discursos, porém as ações de implementação não acontecem na mesma proporção. Constata-se em Ribeirão Preto, o número insuficiente de serviços comunitários, além da fragilidade dos vínculos de integração do usuário com estes serviços. Esses fatos acabam refletindo nas taxas de internações e reinternações psiquiátricas. **Objetivos:** Identificar o perfil sociodemográfico e as condições clínicas das reinternações psiquiátricas no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007 no Hospital Santa Tereza, buscando-se associação entre estas variáveis. **Metodologia:** Para a coleta dos dados foi criado um instrumento "Levantamento de reinternações psiquiátricas"; em seguida foram examinados os prontuários de reinternações, utilizando-se o relatório anual de movimentação dos pacientes. Foi construído um banco de dados com todas as variáveis presentes no instrumento de coleta de dados. **Resultados e discussão:** Dos 2.025 prontuários encontrou-se 681 pacientes reinternados, sendo a maioria proveniente da DRS XIII, branca, entre 40 e 49 anos, masculino, solteiros e nível fundamental incompleto. A maioria das reinternações foi motivada pelo abandono do tratamento isolada ou associada a outras causas e com internações

anteriores de 1 a 4 vezes, em outros hospitais psiquiátricos. Os diagnósticos prevalentes foram esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, transtornos específicos da personalidade. O estado físico foi bom, na admissão e na alta. Quanto ao estado mental observou-se que 85% dos pacientes que entram calmos preservaram este estado. Os tratamentos predominantes foram o farmacológico e o psicológico. A idade do início da doença nos homens (32 anos) é maior do que as mulheres (18 anos) ($P=0,0011$). O tempo de permanência na internação hospitalar é maior para as mulheres do que para os homens, na faixa dos 40 aos 49 anos ($T>t=0,032$). Conclusões: Este estudo possibilitou conhecer as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes reinternados no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto. Confirmou-se que o fluxo de atendimento está de acordo com os princípios de regionalização e hierarquização preconizados pelo Sistema Único de Saúde. A proveniência da maioria das reinternações foi de Ribeirão Preto e a maior proporção dos pacientes já havia sido internada em outros hospitais psiquiátricos. Encontrou-se correlação positiva entre sexo e algumas variáveis, como idade, escolaridade, estado civil, motivo da internação, estado físico na admissão, internações anteriores em outros hospitais psiquiátricos, tipo de alta, tratamento durante a internação e estado físico na alta, bem como com a idade. O estado mental na alta correlacionou-se com a idade dos pacientes reinternados.

Palavras chave: internação psiquiátrica; enfermagem psiquiátrica; saúde mental; hospital

ABSTRACT

CASTRO, S.A. ***Sociodemographic and clinical characterization of psychiatric rehospitalizations at the Santa Tereza Hospital in Ribeirão Preto, from 2006 to 2007.*** 90 f. Thesis (Master) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

Introduction: Law number 10.216 gives a new direction to the mental health care model, emphasizing on community living and extra-hospital care for people with mental disorders. However, Brazil is facing a great challenge to consolidate the psychiatric reform, which is broadly discussed, but effective actions do not follow the same rate. In Ribeirão Preto there are insufficient community services. As a consequence, there is an effect on psychiatric hospitalizations and re-hospitalizations. **Objectives:** to identify the sociodemographic profile and the clinical conditions of psychiatric patients that were rehospitalized from January 2006 to December 2007 in the Santa Tereza Hospital, seeking an association between these variables. **Methodology:** the data was collected using a tool created specifically for this means, named "A survey of psychiatric rehospitalizations". Next, the records of patients who were hospitalized were analyzed according to the annual patient flow report. A data bank was created, comprising all the variables from the data collection instrument. **Results and discussion:** It was found that 681 of the 2,025 patient records referred to re-hospitalized patients, most of whom had been referred from the DRS XIII Regional Health Directory, were white, between 40 and 49 years old, male, single, and had incomplete primary education. Most rehospitalizations were due to the patient's dropout exclusively or in association with other causes and with previous hospitalizations occurring between 1 and 4 times in other psychiatric hospitals. The

prevalent diagnoses were: schizophrenia, bipolar affective psychosis, mental and behavior disorders due to the use of alcohol, and specific personality disorders. The patients' physical condition was good at both admission and discharge. As for the patients' mental condition, it was observed that 85% of the patients who enter calmly remain that way. The predominant treatments were pharmacological and psychological. The age of onset in men (32 years) is higher than that in women (18 years) ($P=0.0011$). The length of stay is higher among women compared to men, for the age range 40 to 49 years ($T>t=0.032$). **Conclusions:** This study made it possible to learn about the sociodemographic and clinical characteristics of patients who were rehospitalized in the Santa Tereza Hospital in Ribeirão Preto. It was confirmed that the service flow is in accordance with the principles of regionalization and hierarchization recommended by the Unified Health System. Most rehospitalized patients lived in Ribeirão Preto and most had already been hospitalized in other psychiatric hospitals. A positive correlation was found between gender and other variables, such as age, education level, marital status, reason for hospitalization, physical condition at admission, previous hospitalizations, type of discharge, treatment during hospitalization, and physical condition at discharge, as well as age. The patients' mental condition at the moment of discharge was correlated with the age of rehospitalized patients.

Keywords: psychiatric hospitalization; psychiatric nursing; mental health; hospital

RESUMEN

CASTRO, S.A. ***Caracterización sociodemográfica y clínica de las reinternaciones psiquiátricas en el Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, entre 2006-2007.*** 90 f. Tese (Máster) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

Introducción: La Ley nº 10.216 redirecciona el modelo de atención en salud mental, enfatizando el vivir en comunidad y la atención extra-hospitalaria para portadores de disturbo mental. Todavía, el Brasil enfrenta un gran desafío en la consolidación de la reforma psiquiátrica, la cual se difunde en los discursos, pero las acciones de implementación no acontecen en la misma proporción. Se constata un número insuficiente de servicios comunitarios en Ribeirão Preto, además de la fragilidad de los vínculos de integración del usuario con esos servicios. Esos hechos reflejan en las tasas de internación y reinternación psiquiátricas. **Objetivos:** Identificar el perfil sociodemográfico y las condiciones clínicas de las reinternaciones psiquiátricas entre enero de 2006 y diciembre 2007 en el Hospital Santa Tereza, buscando asociación entre esas variables. **Metodología:** Fue creado un instrumento "Encuesta de reinternaciones psiquiátricas" para la recolecta de datos; en seguida fueron examinados los registros médicos de reinternaciones, utilizando el informe anual de desplazamiento de los pacientes. Fue construido un banco de datos con todas las variables del instrumento de recolecta de datos. **Resultados y discusión:** De los 2.025 registros médicos, fueron encontrados 681 pacientes reinternados, siendo la mayoría originados de la DRS XIII, blanca, entre 40 y 49 años, masculino, solteros y con nivel de educación primaria incompleta. La mayoría de las reinternaciones fue motivada por el abandono del tratamiento, de forma aislada, o asociada a otras

causas y con internaciones anteriores de 1 a 4 veces, en otros hospitales psiquiátricos. Los diagnósticos más frecuentes fueron esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastornos mentales y comportamentales por el uso de alcohol y trastornos específicos de la personalidad. Se constató buen estado físico en la admisión y en el alta. Cuanto al estado mental, se observó que el 85% de los pacientes que ingresaron calmos preservaron ese estado. Los tratamientos predominantes fueron el farmacológico y el psicológico. La edad de inicio de la enfermedad en los hombres (32 años) es mayor que en las mujeres (18 años) ($P=0,0011$). El tiempo de permanencia en la internación hospitalaria es mayor para las mujeres que para los hombres, en la franja etaria de los 40 a los 49 años ($T>t=0,032$). **Conclusiones:** Ese estudio permitió conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes reinternados en el Hospital Santa Tereza, de Ribeirão Preto. Se confirmó que el flujo de atención está de acuerdo con los principios de regionalización y jerarquización recomendados por el Sistema Único de Salud. La mayoría de las personas reinternadas era originaria de Ribeirão Preto, y la mayor proporción de los pacientes ya había sido internada en otros hospitales psiquiátricos. Se encontró correlación positiva entre sexo y algunas variables, como edad, escolaridad, estado civil, motivo de la internación, estado físico en la admisión, internaciones anteriores en otros hospitales psiquiátricos, tipo de alta, tratamiento durante la internación y estado físico en el alta. El estado mental en el alta se correlacionó con la edad de los pacientes reinternados.

Palavras chave: internação psiquiátrica; enfermagem psiquiátrica; saúde mental; hospital

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	14
II	OBJETIVOS	27
III	METODOLOGIA	28
	<i>A - Tipo de pesquisa</i>	28
	<i>B- Local da pesquisa</i>	29
	<i>C - Amostragem e procedimentos de coleta de dados</i>	32
	<i>D - Instrumento de coleta de dados</i>	33
	<i>E - Procedimentos éticos</i>	34
	<i>F - Procedimentos de análise</i>	34
IV	RESULTADOS	34
	<i>A - Apresentação dos dados</i>	34
	<i>B - Relação entre as reinternações e demais variáveis</i>	51
V	DISCUSSÃO	53
VI	CONCLUSÕES	76
VII	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

I - INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica torna-se necessária sempre que a pessoa com transtorno mental apresenta um quadro clínico compatível com uma patologia acompanhada de sofrimento e de algum tipo de incapacidade.

A saúde mental tem passado por importante processo de transformação em suas bases teóricas e práticas assistenciais, decorrentes do contexto internacional e das políticas desenvolvidas pela Agência Nacional de Saúde.

Ao longo das últimas décadas, diversos países têm políticas de atenção em saúde mental baseadas no elemento central comum de alteração do eixo da atenção do hospital para a comunidade, objetivando a continuidade e a atenção integral (DESVIAT, 1994; LEFT, 1997; AMARANTE, 2001).

O relatório sobre a saúde no mundo, da Organização Mundial da Saúde enfatiza que não deverá existir discriminação aos doentes mentais e que deverá ser concedido a todo o doente o direito de ter os cuidados necessários, na sua própria comunidade. Termina afirmando que todo o doente deverá ter o direito de ser tratado de forma menos restritiva e intrusiva, num ambiente o menos limitativo possível (OMS, 2001).

Hoje, o Ministério da Saúde brasileiro determina que as equipes de saúde mental repensem o modelo de atendimento e estimula a criação de serviços alternativos aos manicômios. A principal finalidade é permitir que pessoas com problemas psíquicos não sejam excluídas do convívio social.

A nova legislação brasileira está alicerçada nas diretrizes da Lei nº. 10.216 de 06/04/2001 que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Destaca-se desta lei, a ênfase sobre a convivência comunitária e a atenção extra-hospitalar para pacientes com distúrbios mentais (BRASIL, 2004).

O primeiro aspecto a ser destacado é a preocupação com o diagnóstico, pois quando bem definido norteará o início de todas as intervenções farmacológicas, psicológicas e sociais necessárias para ser elaborado o plano terapêutico. O enfoque está colocado no desenvolvimento da capacidade do indivíduo em compreender a doença, buscar maior autonomia individual e ajudá-lo a compreender o processo saúde-doença tornando-se participante ativo neste processo.

A abordagem médica psiquiátrica de muitos transtornos mentais ocupa papel fundamental em seu diagnóstico e tratamento. Porém, é preciso reconhecer que outras modalidades terapêuticas, além daquelas de natureza predominantemente medicamentosas, revestem-se de igual importância para a obtenção de resultados clínicos relevantes e duradouros.

Por outro lado, o diagnóstico superficial poderia trazer prejuízos às pessoas e perder elementos importantes que o ajudariam na compreensão do distúrbio atual e suas implicações.

O tratamento apropriado implica no uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e sociais de forma clinicamente significativa, equilibrada e integrada (OMS, 2001).

Os conceitos de desospitalização, desinstitucionalização e rede de atenção guiam o processo de mudança de foco dominante das ações psiquiátricas da área intra-hospitalar para extra-hospitalar, onde os serviços ambulatoriais e centros de

atenção diária passam gradativamente a assumir e dividir o papel da assistência em saúde mental.

Dessa forma, foi necessária a criação de serviços alternativos e a constituição de uma nova rede de atendimento em saúde mental para gradativamente, substituir o modelo hospitalocêntrico. Foram criados serviços ambulatoriais, com equipes multiprofissionais voltadas para a saúde mental nas unidades primárias e secundárias do sistema público de saúde, centros e núcleos de atenção psicossocial, hospitais-dia, unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais, centros de convivência, oficinas terapêuticas, lares abrigados, cooperativas e grupos de trabalho (CONTEL, 1980; VASCONCELOS, 1995; LANCMAN, 1997; BRASIL, 2007).

No Brasil, os macrohospitais psiquiátricos decrescem gradativamente e deixam de ser a base para a assistência psiquiátrica, cedendo lugar aos serviços de base comunitária, de variada complexidade, os quais devem ser utilizados de acordo com a complexidade dos quadros nosológicos atendidos.

Não obstante os esforços daqueles que acreditam nesta proposta, a atenção comunitária ainda enfrenta problemas operacionais, devido aos problemas de transferência de recursos do fechamento de hospitais para os serviços comunitários, além do despreparo dos profissionais para aceitar mudanças de seus papéis (OMS, 2001).

Nos últimos anos, conseguiu-se, gradativamente, a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais foram objetos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde. Como resultado deste processo, o número de serviços mais que dobrou, sendo que a rede CAPS totalizou 1011 serviços no ano de 2006, presentes em todos os estados da federação (BRASIL, 2007).

Os novos serviços mostram a possibilidade de outros tipos de intervenção em relação à doença psíquica, combatendo a exclusão, a estigmatização e a cronificação do transtorno mental.

Há mais de 20 anos Pitta-Hoisel (1984) dizia que através desses serviços é possível racionalizar as internações e oferecer outras formas de atendimento que não o hospitalar, além de controlar a porta de entrada dos asilos, diminuindo assim o número de internações e reinternações.

Paralelamente, nas últimas décadas, importantes avanços técnicos e farmacológicos têm acontecido no campo da psiquiatria e da neurociência, favorecendo a reorganização da assistência aos doentes mentais. Neste sentido, é possível manter pessoas gravemente enfermas por maior tempo em convívio com seu meio social, alargar os períodos livres de sintomas e obter maior êxito com procedimentos visando reabilitação e reinserção social.

Entretanto na prática, observa-se que nem tudo acontece conforme as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e dos avanços da ciência (DATASUS, 2004; MELLO; FUREGATO, 2007). As recidivas das reinternações continuam acontecendo em alta proporção, o período médio de internação também é grande e o espaço entre as reinternações de um número relativamente grande dos pacientes é muito pequeno.

Diante de fatos como estes percebe-se que o Brasil enfrenta um grande desafio na consolidação da reforma psiquiátrica.

Na verdade, é necessário considerar a Reforma Psiquiátrica sob um prisma mais amplo, através do qual se observa a redução de leitos psiquiátricos em um número superior à criação de serviços psiquiátricos comunitários alternativos ao asilamento.

O movimento de reorientação do modelo assistencial brasileiro no campo da saúde mental difundiu-se muito no discurso, mas as ações para a implementação dos novos serviços estão aquém do necessário.

A discriminação ao portador de transtorno mental e as próprias limitações causadas pela doença provocaram a exclusão e construíram a cultura de dependência. A transformação dessa cultura pressupõe inversão do pensar, de todos que ajudaram a condicioná-la.

Segundo Lancman (1997), o maior número de atendimentos ambulatoriais não é sinônimo de maior resolutividade. Sabe-se que muitas vezes esses serviços são de pouca eficácia, geradores de demanda e cronificadores.

Concomitantemente, observa-se que os familiares estão sobrecarregados, pois transferiu-se a responsabilidade institucional para os mesmos, que passam a ter papel de relevância perante as instituições de atendimento em saúde mental, porém não recebem o apoio esperado desses profissionais para assumirem o seu familiar "doente" no contexto familiar.

Alguns conflitos familiares emergentes são a culpa, a dificuldade para enfrentamento da situação vivenciada, muitas vezes pelo isolamento social, pela sobrecarga financeira, pela dificuldade no relacionamento com o doente mental e desconhecimento da doença (KOGA; FUREGATO, 2002).

O ápice do problema acontece quando os familiares perdem as esperanças da reabilitação do doente, após sucessivas internações (OLIVEIRA et al., 2005). No entanto, apesar desta constatação, verifica-se que muitos familiares só não sabem o que fazer, aliás fazem todo o arranjo e até se isolam do mundo, demonstrando que a família, ainda, é o melhor lugar de acolhimento, para esses doentes (FUREGATO; SANTOS; NIEVAS; SILVA, 2002).

O trabalho com a família deve ser realizado desde as primeiras internações no sentido de não se romper o vínculo entre o doente e os seus familiares. Esta conscientização é deveras importante, pois 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais, neurobiológicas ou de problemas relacionados com o abuso de álcool e de drogas. Portanto, rara é a família poupada de um encontro com perturbações mentais (OMS, 2001).

A clientela tem um conjunto de necessidades muito complexas que não se resumem no controle da sintomatologia psíquica e somática, mas que envolvem a integração na sociedade e o desempenho de papéis sociais de forma adequada. Necessitam de suporte para enfrentar as exigências da vida cotidiana e melhorar sua qualidade de vida, apesar da doença.

Esta maneira de ver o adoecimento psíquico elimina a visão reducionista dos problemas mentais agregando os fatores biopsicossociais, novas formas de abordar, tratar e organizar a rede de assistência psiquiátrica.

Segundo Bandeira e Ireno (2002), os portadores de doenças psicóticas apresentam dificuldades para o enfrentamento dos problemas cotidianos. Tal situação aumenta o stress, contribuindo para a recorrência de sintomas e reinternações.

A fragmentação e a descontinuidade do atendimento são problemas freqüentes da atenção a este tipo de cliente. A internação psiquiátrica (e mais ainda no caso de diversas internações repetidas) deve ser sinônimo de alerta epidemiológico, devendo desencadear estratégias de seguimento adequadas e integradas dos setores envolvidos no atendimento.

Com o advento da reforma psiquiátrica e as conseqüentes transformações nos padrões de atendimento crescem as pesquisas voltadas para o conhecimento

sócio-demográfico, clínico e epidemiológico das internações psiquiátricas, as quais contribuem para o planejamento e organização dos serviços que constituem a rede de assistência psiquiátrica e para o aprimoramento das políticas assistenciais.

O sistema de informações em serviços médico-hospitalares e ambulatoriais é fundamental para a correta avaliação da assistência oferecida. As informações registradas não representam dados aleatórios, pois refletem as condições de vida e saúde da população bem como a estrutura dos serviços de saúde e as políticas assistenciais (YAZLLE; SIMÕES, 1993).

O índice de reinternações deve ser visto como um problema social, ou seja, é preciso agir para reintegrar este contingente de pacientes que recebe alta e é sucessivamente reinternado (CONTEL, 1994). Estes índices podem refletir um número variado de componentes, das condições dos pacientes, de sua família, da comunidade, das equipes profissionais e das instituições psiquiátricas.

As informações pressupõem, não apenas o desenvolvimento técnico especializado, mas também, melhor compreensão do social e da capacidade de construir estratégias operacionais com o objetivo de romper a cadeia de reinternações.

A reinternação psiquiátrica é complexa podendo refletir as condições dos pacientes, das famílias, da comunidade e das instituições psiquiátricas. Por isto, não pode ser um instrumento de medida isolada (SANTOS, 2003).

Não é nova a concepção de que os serviços intermediários, na medida em que utilizam técnicas de cuidado, conforto, farmacologia, psicoterapia, orientação vocacional e profissional, terapia ocupacional, recreação e arteterapia, inclusão da família e mesmo da comunidade no tratamento do paciente, promovem a adesão do

paciente ao tratamento externo, com conseqüente prevenção de reinternações (CONTEL, 1994).

Atualmente, acredita-se que o ponto chave para a redução das internações e reinternações não seja o simples aumento do tempo de internações, mas a disponibilidade e o uso dos serviços extra-hospitalares que devem criar dispositivos sociais de tratamento onde a exclusão seja questionada amplamente, assumindo inclusive o indivíduo em episódios de crise, como é o caso dos CAPS III (BRASIL, 2004).

Além disso, é responsabilidade de todos os serviços de atenção psiquiátrica, em especial os comunitários, o esclarecimento sobre a doença e suas conseqüências, o qual se faz necessário e urgente. O acompanhamento e o tratamento no meio social só serão possíveis com a mudança de cultura de todos (profissionais, sociedade e dos próprios doentes).

A atenção, baseada na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais do que somente o tratamento institucional. Os serviços de base comunitária devem promover intervenções precoces e limitar o estigma associado ao tratamento, impedindo a exclusão e a cronificação de doenças severas.

A mudança para a atenção comunitária requer disponibilidade de trabalhadores e de serviços em saúde com a provisão de apoio nas crises e proteção social. Por isso, tornam-se imprescindíveis programas de educação continuada nos serviços para a qualificação dos profissionais de saúde, o que contribuirá para a reorganização do processo de trabalho, aumentando a eficácia do tratamento e a qualidade geral da assistência.

A internação é um procedimento clínico terapêutico indicado para resguardar pacientes afetados por alguma enfermidade mental que altera o psiquismo em seu juízo crítico e sua capacidade de conter impulsos ou mesmo na iminência de expor o indivíduo a riscos que causem danos a si ou a outrem. Legalmente está centrado no diagnóstico e na prescrição do médico.

Todavia, a internação psiquiátrica é um procedimento complexo, que vai além dos aspectos técnicos da medicina. Há outras determinações envolvidas no ato da internação, concernente às representações que a sociedade tem sobre a doença mental, ao grau de tolerância do meio a comportamentos aberrantes e incoerentes, ao posicionamento mais ou menos passivo do sujeito frente a sua doença e, ao grau de acesso do doente a outras modalidades assistenciais em saúde mental (ODA, 2002). Entende-se que a internação seja importante apenas quando há algum tipo de ruptura no acompanhamento em espaços abertos.

Os motivos que entram em jogo no processo de internação psiquiátrica são complexos e variam de acordo com o contexto assistencial. Alterações comportamentais, afetivas ou ideativas inespecíficas, além de expectativas, valores e tolerâncias do meio sociofamiliar podem influenciar a decisão pela internação tanto quanto o diagnóstico psiquiátrico em si.

Na internação, o poder de decisão fica muito limitado e todas as suas ações são controladas pelas normas da instituição, sem nenhuma preocupação com a singularidade do sujeito (VIANNA; BARROS; MARTINS, 2004). Este ambiente fecha muitas possibilidades da pessoa retornar à sociedade e acentua ainda mais as diferenças.

Por isso a internação psiquiátrica deve ser realizada criteriosamente, com o intuito de não desencadear um círculo vicioso de múltiplas internações o que interromperia a vida produtiva do indivíduo junto à família e à comunidade.

Apesar de todo o avanço, observa-se, ainda, o paradigma da exclusão social representado pelo isolamento, pelos preconceitos e pela perda da cidadania com conseqüentemente segregação social. Tais fatores acabam por influenciar a frequência de reinternações psiquiátricas hospitalares, as quais podem inclusive revelar a qualidade e a eficácia dos serviços extra-hospitalares.

Quando ocorre uma reinternação, algo deve estar acontecendo em algum ponto, com estes pacientes, no serviço de internação, ou nos demais serviços extra-hospitalares, onde o paciente é acompanhado ou uma combinação de todos os elementos (SANTOS, 2003).

Portanto, se a institucionalização de pessoas portadoras de transtorno mental afeta negativamente a recuperação e se houver serviços comunitários adequados ajudando a superar as crises agudas sem atentar contra a vinculação social e familiar, estes recursos devem ser acionados (AMICO, 2005).

Os serviços extra-hospitalares deveriam ajudar as pessoas com incapacidades psiquiátricas a reintegrar-se à comunidade e melhorar seu funcionamento psicossocial, permitindo manter-se em seu entorno social, nas condições mais normais e independentes possíveis (RODRIGUES, 1997).

Muitos são os fatores que podem influenciar nas taxas de reinternações. Diante de cada caso, deve-se considerar a história natural e a gravidade da doença psiquiátrica, as quais sugerem que o fenômeno da porta giratória ocorre mais naqueles pacientes crônicos com maiores comprometimentos e que permaneceram hospitalizados por longo tempo. Uma segunda questão é associar as reinternações

com fatores sociais como nível socioeconômico, origem cultural, carência de suporte social e familiar e deficiências do sistema de saúde (GASTAL et al., 2000).

Na prática diária, o perfil dos pacientes que estão sendo internados também tem mudado, ao longo desses anos, com aumento da complexidade dos casos, pacientes refratários a diversos tratamentos, aumento de internações por mandato judicial e aumento do número de primeiras internações.

Em algumas localidades apesar de estar ocorrendo o processo de desinstitucionalização, a redução do tempo de internação observada ainda tem sido seguida de um aumento significativo das reinternações. Ao invés de passar anos em um mesmo hospital, um subgrupo de pacientes (principalmente psicóticos e alcoolistas) passou a circular de hospital em hospital, através de internações breves. Isto foi denominado “fenômeno da porta giratória” (revolving - door) (DALGALARRONDO, 1995; MELLO; FUREGATO, 2007).

O “**revolving - door**” (porta giratória) é um indicador direto da assistência hospitalar mas, por via indireta ou virtual, diz muito sobre o funcionamento dos serviços da comunidade (MORGADO; LIMA, 1994). O estudo de Mello e Furegato (2007) apresenta um levantamento do DATASUS, focalizando o movimento de internações psiquiátricas na cidade do Rio de Janeiro entre 1996 e 2006, com indicadores desta problemática.

Sob a ótica da cobertura assistencial, a maioria dos serviços alternativos à internação apresentam um baixo potencial de cobertura, principalmente para os pacientes com quadros clínicos mais severos e de maior cronicidade. Essa linha de raciocínio leva a crer que a maior responsabilidade do cuidado com os pacientes crônicos tem sido creditada às famílias.

Refletindo sobre a situação atual dos pacientes internados observa-se a fragilidade dos vínculos de integração do usuário com os serviços extra-hospitalares e a falta de suporte familiar tanto pelo desconhecimento sobre a doença como pela impossibilidade econômica ou social para acolhê-lo.

Outro problema observado no cotidiano é a falta de integração dos serviços extra-hospitalares com o hospital, resumindo-se em agendamento da consulta no período de 10 dias e fornecimento de medicações para diminuir os riscos de abandono do tratamento, até o retorno no serviço comunitário de referência.

Em Ribeirão Preto há um esforço para suprir esta desarticulação. Todas as sextas-feiras há reuniões com representantes de todos os serviços de saúde mental, onde são discutidos os casos encaminhados para internações provenientes dessas unidades, tais como articulação de condutas, agendamentos de egressos do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, tratamentos, questões sociais e informações gerais sobre o funcionamento dos serviços.

Mensalmente, acontece a reunião do Colegiado dos Interlocutores Municipais e de outros serviços de saúde mental do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII). As pautas são estabelecidas previamente, buscando discutir as dificuldades, políticas de saúde mental e os casos de difícil manejo nos diversos serviços de saúde da região de Ribeirão Preto.

É importante a integração das equipes interinstitucionais a fim de se conhecer, aprender e criar alternativas conjuntas para proporcionar uma assistência que leve em conta as necessidades biopsicossociais dos portadores de transtornos mentais.

A equipe do setor de internação de casos agudos do Hospital Santa Tereza trabalha sempre com grande sobrecarga, tendo que manter leitos disponíveis para

internações. O Santa Teresa é referência de internação de especialidade psiquiátrica para a população do DRS XIII, composta por 25 municípios (Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodósqui, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataporã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho). Conta com 582 funcionários envolvidos, direta ou indiretamente, com a assistência.

Como enfermeira de uma unidade de internação de pacientes Agudos Feminino de um Hospital Psiquiátrico em Ribeirão Preto observa-se que a incidência de reinternações tem se tornado um problema para os pacientes. Percebe-se que reinternam por diferentes motivos, tais como falta de suporte familiar e social, não adesão e abandono do tratamento, falta de medicamentos na rede, interrupção do tratamento por falta de médicos na rede e por recaídas clínicas.

No exercício das atividades inerentes à profissão de enfermeira, observa-se que o modelo hospitalocêntrico, ainda, está muito arraigado à assistência psiquiátrica, aparentando ser o local que resolverá todos os problemas tanto de ordem somática, psicológica e social dos pacientes. Para muitos familiares embora o hospital ainda seja visto como asilo é o alívio para seus problemas e sua sobrecarga. Essa situação limita a avaliação de cada caso, empobrece as possibilidades de compreensão da realidade e acaba por cronificar os pacientes “agudos” que passam a se internar inúmeras vezes no hospital psiquiátrico.

Todas as pessoas envolvidas no processo do cuidar (profissionais e familiares dos doentes) ainda carecem de melhor compreensão das necessidades desses pacientes e dos seus familiares.

O trabalho em equipe articula-se com a noção de multiplicidade de problemas, dificuldades e tarefas que a doença mental suscita. Portanto, não bastam o diagnóstico e o tratamento farmacológico. É preciso trabalhar no sentido da reabilitação social e laboral, do desenvolvimento de diferentes formas de psicoterapia e do investimento no trabalho com a família (DALGALARRONDO, 1995), ampliando a rede de relações com a comunidade.

Como principal instituição mundial de saúde pública, a OMS tem a responsabilidade de assegurar que a atual geração seja a última a permitir que a vergonha e o estigma tomem a dianteira sobre a ciência e a razão (OMS, 2001).

Portanto, as considerações aqui colocadas justificam o propósito de se analisar o perfil dos pacientes portadores de transtorno mental para relacioná-lo às reinternações psiquiátricas no Hospital Santa Tereza Ribeirão Preto com a finalidade de apresentar dados que ajudem a impulsionar um atendimento mais efetivo e especializado na instituição e, por conseguinte, na rede de atenção à saúde, para diminuição da frequência de internações psiquiátricas.

II-OBJETIVO

Identificar o perfil sociodemográfico, as condições clínicas, o diagnóstico médico, os tratamentos e o que motivou as reinternações psiquiátricas no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007 no Hospital Santa Tereza, buscando-se associação entre estas variáveis.

III-METODOLOGIA

A - Tipo de pesquisa: Esta investigação utiliza-se de metodologia exploratório-descritiva, baseada em dados secundários, ou seja, no levantamento de informações contidas nos prontuários do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, dos anos de 2006 e 2007.

As pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais importantes é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 1991; ANDRADE, 2001; LAKATOS, 2001).

Dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo, sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade (GIL, 1991). Trabalha sobre dados ou fatores colhidos da própria realidade (CERVO, 1996).

Os estudos exploratórios não elaboram hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir objetivo, familiarizar-se com o fenômeno e descobrir novas idéias. Realiza buscas bem planejadas de uma determinada situação e procura encontrar relações existentes entre seus elementos (CERVO, 1996).

Os estudos exploratórios e descritivos combinados são estudos que têm por objetivo descrever o mais completamente possível determinado fenômeno com análises empíricas e teóricas (GIL, 1991).

B- Local da pesquisa: A partir de 23 de março de 2000, pelo decreto nº 44.786 (D.O, 2000) altera-se a denominação do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (HSTRP) para Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto. Este mesmo decreto dispõe, ainda, sobre sua reorganização e dá providências correlatas.

A partir de 2001 efetiva-se a reorganização no seu organograma administrativo, descentralizando os níveis hierárquicos em 5 gerenciamentos diretamente ligados ao diretor do Hospital (Diretor Técnico do Departamento de Saúde), denominados Gerência de Atenção Integral a Saúde (GAIS). Todos esses GAIS recebem apoio e suporte dos Núcleos de Apoio (Clínico, Nutrição e Dietética, Administrativo, Finanças e Suprimentos, Atividades Complementares e Processamento de Roupas).

Organograma administrativo do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP)

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo

A missão do HSTRP é promover a melhoria contínua da saúde mental da população de Ribeirão Preto e região, de acordo com os princípios do SUS, prestando atendimento humanizado e de qualidade, tendo por finalidade:

I - prestar assistência médico-hospitalar, em regime de internação integral, parcial ou ambulatorial, visando à promoção da saúde, ao tratamento, à reabilitação e à reinserção social na área de saúde mental, e em outras a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, em conformidade com as necessidades local e regional de saúde;

II - promover a qualidade da assistência integral à saúde, aperfeiçoando e desenvolvendo recursos humanos do setor;

III - promover estudos e investigações científicas na área de saúde e correlatas, observadas as normas éticas, administrativas e legais vigentes;

IV - propiciar o desenvolvimento de campos de estágios, de ensino, treinamento, aperfeiçoamento de estudantes e profissionais da área hospitalar, de saúde pública e outras ligadas à saúde;

V - participar do processo de transformação da assistência psiquiátrica que consiste na implementação do modelo assistencial humanizado, no rompimento da lógica manicomial e na desinstitucionalização.

Os setores de Agudos Feminino, Masculino e Dependentes Químicos fazem parte, respectivamente, dos gerenciamentos GAIS I e II. Cada setor de Agudos possui 30 leitos para internação e o setor de Dependentes Químicos possui 20 leitos para internação. Cada setor tem sua equipe multiprofissional.

A missão dos dois setores de Agudos é oferecer tratamento humanizado e individualizado aos pacientes, a partir dos 16 anos, pertencentes à DRS-XIII, portadores de transtorno mental, que se apresentam em situação de risco iminente para si próprios ou para outros, visando à proteção e diminuição dos sintomas e o retorno ao convívio sócio-familiar e, em condições de seguimento extra hospitalar.

O setor de Dependentes Químicos possui a missão de oferecer tratamento humanizado e individualizado, em internação voluntária a pacientes a partir dos 16 anos, pertencentes à DRS-XIII, objetivando-se a desintoxicação química em condições de seguimento extra-hospitalar e o retorno ao convívio sócio-familiar.

O Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, seguindo a Política de Humanização, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003 e pela Secretaria do Estado da Saúde implantou o Grupo de Humanização e Qualidade de Vida. Iniciaram-se as práticas de humanização com a estruturação do Cantinho da Beleza, Conte Comigo, Ouvidoria e Leia Comigo.

Em 2006 o hospital desenvolveu o programa de capacitação para auxiliares de enfermagem, prevenção ao uso de álcool e drogas, ginástica laboral, coral, dança e reflorestamento. É o primeiro hospital do interior de São Paulo a conquistar o Selo Verde conferido pela Secretaria de Saúde de São Paulo a hospitais que adotam medidas de preservação ambiental. O reflorestando foi realizado com árvores nativas em toda a área do hospital com participação de pacientes e funcionários.

Preocupado com a saúde do trabalhador a administração implantou o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMET), com contratação de um médico do trabalho e um auxiliar de enfermagem para a unidade e contando com a colaboração de uma enfermeira, após capacitação pela Secretaria do Estado da Saúde.

A instituição ampliou os estágios para as escolas técnicas e universidades, contribuindo para a formação dos futuros profissionais.

Em relação aos pacientes moradores, o trabalho de ressocialização tem obtido êxitos na reinserção dos moradores no convívio social comunitário e familiar.

As assistentes sociais localizaram muitos familiares de moradores após décadas de contato interrompido.

O hospital ainda recebe pacientes moradores oriundos de outros hospitais decorrentes de fechamentos permanentes ou por transferência. Com esta medida visa realizar o trabalho de reaproximação com familiares.

O Centro de convivência foi inaugurado em 06/09/2002 com a proposta de dar continuidade à Política Municipal de Atendimento à terceira idade, como a primeira etapa do Complexo Gerontológico Santa Tereza de Ribeirão Preto, em parceria com o município. No entanto por razões de ordem operacional, a referência para o idoso transferiu-se para o Hospital das Clínicas. Hoje o Centro de Convivência é aberto para toda a população do município proporcionando atividades socioculturais.

Esta instituição vem promovendo uma mudança substancial no padrão de assistência aos seus usuários e familiares, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados, além do aprimoramento das relações entre os profissionais, usuários e comunidade.

C - Amostragem e procedimentos de coleta de dados: A coleta dos dados ocorreu no período de novembro de 2007 a março de 2008, no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital Santa Tereza.

Para a seleção dos prontuários foi utilizado o censo diário. Foram excluídos os prontuários dos pacientes de primeira internação.

a)-Levantamento: Utilizou-se, primeiramente, o relatório anual de movimentação dos pacientes com a finalidade de identificar as reinternações

ocorridas na instituição, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Estimava-se a presença de uns 600 registros.

A pesquisa em prontuários teve a finalidade de responder as questões contidas no instrumento.

A referência para ser utilizada na amostra foi a última internação, não se levando em consideração o número de reinternações e se o paciente estava ou não internado, no momento da pesquisa.

b)-Identificação: Foram identificados, por códigos, os pacientes reinternados nesse período.

D – Instrumento de coleta de dados: Fichário para o registro dos dados dos prontuários, denominado “Levantamento de reinternações psiquiátricas” – LRP (anexo 1), composto de duas partes:

1-Identificação do sujeito (idade, sexo, etnia, escolaridade, local de nascimento e estado civil);

2-Informações clínicas na entrada (motivo da internação, estado físico e mental, internações anteriores, início da doença e diagnóstico médico) e na alta hospitalar (tipo e tratamento efetuado durante a internação, condições físicas e mentais, diagnóstico, esquema medicamentoso e proposta terapêutica). (Anexo I)

Para elaborar este instrumento sobre questões sócio-demográficas e clínicas, utilizou-se informações contidas na guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Boletim de Alta Hospitalar da última internação e outras encontradas em internações anteriores, principalmente os dados de identificação dos sujeitos, informações sobre início da doença e internações em outros hospitais.

E - Procedimentos éticos: O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da EERP, atendendo às normas do CEP 196/96. Solicitou-se dispensa do Termo de Consentimento tendo em vista que a pesquisa seria realizada com dados secundários (protocolo nº 0829/2007). Obteve-se autorização do Comitê de Pesquisa do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP) para este procedimento, em 14/08/2007.

F - Procedimentos de análise: Após o término, da coleta dos dados elaborou-se uma planilha com todas as informações. Os sujeitos estão identificados através de código numérico.

As informações foram agrupadas de acordo com as características sócio-demográficas e clínicas dos sujeitos pesquisados.

Foram realizadas as análises descritivas dos dados, buscando correlações entre as diferentes variáveis com base nos achados do estudo. Para esta análise foi utilizado o STATA.

Os dados foram analisados relacionando as reinternações com sexo e faixa etária utilizando-se o teste Exato de Fisher, teste do Qui-Quadrado de Pearson e teste das Médias.

A discussão teve como suporte a literatura sobre o tema.

IV-RESULTADOS

A – Apresentação dos dados.

Pesquisas que buscam o conhecimento do perfil dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos podem auxiliar na implantação e implementação de

mudanças na reorganização da política assistencial dentro e fora dos hospitais psiquiátricos.

As informações hospitalares vêm assumindo crescente relevância para o planejamento, a gerência e a pesquisa (VERAS; MARTINS, 1994).

Neste estudo, tendo por base as questões contidas no instrumento de coleta de dados foi possível organizar as informações sobre os pacientes que passaram por reinternações no HSTRP, em duas categorias temáticas: 1-as sócio-demográficas e 2-as clínicas.

a) - Perfil sócio-demográfico dos sujeitos com reinternações psiquiátricas

No período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007 houve 2040 internações no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, dentre as quais 681 (34%) correspondem a reinternações.

Na Tabela 1 observa-se o sexo e o estado onde nasceram os 681 sujeitos reinternados no período. Três quartos nasceram na região sudeste, predominando o estado de São Paulo (64%). Na amostra havia 422 do sexo masculino e 259 do sexo feminino, portanto, mais de 60% eram homens.

Dos nascidos em Minas Gerais havia uma presença significativa (10%). Nas regiões sul e nordeste nasceram 3,6% e 3,8% dos sujeitos e menos de 1% na região centro oeste. Em todas as regiões observa-se a predominância de homens nestas reinternações.

Muitos prontuários não tinham registro de local de nascimento (16%).

Tabela 1 - Reinternações de pacientes no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, de 01/01/06 a 31/12/07, segundo sua região, o estado de nascimento e sexo

Regiões	Estados	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sudeste	Minas Gerais	44	10	27	10	71	10
	São Paulo	274	65	163	63	437	64
	Espírito Santo	1				1	
	Rio de Janeiro	1				1	
Sul	Santa Catarina	1				1	
	Paraná	11	3	11	4	22	3
	Rio Grande do Sul	2				2	
Nordeste	Piauí	1		01		2	
	Bahia	13	3	07	3	20	3
	Maranhão			01		1	
	Ceará	1				1	
	Paraíba	1		1		2	
	Alagoas	1				1	
Centro Oeste	Goiás	3	1	3	1	6	1
	Mato Grosso	1		2	1	3	1
Não Consta		67	16	43	17	110	16
TOTAL		422	62	259	38	681	100

Como era de se esperar, a maioria das reinternações é proveniente das cidades que compõem o Departamento Regional de Saúde (DRS XIII), totalizando 672 (99%) das reinternações. A cidade de Ribeirão Preto respondeu por 364 (53%) das reinternações, seguida por Sertãozinho, 77 (11%) e Jaboticabal, 42 (6%) (Gráfico 1).

Cinco reinternações foram provenientes de outras cidades do estado de São Paulo. Apenas duas foram provenientes de outro estado e outras duas não foram identificadas.

Gráfico 1 – Distribuição das reinternações ocorridas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, segundo a procedência dos pacientes, nos anos de 2006 e 2007.

Com relação à cor, encontrou-se registro de maioria branca (66%), 10% negros e 16% pardas. Na cor amarela encontrou-se apenas 1 homem, mantendo-se sempre a proporção maior do sexo masculino.

Em função do déficit no registro desses dados nos prontuários pesquisados, não se obteve informações sobre 8% do grupo étnico.

Das 681 reinternações, 30% estava entre os 40 e 49 anos de idade, seguido de 27% na faixa dos 16 aos 29 anos com 187 sujeitos. Observa-se ainda que 133 destes jovens eram do sexo masculino.

No teste exato de Fisher evidenciou-se que é significativa a diferença entre frequência dos sujeitos nos grupos etários conforme o sexo (0,007).

Tabela 2 – Distribuição das reinternações realizadas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto por faixa etária e sexo, nos anos de 2006 e 2007

Grupos de Idade	SEXO		Total	
	Masculino	Feminino		
	Nº	Nº	Nº	%
16 a 29	133	54	187	27
30 a 39	96	58	154	23
40 a 49	112	90	202	30
50 e +	73	60	133	19
Não informado	04	01	05	1
TOTAL	418	263	681	100,00

Ao se analisar as reinternações, de acordo com a escolaridade e sexo, observa-se que os analfabetos correspondem a 8% (54) do total, dos quais 31 (57%) são do sexo masculino e 23 (43%) do sexo feminino.

Cento e cinquenta e sete pessoas do sexo masculino (38%) e cento e cinquenta e seis do sexo feminino (59%) iniciaram o nível fundamental, dos quais apenas oito (2%) e três (1%), respectivamente, concluíram-no.

O ensino médio foi iniciado por 34 homens (8%) e 44 mulheres (16%), sendo que 21 (5%) e 30 (11%), respectivamente, concluíram-no.

Seis homens e sete mulheres iniciaram o nível superior; três mulheres conseguiram concluí-lo.

Pelo déficit no registro dos dados de escolaridade nos prontuários, não foi possível saber qual era o grau de escolaridade em 33% dos pesquisados.

O teste do Quiquadrado mostrou resultado significativo ($P=0,000$) para comparação de sexo e escolaridade entre os sujeitos.

Gráfico 2 - Distribuição das reinternações realizadas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto em 2006 e 2007, de acordo com o grau de escolaridade e sexo dos sujeitos.

A proporção dos solteiros reinternados é mais elevada nos homens (66%) do que nas mulheres (45%). Os homens casados correspondem a 77 (18%) e mulheres casadas 82 (31%). Há mais mulheres viúvas (16) e separadas (38) do que homens nestas condições.

Observou-se que 33 prontuários (5%) não têm registro do estado civil dos sujeitos.

Na associação entre estado civil e sexo observou-se diferença significativa no teste exato de Fisher (0,000).

Tabela 3- Distribuição das reinternações no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto em 2006 e 2007, de acordo como estado civil e faixa etária dos sujeitos

Estado civil	Grupos de Idade										Totais	
	16 a 29		30 a 39		40 a 49		50 e +		Não Informado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteiros	151	80	108	70	93	45	44	33	2	40	398	58
Casados	20	11	28	18	62	31	46	35			156	23
Separados	4	2	13	8	24	12	30	22	1	20	72	10
Viúvos					17	8	5	4			22	3
Não Informado	12	6	5	3	6	3	8	6	2	40	33	5
Total	187	100	154	100	202	100	133	100	5	100	681	100

b-Perfil clínico dos pacientes em reinternações psiquiátricas

O motivo registrado para justificar a internação está apresentado em relação ao sexo e à idade nas Tabelas 4 e 5. Observa-se que o sexo masculino apresenta as maiores proporções de reinternações devido o abandono do tratamento (216) em relação às mulheres (107).

Quando este abandono está associado ao baixo suporte familiar registrou-se 85 homens e 48 mulheres. Portanto, 67% dos pacientes, provavelmente, deixou de tomar medicamento prescrito, motivando a reagudização do seu estado.

A falha no tratamento é importante causa de recaídas (21%), destacando-se o sexo feminino (28%).

Tabela 4 - Distribuição das reinternações de pacientes realizadas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, em 2006 a 2007 quanto ao sexo e o motivo da internação

Motivo da Internação	SEXO				Total	
	Masculino		Feminino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abandono do tratamento	216	52	107	41	323	47
Abandono do tratamento + baixo suporte familiar	85	20	48	18	133	19
Falha no tratamento	68	16	75	28	143	21
Falha no tratamento + abandono do tratamento	1	1			1	1
Falta de médico na rede			1	1	1	1
Baixo suporte familiar	14	3	13	5	27	4
Baixo suporte familiar + falha no tratamento	7	1	9	3	16	2
Melhora	6	1	4	1	10	1
Não informado	21	5	6	2	27	4
TOTAL	418	100	263	100	681	100

A falta de suporte familiar como causa isolada ou associada à falha no tratamento ocorre em proporções equilibradas no sexo masculino (14 e 07) e feminino (13 e 09).

Vinte e sete prontuários não têm registro do motivo pelo qual está sendo indicada a reinternação do paciente.

O teste do Quiquadrado evidenciou resultado significativo ao comparar motivo da internação com o sexo (0,002).

Na Tabela 5 observa-se a distribuição dos motivos que determinaram a última internação nos diferentes grupos de idade dos sujeitos do estudo. Apesar de não haver correlação significativa entre estas variáveis, os dados indicam que o maior índice de pessoas que abandonaram o tratamento localiza-se entre os 16 e 29 anos (98) e os 40 e 49 anos (96).

O baixo suporte familiar associado ao abandono do tratamento é mais freqüente nas duas primeiras faixas etárias (16 a 29 e 30 a 39 anos), diminuindo nas demais.

A falha no tratamento aparece com maior freqüência dos 40 aos 49 anos (43 casos). A falta de suporte familiar associado ao abandono do tratamento corresponde a 26% estando a maior proporção entre os 30 e 39 anos.

Tabela 5 – Distribuição dos motivos das reinternações realizadas entre 2006 e 2007, no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, nas diferentes faixas etárias

Motivos da última Internação	Grupos de Idade										Total	
	16 a 29		30 a 39		40 a 49		50 e +		Não Inform.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abandono do tratamento	98	52	69	47	96	47	57	43	3	60	323	47
Melhora	3	2	2	1	4	2	1	1			10	1
Falta de médico na rede					1	1					1	1
Falta suporte familiar	8	4	4	3	7	3	8	6			27	4
Falha tratamento	32	17	32	21	43	21	35	26	1	20	143	21
Suporte familiar + Abandono	39	21	40	26	34	17	20	15			133	19
Falha + Abandono			1	1							1	1
Falha + Suporte Familiar	2	1			7	3	7	5			16	2
Não Informado	5	3	6	4	10	5	5	4	1	20	27	4
TOTAL	187	100	154	100	202	100	133	100	05	100	681	100

Verificou-se que três pacientes tiveram a última internação psiquiátrica indicada judicialmente.

Internaram anteriormente nessa instituição 461 (68%) de uma a quatro vezes, dos quais 193 internaram uma só vez, sendo 124 do sexo masculino e 69 do sexo feminino; 2 vezes internaram 80 homens e 57 mulheres, totalizando 137. De 5 a 9 vezes estão 86 homens e 44 mulheres.

Nas demais faixas, a tendência é decrescer o número de internações anteriores, porém o sexo masculino manteve a maior proporção.

Na frequência das internações anteriores nessa instituição, de acordo com a idade, observa-se que quanto menor é a idade menor é o número de internações anteriores, especialmente entre uma e quatro internações.

As internações de 1 a 4 vezes aparece com maior incidência em todas as faixas etárias, sendo as maiores incidências entre 16 e 29 anos e entre 40 e 49 anos, totalizando 461 (68%) das 681 internações.

Interessante observar que o número de internações de 5 a 9 volta a crescer, correspondendo a 19% (130) do total, sendo que a maior incidência está entre 40 e 49 anos (51). Quarenta e quatro (6%) das 681 internações anteriores neste hospital varia entre 10 a 19 vezes, vinte e dois (3%) entre 15 a 19 vezes e 21 (3%) acima de 20 internações.

Cento e quarenta e três (21%) nunca internaram em outro hospital psiquiátrico. Quatrocentos e oitenta e dois pacientes (71%) já internaram pelo menos uma vez em outros hospitais para tratamento psiquiátrico, quatro pacientes tiveram duas ou mais internações.

Cento e cinquenta e dois (8%) dos prontuários não tinha o registro sobre internações anteriores em outros hospitais psiquiátricos.

Tabela 6 – Número de internações anteriores no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto e a respectiva idade dos pacientes, correspondente às internações de 2006 e 2007

Internações anteriores neste hospital	Grupos de Idade					Total	
	16 a 29	30 a 39	40 a 49	50 e +	Não Infor	Nº	%
1 - 4	147	102	122	87	03	461	68
5 - 9	30	25	51	23	01	130	19
10 - 14	07	14	17	05	01	44	6
15 - 19	01	06	08	07		22	3
20 e +	02	05	05	09		21	3
Não informado	02			01		03	1
Total	187	154	202	133	5	681	100

A maior frequência de pacientes que teve uma internação em outro hospital para tratamento psiquiátrico ocorreu entre os 40 e os 49 anos de idade (152) e entre 16 e 19 anos (126). Observa-se também, na Tabela 6, que o número de pacientes sem internação anterior para tratamento psiquiátrico decresce na medida em que aumenta a idade.

Também teve resultado significativo no teste exato de Fisher (0,003) a comparação entre ter tido internações em outro hospital ou não, segundo o sexo.

Tabela 7 - Distribuição das internações de sujeitos deste estudo em outros hospitais psiquiátricos, conforme seu grupo etário

Internações em outros Hospitais	Grupos de Idade					Total	
	16 a 29	30 a 39	40 a 49	50 e +	Não Infor	Nº	%
0	49	36	37	21		143	21
1 - 4	126	101	152	100	5	484	71
5 e +		2				2	
Não Informado	12	14	13	13		52	8
Total	187	153	202	134	5	681	100

Seiscentos e trinta e nove saídas (94%) ocorreram por alta médica. Os demais tipos de altas ocorreram em baixa proporção, ou seja, 10 casos à pedido, 11 por evasão e dois por óbito (1 entre os jovens e 1 entre os idosos).

Observou-se diferenças entre o tipo de alta e a idade, visto que a maior proporção da alta médica ocorreu na faixa dos 40 aos 49 anos (95%) e, a menor dos 16 aos 29 anos (90%).

Alta a pedido e por evasão têm maior incidência entre os jovens, na faixa dos 16 aos 29 anos (3% e 4%). O teste do Quiquadrado também mostrou diferença significativa entre tipo de alta médica por idade (0,003). Observou-se que quanto mais velho há maior frequência de alta médica e nos mais jovens mais episódios de evasão.

Os diagnósticos registrados no prontuário do paciente readmitido no Hospital Santa Tereza são apresentados na Tabela 8, relacionados ao sexo do paciente. Dentre os diagnósticos com maior prevalência está a esquizofrenia (186/27%), os transtornos afetivo bipolares (155/23%) e os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (82/12%). Em seguida estão os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (61/9%) e os transtornos esquizoafetivos (47/7%), transtornos específicos da personalidade (40/6%) e episódios depressivos (35/5%).

Os pacientes que internaram por ordem judicial, também tinham o diagnóstico psiquiátrico, pois normalmente esses casos, antes de adentrarem na unidade de internação aguda do Hospital Santa Tereza foram atendidos em unidade de emergência para avaliação psiquiátrica e emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com o respectivo diagnóstico.

Os casos que chegam ao Hospital Santa Tereza sem Autorização de Internação Hospitalar e, conseqüentemente, sem o diagnóstico são avaliados na unidade de internação pelo psiquiatra e preenchida a AIH com o respectivo diagnóstico.

Tabela 8 – Distribuição das reinternações, de pacientes no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, de acordo com o diagnóstico na admissão e sexo

Diagnóstico da admissão (CID-10)	Masculin	Feminino	Total	
	Nº	Nº	Nº	%
F02 - Demência em outras doenças classificadas em outra parte	1	1	2	
F03 - Demência não especificada	2		2	
F06 - Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física	6	1	7	1
F07 - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, lesão e disfunção cerebrais		1	1	
F10 - Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de álcool	77	5	82	12
F12 - Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de canabíoides	5		5	1
F14 - Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de cocaína	8	1	9	1
F15 - Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de outros estimulantes, incluindo cafeína	1		1	
F19 - Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas	57	4	61	9
F20 - Esquizofrenia	132	54	186	27
F22 - Transtorno delirante persistente		1	1	
F23 - Transtornos psicóticos agudos e transitórios	2		2	
F25 - Transtornos esquizofrênicos	22	25	47	7
F29 - Psicose não orgânica especificada	2		2	
F30 - Transtorno maníaco	1	1	2	
F31 - Transtorno afetivo bipolar	60	95	155	23
F32 - Transtorno do humor – episódio depressivo	13	22	35	5
F33 - Transtorno depressivo decorrente	6	10	16	2
F41 - Outros transtornos ansiosos	1		1	
F60 - Transtornos específicos de personalidade	10	30	40	6
F70 - Retardo mental leve	2	5	7	1
F71 - Retardo mental moderado	7	6	13	2
F72 - Retardo mental grave	2	1	3	1
F79 - Deficiência mental não especificada	1		1	
TOTAL	418	263	681	100

Na Tabela 9 reúnem-se os diagnósticos médicos principais, registrados na alta hospitalar, segundo o sexo do paciente, de acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Tabela 9 - Distribuição das reinternações no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, de acordo com o diagnóstico médico registrado na admissão e sexo do paciente

Diagnóstico da alta (CID-10)	Masculi no Nº	Feminin o Nº	Total	
			Nº	%
F02 – Demência em outras doenças classificadas em outra parte	-	1	1	
F03 – Demência não especificada	2		2	
F06 – Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física	6	1	7	1
F07 - Transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, Lesão e disfunção cerebrais	1	1	2	
F10 – Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de álcool	65	4	69	10
F12 – Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de canabíoides	5		5	1
F14 – Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de cocaína	7	1	8	1
F15 – Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de outros estimulantes, incluindo cafeína	1		1	1
F19 – Transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas	39	3	42	6
F20 - Esquizofrenia	127	50	177	26
F23 – Transtornos psicóticos agudos e transitórios	2		2	
F25 – Transtornos esquizofrênicos	22	30	52	8
F31 – Transtorno afetivo bipolar	65	85	150	22
F32 – Transtorno do humor – episódio depressivo	22	9	31	5
F33 – Transtorno depressivo decorrente	4	7	11	2
F48 - Outros transtornos neuróticos		1	1	
F60 – Transtornos específicos de personalidade	17	39	56	8
F70 – Retardo mental leve	4	5	9	1
F71 – Retardo mental moderado	4	9	13	2
F72 – Retardo mental grave		1	1	
F79 – Deficiência mental não especificada	1		1	
Não informado	24	16	40	6
TOTAL	418	263	681	100

Os diagnósticos prevalentes foram esquizofrenia (177/26%) e transtorno afetivo bipolar (150/22%). Registraram-se transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (69/10%), transtornos específicos da personalidade (56/8%), transtornos esquizoafetivos (52/8%), transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (42/6%) e episódios depressivos (31/5%).

Somando-se transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de álcool, transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de canabíoides, transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de outros estimulantes, incluindo cafeína e transtornos mentais e comportamento devido ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas, observa-se que 125 (18%) é um alto índice especialmente entre os homens, aproximando-se das esquizofrenias.

Os demais diagnósticos variaram na proporção de 1 a 2% e os prontuários pesquisados que não tinham os diagnósticos registrados na alta hospitalar correspondem a 40 casos (6%).

O estado físico bom na admissão e na alta hospitalar correspondeu a 94% bom estado no momento da internação e regular na alta (2%) e estado bom na internação e mau na alta (1%). De todos os pacientes que foram admitidos com o estado físico regular, 77% saíram em bom estado, 17% mantiveram o mesmo estado e 1% estavam em mau estado na alta (Tabela 10).

Tabela 10 - Frequência das reinternações no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, de 2006 a 2007, de acordo com o estado físico do paciente na admissão e na alta hospitalar

Alta Hospitalar									
Estado Físico na Admissão	Estado Físico na Alta								Total Nº
	Bom		Regular		Mau		Não Informado		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Bom	281	94	6	2	1	1	12	4	300
Regular	267	77	60	17	2	1	19	5	348
Mau	8	42	7	37			4	21	19
Não Informado	10	71	1	7			3	21	14
TOTAL	566	83	74	11	3		38	6	681

Dezenove pacientes foram admitidos em mau estado físico, dos quais 42% receberam alta em bom estado, 37% em estado regular. Trinta e oito prontuários não tinham a condição dos estados físicos registrados.

Comparando-se os homens e mulheres em relação ao estado físico na reinternação observa-se resultado significativo (Fisher=0,004) onde a mulher tem melhor estado físico na internação.

Em relação ao estado físico na alta, também observou-se resultado significativo na comparação com o estado físico relatado na alta tanto para sexo (Fisher=0,037) como para idade (Pearson=0,004) .

Há mais homens com estado de saúde físico regular, na alta. Os jovens têm alta com melhor estado físico.

Com relação à saúde mental também observam-se diferenças significantes na comparação dos grupos etários ($P=0,007$) onde os jovens e os velhos têm a menor porcentagem de calmos e de 30 a 50 anos estão os mais calmos no momento da alta.

A manifestação dos sintomas mentais na admissão e na alta hospitalar observados na Tabela 11 são os seguintes: dos 144 pacientes que internaram calmos, 85% preservaram este estado mental na alta, 1% estava deprimido e 3% delirantes. Sessenta e dois pacientes internaram agitados 9% e 79% saíram calmos, 2% manteve o estado. Os deprimidos foram 78, sendo que 85% estavam calmos na alta, 1% agitado e 4% deprimidos. Trezentos e seis pacientes internaram delirantes, na alta 74% mostraram-se calmos, 1% agitados, 2% deprimidos e 11% delirantes.

Treze pacientes apresentaram outros estados na internação, sendo que 69% receberam alta hospitalar calmos, 8% delirantes, 15% mantiveram outros estados.

É importante ressaltar que os prontuários pesquisados que não tinham as altas registradas são decorrentes de evasão, alta a pedido e transferências (13 casos).

Tabela 11 – Frequência das reinternações de pacientes no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, de acordo com o estado mental na admissão e na alta hospitalar no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007

Estado Mental na Admissão	Estado Mental na Alta												Total Nº
	Calmos		Agitado		Deprimido		Delirante		Outros		Não Informado		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Calmos	122	85			1	1	5	3	6	4	10	7	144
Agitado	49	79	1	2					7	11	5	8	62
Deprimido	66	85	1	1	3	4			4	5	4	5	78
Delirante	226	74	2	1	7	2	35	11	19	6	17	6	306
Outros	68	87	1	1			2	3	5	6	2	3	78
Não informado	9	69					1	8	2	15	1	8	13
Total	540	79	5	1	11	2	43	6	43	6	39	6	681

Na Tabela 12, observa-se que a maioria dos pacientes recebeu tratamento farmacológico associado ao tratamento psicológico (293/43%), sendo a maioria do sexo masculino. Entre aqueles que receberam somente o tratamento farmacológico estão 166 (24%), dos quais 90 são do sexo feminino.

Tabela 12 - Distribuição das reinternações, no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, de acordo com o sexo do paciente e o tipo de tratamento realizado, durante a internação

Tratamento realizado	SEXO		Totais	
	Masculino	Feminino	Nº	%
Farmacológico	76	90	166	24
Farmacológico+Psicológico	205	88	293	43
Farmacológico+ Terapia Ocupacional	5	7	12	2
Farmacológico+ Reunião Familiar	12	12	24	4
Farmacológico+ Reunião de Planejamento	1	6	7	1
Psicológico + Farmacológico+Terapia Ocupacional	74	23	97	14
Psicológico + Farmacológico +Reunião Familiar	16	8	24	4
Reunião Familiar + Terapia Ocupacional + Farmacológico	1		1	
Reunião de Planejamento + Psicológico + Farmacológico	2	9	11	2
Reunião de Planejamento+ Terapia Ocupacional + Farmacológico		1	1	
Reunião de Planejamento + Reunião Familiar+ Farmacológico		2	2	
Reunião de Planejamento+ Reunião Familiar+ Terapia Ocupacional + Psicológico + Farmacológico	5	6	11	2
Não informado	21	11	32	5
TOTAL	418	263	681	100

O tratamento farmacológico associado ao psicológico e a terapia ocupacional aparece em 97 (14%) tratamentos efetuados, dos quais a maioria é do sexo masculino (74). O tratamento farmacológico aparece associado a todos os outros tipos de tratamentos.

A reunião familiar associada a outros tratamentos foi utilizada no caso de 62 pacientes

Cento e vinte e dois pacientes (18%) tiveram tratamento de terapia ocupacional, associada a outras intervenções.

A reunião de planejamento foi registrada para 32 pacientes, sempre associada a outras abordagens. Não havia informações sobre tratamentos em 5% dos prontuários.

Tabela 13 - Distribuição das reinternações de pacientes, no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, de acordo com o tratamento realizado durante a internação e idade

Tratamento Realizado	Grupos de Idade					Totais	
	16 a 29	30 a 39	40 a 49	50 e +	NI	Nº	%
Farmacológico	43	34	53	35	1	166	24
Farmacológico+ Psicológico	79	70	95	47	2	293	43
Farmacológico +Terapia Ocupacional	1	6	2	3		12	2
Farmacológico+ Reunião Familiar	5	2	9	8		24	4
Farmacológico +Reunião de Planejamento	3	1	3			7	1
Psicológico + Farmacológico+Terapia ocupacional	24	21	25	27		97	14
Psicológico +Reunião Familiar +Farmacológico	8	6	5	5		24	4
Reunião Familiar + Terapia Ocupacional + Farmacológico				1		1	
Reunião de Planejamento + Psicológico + Farmacológico	2	3	5	1		11	2
Reunião de Planejamento+ Terapia Ocupacional + Farmacológico	1					1	
Reunião de Planejamento + Reunião Familiar+ Farmacológico				2		2	
Reunião de Planejamento + Reunião Familiar+ Terapia Ocupacional. + Psicológico + Farmacológico	6	4	1			11	2
Não informado (NI)	15	7	4	4	2	32	5
TOTAL	187	154	202	133	5	681	100

Cruzando-se as informações sobre o tratamento e os grupos etários dos pacientes reinternados, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, percebe-se que o tratamento farmacológico (53) está em maior número entre os 40 e 49 anos; o tratamento farmacológico associado ao psicológico está em maior número (95) na faixa dos 40 aos 49 anos; o tratamento farmacológico e a reunião familiar juntos somam 24, dos quais 9 estão na faixa dos 40 aos 49 anos. Nas demais associações, apesar, das proporções serem menores continuam, ainda, sendo mais acentuadas na faixa dos 40 aos 49 anos (Tabela 13).

B- Relação entre as reinternações e demais variáveis.

As médias do tempo do início da doença, de acordo com a faixa etária, estão registradas na Tabela 15. Observa-se que a idade do início da doença nos homens (32 anos) é muito maior do que nas mulheres (18 anos). O teste das médias mostrou resultado significativo na faixa dos 30 aos 39 anos ($P= 0,0011$)

Na outras faixas etárias, as diferenças nas médias não são significantes, porém os valores são sempre maiores nos homens.

Tabela 14 – Teste das médias por sexo e tempo do início da doença, em cada faixa etária

Faixa Etária	Grupos	N	Média	Erro Padrão	Desvio Padrão	Intervalo de confiança [95%]	
16 a 29	Masculino	133	21.3609	2.793275	32.21362	15.83553	26.88628
	Feminino	54	19.62963	4.564569	33.54259	10.47426	28.785
	Combinados	187	20.86096	2.378219	32.52165	16.16921	25.55271
	Diferença		1.731273	5.351418		- 8.892939	12.35548
30 a 39	Masculino	96	32.44792	3.665925	35.9158	25.17014	39.7257
	Feminino	58	17.60345	3.050288	23.2303	11.49535	23.71155
	Combinados	154	26.85714	2.616368	32.46827	21.68827	32.02601
	Diferença		14.84447	4.76899		5.422029	24.26691
40 a 49	Masculino	112	32.19643	2.695623	28.52779	26.85487	37.53799
	Feminino	90	31.64444	3.429814	32.53807	24.82948	38.45941
	Combinados	202	31.9505	2.13214	30.034	27.74626	36.15473
	Diferença		.5519841	4.36234		- 8.056459	9.160427
50 e +	Masculino	73	36.42466	3.391385	28.976	29.66406	43.18526
	Feminino	60	36.2	4.200673	32.53827	27.79447	44.60553
	Combinados	133	36.32331	2.646043	30.51566	31.08917	41.55744
	Diferença		.2246575	5.398809		- 10.46515	10.9446
Não Informado	Masculino	04	04	2.483277	4.966555	-3.902897	11.9029
	Feminino	01	25	.	.	.	.
	Combinados	01	25	.	.	.	.
	Diferença		-21	.	.	.	.

Na Tabela 15 observa-se que a média do tempo de permanência na internação hospitalar é maior para as mulheres (34,53%) do que para os homens (22,14%), na faixa dos 40 aos 49 anos, ($T > t=0,032$).

Na demais faixas não se observam diferenças significantes.

Tabela 15 – Teste das médias por sexo e tempo de permanência na última internação, em cada faixa etária

Faixa Etária	Grupos	N	Média	Erro Padrão	Desvio Padrão	Intervalo de confiança [95%]	
16 a 29	Masculino	133	35.09774	9.150254	105.5259	16.99764	53.19785
	Feminino	54	27.25926	3.745688	27.5207	19.74636	34.77216
	Combinados	187	32.83422	6.594169	90.1739	19.82525	45.8432
	Diferença		7.838485	9.88723		-11.68058	27.35755
30 a 39	Masculino	96	43.92708	14.10455	138.1958	15.926	71.92816
	Feminino	58	29.7069	5.447545	41.48727	18.79838	40.61542
	Combinados	154	38.57143	9.026406	112.0148	20.73895	56.40391
	Diferença		14.22019	15.11999		-15.7139	44.15428
40 a 49	Masculino	112	22.14286	3.180308	33.65722	15.84086	28.44485
	Feminino	90	34.53333	5.826672	55.27667	22.95586	46.11081
	Combinados	202	27.66337	3.159641	44.90693	21.43307	33.89366
	Diferença		-12.39048	6.638108		-25.5144	.7334452
50 e +	Masculino	73	47.0411	20.33568	173.7481	6.502666	87.57953
	Feminino	60	34.21667	4.403587	34.11004	25.40511	43.02822
	Combinados	133	41.25564	11.31486	130.4894	18.87372	63.63756
	Diferença		12.82443	20.807		-28.59333	54.24219
Não Informado	Masculino	04	04	2.483277	4.966555	-3.902897	11.9029
	Feminino	01	25	.	.	.	.
	Combinados	01	25	.	.	.	.
	Diferença		-21	.		.	.

Os dados encontrados no presente estudo possibilitaram identificar as variáveis sociodemográficas e clínicas da clientela estudada, as quais foram

estatisticamente analisadas, buscando encontrar algum resultado que pudesse influenciar nas reinternações psiquiátricas.

V – DISCUSSÃO

O avanço científico está promovendo progressos nos estudos sobre os neurotransmissores, propiciando melhor compreensão sobre o funcionamento mental e cerebral. Entretanto, os desencadeantes das doenças mentais não podem ser vistos estritamente sob o ponto de vista biológico, mas conseqüentes a fatores multicausais.

A partir dessa observação e conseqüente à reforma psiquiátrica amplia-se a preocupação com as internações e reinternações psiquiátricas e o reflexo destas na vida tanto dos portadores de doença mental como de seus familiares e a organização dos serviços.

Cresceu o número de estudos voltados para a caracterização das variáveis relacionadas às internações psiquiátricas em hospitais clínicos ou psiquiátricos, de internação em setores de moradores ou de setores de internação breve (LANCMAN, 1997; AMARANTE, 1999; BRENNER et al., 1999; DALGALARRONDO; BOTEGA; BANZATO, 2003; SILVA; COUTINHO; BARROS, 2008; SOUZA; SOUZA; MAGNA, 2008).

A presente pesquisa focaliza uma amostra de pacientes reinternados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007, no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto.

A procedência dos 681 pacientes, de acordo com a região de origem é majoritariamente composta por pacientes nascidos na região sudeste do país, dos

quais a maioria foi do estado de São Paulo e seguido de Minas Gerais. Pode até ser que varias famílias procedentes de Minas já residem na região.

A maioria dos internados, nesse período era proveniente da DRS XIII, demonstrando que o município está cumprindo os princípios de regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, conforme a Lei orgânica nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 2000).

A maior incidência de internações, com relação à cidade, foi de Ribeirão Preto, resultado que pode ser em conseqüência do maior índice populacional em relação aos demais municípios pertencentes à DRS XIII, contando atualmente com 504.923 habitantes residentes na cidade.

O município de Ribeirão Preto está em defasagem de serviços comunitários na cidade. Conta com um ambulatório regional de saúde mental, um serviço ambulatorial vinculado ao SUS (Sistema Único de Saúde) na distrital de Sumarezinho (cada um dá conta de metade do município), um CAPS II funcionando há uns 20 anos e um CAPS III (em processo de adequação às normas do Ministério da Saúde) recém inaugurado. Há um ambulatório no HCRP que atende egressos das suas unidades de internação. Há 1 Unidade de Emergência específica no HCRP com 6 leitos para atender Ribeirão Preto e região. Diante dessa realidade compreende-se que o impacto esperado desses serviços na melhor qualidade de vida dos portadores de transtorno mental fica prejudicado, refletindo pouco na redução das internações e reinternações psiquiátricas.

O município tem a responsabilidade de proporcionar serviços em quantidade suficiente e com equipe preparada para fornecer tratamento adequado para evitar o agravamento e recaídas do quadro. A partir da implantação do SUS, os municípios

buscaram viabilizar o atendimento psiquiátrico para garantir os direitos constitucionais de seus usuários.

A realidade detecta pouco investimento na qualificação dos profissionais de saúde mental, sobrecarga de trabalho e pouca participação nas decisões políticas sobre a assistência.

Sendo assim, os serviços trabalham com a demanda acima da sua capacidade de atendimento e acaba por reproduzir práticas que já fizeram parte da assistência ao doente mental no passado, cuja principal intervenção está centrada no tratamento psicofarmacológico, com pouca ou nenhuma ênfase no trabalho social, que possibilite a mudança nas relações com o portador de transtorno mental.

Por esses motivos, essas equipes não atingem o cuidado ampliado que envolva todos os aspectos do indivíduo, deixando de encontrar soluções terapêuticas que ampliem a rede de relações para alcançar a aceitação e promoção da diferença.

Muitos serviços ainda não se organizaram para atender os portadores de transtorno mental de maneira integral, pois suas ações, ainda giram somente em torno de sua doença mental, com o tratamento principal focado na medicalização dos sintomas. Essa abordagem é incapaz de promover a autonomia dos usuários e de convencer os familiares a serem participantes no tratamento.

As equipes precisam preparar-se para oferecer estratégias de informações sobre a doença, no que se refere ao diagnóstico, aos medicamentos utilizados e habilidades de manejo. Esse tipo de atenção possibilitará aos familiares tornarem-se mais continentos em relação ao seu familiar e, portanto diminuir a tendência à hospitalização psiquiátrica.

Em linhas gerais, falta o desenvolvimento de dispositivos que favoreçam a integração dos portadores de transtorno mental na sociedade para se evitar a cronicidade e o asilamento. Segundo Amico (2005), a reabilitação psicossocial apóia-se nos serviços intermediários que permitem a essas pessoas a recuperação funcional psiquiátrica, beneficiando a ressocialização.

As estratégias devem estar centradas no conhecimento do impacto da doença sobre o indivíduo, família e comunidade através da investigação de como acontecem as interações entre essa tríade. A partir desse diagnóstico deve-se coordenar ações que melhorem as condições de vida dos portadores de transtorno mental e dos seus familiares.

Os dispositivos extra-hospitalares não mantêm conexão entre si e com as unidades hospitalares dificultando, portanto, a intenção de prestar a assistência individualizada, enfocando as necessidades, a cultura e a interação familiar.

A assistência ao doente mental deve estar inserida em uma rede de serviços que envolva todos os recursos do território, inclusive outras políticas públicas e valorização dos processos de trocas e intercâmbios sociais.

É responsabilidade dos profissionais o estabelecimento de melhor convivência entre os serviços. Eles têm papel importante no processo de reforma psiquiátrica, na medida em que estabelecem a relação entre os serviços substitutivos e o hospital psiquiátrico (PRAZERES, 2005).

Os profissionais precisam se conhecer melhor a sua própria competência, começar articular os saberes e criar efetivamente um saber interdisciplinar. É necessário questionar os seus próprios papéis para abrir espaço para a produção de vida das pessoas em sofrimento mental (SILVEIRA; BRAGA, 2004).

É importante pensar que o objetivo da reforma não é simplesmente tirar o portador de doença mental do hospital, mas estimulá-lo a ser um sujeito ativo em seu tratamento. Para isso é necessário oferecer uma estrutura de serviços de acompanhamento que favoreça o convívio social e evite as reinternações.

Enfim cabe a todas as pessoas envolvidas nesse processo repensar as suas atitudes para melhor conhecimento dos danos provocados pela doença, adotarem atitudes contra o preconceito e o estigma, contribuindo para minimizar a exclusão.

No entanto, no desenvolvimento das atividades profissionais percebe-se que a rede de serviços ainda não foi construída no sentido de criar atenção integral, para de fato cuidar da pessoa no seu cotidiano favorecendo a aceitação pelos outros e minimizando o desrespeito aos diferentes

Segundo Silveira e Braga (2004), mudar, tão somente, os muros físicos do manicômio não é suficiente, se isto não vier acompanhado de uma mudança no modo dos profissionais perceberem e agirem perante a loucura.

A presente pesquisa evidenciou que a maioria dos usuários era de cor branca, do sexo masculino, solteiros, na faixa etária dos 16 aos 29 anos e nível fundamental incompleto.

As características sociodemográficas da população estudada foram compatíveis com os estudos de Souza, Souza e Magna (2008), Rabelo, Cardoso e Melo (2005).

Estes resultados podem indicar maior incidência de problemas mentais graves entre as classes mais pobres, impondo limitações para procurar atendimento médico, retardando o diagnóstico e os tratamentos. Entretanto, por se tratar de hospital da rede pública estes resultados podem marcar uma visão limitada da

sociedade, pois é sabido que a maioria das doenças mentais é democrática, não sendo característica de uma única classe social.

Poder-se-ia dizer que as conseqüências das várias doenças mentais têm reflexos sociais. As pessoas não conseguem acompanhar o estudo, o trabalho, tem dificuldade em constituir um grupo familiar. Por isto, independe de situação econômica ou intelectual da família. Certamente, nas famílias com menos ingressos econômicos a complicação pode ser maior.

É necessário que as equipes de saúde induzam o desenvolvimento de políticas públicas que promovam a atenção integral ao portador de transtorno mental, baseadas nas respectivas necessidades.

Com relação ao início da doença, o Teste Exato de Fischer foi significativo para o sexo masculino na faixa dos 16 aos 29 anos. O maior número de jovens do sexo masculino, nessa faixa etária pode ser resultante da prevalência dos transtornos esquizofrênicos, do humor e dependência de drogas, as quais manifestam-se no adolescente e no adulto jovem.

O período da adolescência é marcado por muitas transformações, por isso surgem dificuldades para diferenciar alguns comportamentos de sintomas prodrômicos de um surto psicótico (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007).

A alta proporção de esquizofrenia encontrada nesta amostra aponta idade mais precoce nos homens para início da doença que as mulheres, sendo esta uma das descobertas mais consistentes de pesquisa em esquizofrenia, independe do critério utilizado para início da doença. A partir da instalação da doença agravam-se as perdas pessoais e sociais decorrentes da doença restringindo-se as possibilidades de estabelecer laços afetivos, relações interpessoais duradouras e vínculos sócio econômicos.

Em relação às exigências sociais, o homem é mais cobrado em questões de independência econômica e financeira, do que as mulheres (BLACK, 1992; LORANGER, 1997).

O presente estudo indica que o sexo difere pela escolaridade, mostrando que as mulheres estudaram mais do que os homens, mesmo tendo poucas analfabetas e poucos com nível superior de estudo.

O baixo grau de escolaridade pode causar impacto importante na falta de adesão ao tratamento devido à carência de informações e pouca compreensão das orientações oferecidas pelos profissionais dos serviços.

Outros fatores desencadeantes pelo baixo grau de escolaridade são as dificuldades financeiras "não resolvidas" em decorrência da menor possibilidade de alternativas para enfrentá-las no cotidiano.

A esquizofrenia, com maior frequência, interrompe o curso dos estudos e da convivência social do jovem, na adolescência. Entretanto, outros fatores sociais podem ter favorecido as faltas escolares, a falta de ambiente intelectual e a ausência de estímulos sociais que favoreçam o bom desenvolvimento do jovem.

A doença, também atinge jovens bem desenvolvidos intelectualmente e com muito bom nível escolar. Entretanto, esta fatia da população em geral, não é internada em hospital da rede pública.

A doença mental não é doença de pobre, embora na rede pública haja maior concentração destas.

O transtorno mental também interfere com o aprendizado de habilidades básicas para o autocuidado, restringindo o indivíduo de assimilar conhecimento relativo à sua doença acentuando ainda mais a alienação, pois além da interferência

na renda, o baixo grau de escolaridade dificulta ainda mais o seu retorno ao desenvolvimento social.

Os aspectos socioeconômicos e educacionais acabam por influenciar a assistência ao portador de doença mental, assim como o processo de convivência familiar e reinserção social.

A comparação do gênero dos internos mostrou diferenças em todas as categorias. A maioria dos pacientes é de homens solteiros.

A pesquisa constatou elevada prevalência de abandono do tratamento com maior incidência no sexo masculino e as faixas etárias predominantes entre os 16 e 29 anos.

Um estudo com esquizofrênicos, comparando as doenças com questão de gênero, detectou que os homens apresentam maior probabilidade de não se casarem, devido ao início da doença ser mais precoce, terem sintomas negativos mais acentuados, apresentarem pior resposta ao tratamento em relação aos neurolépticos, às intervenções familiares e à aderência ao tratamento e terem pior prognóstico em relação ao número de reinternações (CHAVES, 2000).

O estudo de Ribeiro e colaboradores (2008) detectou que a média de idade do grupo de pessoas que abandonam o tratamento foi de 39 anos.

As taxas de não adesão servem de alerta sobre o suporte familiar, social e sobre a qualidade dos serviços comunitários.

Segundo Amarante (2003), os serviços comunitários têm a responsabilidade da reabilitação psicossocial, do reajustamento e da adaptação à sociedade daqueles que já tenham sido acometidos pela doença mental.

No trabalho cotidiano, muitos pacientes referem que um dos motivos que contribuíram para o abandono do seguimento nos serviços comunitários é a falta de

oferta de atividades, pois o vínculo, em sua grande maioria, resume-se apenas em consulta médica, com grandes intervalos de tempo entre uma consulta e outra.

Porém, observa-se que existem outros fatores responsáveis pelo abandono do tratamento, vinculados à não aceitação da doença, pelos efeitos colaterais dos medicamentos, desconhecimento sobre a doença, não aceitação do médico ou de outros membros da equipe.

O abandono do tratamento é um dos principais problemas que os profissionais e o próprio sistema de saúde enfrentam, causando diversas consequências para a pessoa afetada, à sua família e frustração aos profissionais.

Outra consequência da interrupção de um tratamento psiquiátrico é o risco de recaída com forte impacto negativo no equilíbrio do próprio doente e sobrecarga da doença na família (KOGA; FUREGATO, 2002).

Segundo Ribeiro et al (2008), as taxas de abandono em psiquiatria são mais altas que em outras especialidades médicas.

O Ministério da Saúde mostra dados indicando que os serviços de saúde de base comunitária estão crescendo nos países (BRASIL, 2006), porém o relatório da Organização Mundial da Saúde indica que a cobertura dessa população pela atenção comunitária está longe de ser completa e esclarece que há grandes variações entre regiões (OMS, 2001).

No cotidiano do trabalho na psiquiatria percebe-se que, de fato, a rede alternativa de atendimento apresenta déficits em relação às necessidades reais da população.

Existe, ainda, distanciamento considerável entre a realidade e as novas propostas de assistência psiquiátrica. Os profissionais enfrentam dificuldades devido ao desconhecimento e o despreparo para praticar essa nova abordagem. Assim,

eles mantêm a velha concepção de que o tratamento baseia-se apenas no cuidado direto ao paciente e na medicalização dos sintomas.

É fato que as reinternações ocorrem após sucessivas recaídas e a cada internação observa-se que o período de permanência na internação visando a remissão dos sintomas, torna-se maior. Segundo Meichenbaum e Turk (1987), a não adesão aos tratamentos constitui o grande problema das internações, na maioria das doenças.

Segundo Bahls e Zacar (2006) é preciso conhecer os fatores desencadeantes da crise. Tal percepção também foi constatada por alguns pesquisadores em trabalhos desenvolvidos com pacientes portadores de transtorno bipolar, os quais identificaram que a não adesão está vinculada a fatores do próprio paciente, aos medicamentos e ao médico, além de outros fatores como a idéia de ter seu humor controlado por medicamentos, não aceitarem o fato de ter uma doença crônica, a dependência da medicação, por sentirem-se menos atrativos ao cônjuge e aos amigos, sentirem-se deprimidos e menos criativos improdutivos (GREENHOUSE; MEYER; JOHNSON, 2000; LINGAM; SCOTT, 2002; SANTIN; CERESER; ROSA, 2005).

Nesse enfoque, as ações da equipe de saúde mental deveriam ser direcionadas ao sujeito como ser singular e único, desenvolvendo ações e projetos terapêuticos individuais e especiais envolvendo todos os recursos do território e buscando a coordenação das ações dos trabalhadores dos diversos serviços para construir uma rede de serviços em saúde mental.

No presente estudo, observa-se associação entre o sexo dos pacientes reinternados com o estado físico no momento da admissão. Apesar de grande parte da amostra, em ambos os sexos, ter apresentado estado geral bom e regular, as

mulheres estavam com melhor estado físico geral, no momento da admissão e da alta hospitalar.

Vale ressaltar que a baixa incidência de estados graves ocorre porque estes pacientes podem ter sido atendidos em unidade de emergência clínica e os quadros clínicos foram estabilizados, antes da internação no Hospital Santa Tereza.

Alguns estudos mostram que os homens procuram menos os serviços básicos de saúde do que as mulheres (PINHEIRO et al, 2002; FIGUEIREDO, 2005). Em contrapartida, buscam mais os serviços especializados de média e alta complexidade (BRASIL, 2008). Dessa forma, pode-se supor que somente quando estão com a patologia instalada recorrem ao atendimento médico, ou são levados por familiares e outros.

O estudo de Gomes, Nascimento e Araujo (2007) reafirma que os homens procuram menos os serviços de saúde, em decorrência do modelo de masculinidade que eles perpetuam. As inferências do estudo baseiam-se na dificuldade que os homens têm quanto ao cuidado pessoal, o medo de descobrir que estão doentes e tornarem-se vulneráveis e o receio de expor-se fisicamente. Além disso, deu-se muita ênfase ao atendimento da mulher na rede básica de saúde, afastando os homens desta atenção nos serviços.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é recente e visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardecam a integralidade da atenção (BRASIL, 2008).

Ao analisar internações anteriores no Hospital pesquisado e em outros hospitais verificou-se que a maioria dos pacientes já esteve internada anteriormente. Esta constatação é preocupante mostrando o não cumprimento das diretrizes da reforma psiquiátrica.

A Lei 10.216 de 06/04/2001 dispõe que a internação, só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, portanto, só depois de efetivamente tentados todos os outros recursos (BRASIL, 2004).

No presente trabalho, verificou-se que quase 3/4 da amostra reinternou de uma a quatro vezes nessa instituição e 1/4 dela acima de cinco reinternações.

Internações em outros hospitais também ocorreram, na maioria dos casos. Somente 1/5 dos pacientes não internaram em outros hospitais, anteriormente.

Estes índices retratam algumas dificuldades enfrentadas pelos portadores de transtornos mentais, especialmente no que se refere a sua permanência no contexto familiar, social, os quais reafirmam a perpetuação do estigma.

Podem também denunciar abandono do tratamento devido ao pequeno número de serviços comunitários ou à incapacidade desses serviços em abranger e cuidar dessa clientela, em seu próprio contexto social e familiar.

Os familiares assumem a responsabilidade de "cuidar" desses pacientes sem preparo, sem as informações necessárias e sem estrutura econômica para o cuidado. Este fato pode tornar-se um grande problema social, incluindo maus tratos e abandono. Dessa maneira, a repercussão positiva que o convívio familiar deveria proporcionar ao paciente assume proporções negativas, acentuando os preconceitos e provocando novas crises agudas.

Há mais de 20 anos um estudo mostrava a relação entre as re-internações do doente mental em hospital psiquiátrico e a rejeição familiar. Afirmava que não tinha sido avaliado o preparo das famílias para assumir as responsabilidades pelo doente (SGAMBATI, 1983).

O estudo de Koga e Furegato (2002) mostra que dentre as várias fontes de sobrecarga para a família pela presença de um doente mental entre seus membros é o fator econômico.

Hoje, o problema econômico, ao contrário, tem sido resolvido e até favorecido a permanência do doente com sua família devido aos benefícios oferecidos pelo sistema (LOAS, De Volta para casa, Medicação de alto custo e todas as demais medicações, atendimento médico gratuito, transporte gratuito) (BRASIL, 2007). Estes instrumentos têm o objetivo de aumentar as possibilidades de reintegração social e de melhora das condições de vida das pessoas, portadoras de doença mental, através do suporte financeiro diretamente ao doente, ou ao seu familiar.

Todavia esses benefícios ainda não são suficientes para diminuir as recaídas das doenças e as conseqüentes internações, porque ainda não existe um trabalho de ampliação da sensibilização da população e de outras áreas governamentais em seus diferentes níveis, em relação ao doente e seus familiares. É preciso pensar nos fatores sociais discriminantes e no quanto as políticas públicas vão de encontro às necessidades dessas pessoas.

O portador de transtorno mental continua sendo discriminado em todas as áreas de sua vida profissional, educacional, oportunidades de vida, moradia e relacionamentos. Assim, espera-se da sociedade, das autoridades políticas e dos profissionais da saúde o desenvolvimento de políticas e condutas que contribuam para a promoção e recuperação da saúde mental dos cidadãos e portadores de transtorno mental.

Grande parte da mostra do presente estudo apresentou, em ambos os sexos e nas diferentes faixas etárias, os sintomas psicóticos quase se igualando a

freqüência para os homens e as mulheres. Este fato pode estar associado à baixa adesão ao tratamento medicamentoso, tornando os sintomas mais graves.

A ocorrência de um episódio psicótico costuma causar efeitos deletérios sobre a capacidade e as habilidades vocacionais do indivíduo (BAHLS; ZACAR, 2006).

As altas hospitalares, em sua grande maioria ocorreram por indicação médica. Este dado indica que os pacientes deveriam estar em condições clínicas boas ou regulares e em condições de continuar o tratamento nos serviços comunitários. Entretanto, apesar da maioria estar calmo, mais de 20% saíram delirantes ou mantiveram o estado mental da internação.

Quanto ao estado mental mantido na alta hospitalar, pode-se considerar que os pacientes que internam no Hospital, provenientes da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas já estavam com o tratamento iniciado por aquela instituição e por isso, em muitos casos, o quadro agudo no momento da internação estava menos sintomático, às vezes mantendo este quadro até a alta.

Quando se leva em consideração o diagnóstico e o número de internações psiquiátricas anteriores constata-se que esta clientela é portadora de doenças psiquiátricas severas de longa permanência, com sintomas residuais e que não são revertidos após o tratamento, porém saem com os sintomas mais controlados. Apesar das críticas sobre a "ineficiência" dos hospitais psiquiátricos, os resultados indicam que o mesmo realiza a sua função de estabilização dos sintomas.

Teoricamente, o hospital psiquiátrico tem a função de devolver o paciente ao convívio social e familiar o mais breve possível e sem os sintomas que motivaram a internação. A partir daí, os serviços comunitários assumem o acompanhamento dessa pessoa (BRASIL, 2004).

O tipo de alta médica associado com a idade mostrou resultado significativo, com maior frequência da alta médica nos mais velhos e alta por evasão nos mais jovens.

A maioria da clientela do setor de Dependentes Químicos é jovem ou no setor de Agudos Masculino, quando associada a doenças psiquiátricas. Estas pessoas não aceitam orientações, acreditam ter controle sobre si mesmos e tomam decisões sem a participação de outros. Portanto, quando decidem não permanecer internados, muitas vezes associado à necessidade de usar substâncias químicas acabam por planejar e efetuar fugas.

As pessoas mais idosas aceitam melhor as orientações, respeitam mais as decisões da equipe com relação ao tratamento e são menos impetuosas.

No processo de reabilitação do doente mental, não se pode deixar de considerar a família como elemento fundamental para contribuir com o processo de ressocialização. Todavia não se observam intervenções junto às famílias para ajudá-las a superar os preconceitos advindos da experiência de ter um doente mental como familiar, as quais, também experimentam o asilamento social, em decorrência dos preconceitos.

É fundamental que a intervenção do serviço social junto à família contribua para transformar esta realidade e propicie a superação das dificuldades vividas pela convivência com o membro familiar doente (AMICO, 2005). Esta intervenção é importante para que a família livre-se de algumas culpas e seja motivada a buscar ajuda para enfrentamento dessa problemática e aprenda a trabalhar conjuntamente com a equipe.

Na atual política de assistência psiquiátrica procura-se reduzir o número de pacientes internados bem como seu tempo de internação fazendo também

referência à participação da família e da comunidade no acompanhamento em saúde mental (AMARANTE, 1995).

A discussão acaba voltando à mesma questão: continuidade do tratamento. Nos casos de psicoses, devido a inúmeros fatores entre os quais encontram-se os efeitos colaterais de alguns dos medicamentos prescritos, necessidade de administração continuada e a própria natureza dos transtornos psicóticos leva o paciente a recusar-se a ingestão da droga prescrita esperando ter melhor condição de convivência social (BECKMANN, 1979; SCHATZBERG, 1997).

Na maioria das vezes, o paciente é submetido à internação a fim de estabilizar seu quadro clínico em decorrência dos sintomas, como os delírios, alucinações, agitações ou alterações da fala e idéias de suicídio (LIMA; BOTEGA, 2006).

Verificou-se, na presente pesquisa, que a maioria dos quadros mentais justificou as internações pela presença de agitação, depressão e delírios. Porém, 122:561 pacientes foram admitidos apresentando-se calmos, quadro este que não é contemplado pela Lei 10.216.

Há quem afirme que a maior parte das internações em hospitais psiquiátricos do país e, provavelmente do mundo, não se justificam clinicamente (FONSECA, 2004).

Hoje, porém, presencia-se a dificuldade para garantir uma rede alternativa de atendimento, que efetivamente funcione e que articule todos os equipamentos comunitários com o objetivo final de reinserção do portador de transtorno mental ao convívio social. Os serviços comunitários têm como estratégia a transformação da assistência, concretizada pela organização de uma rede de cuidados em saúde mental, que não se limita a sua implantação (YASUI, 2006).

Quando os pacientes psiquiátricos do setor de agudos recebem alta do Hospital Santa Tereza são todos agendados no seu serviço de referência, antes da saída da unidade. Esta atitude tem a intenção de diminuir os riscos de abandono do tratamento.

Mesmo com este cuidado, verifica-se a reinternação a curto prazo. Isto leva a supor que a qualidade dos serviços extra-hospitalares nem sempre está próximo do desejado ou imaginado, que as famílias não estão preparadas ou que o próprio portador de transtorno mental não está se comportando como participante ativo neste processo.

Sob a dimensão da reforma psiquiátrica, os CAPS deveriam estar preparados para atender o indivíduo em crise. A capacidade que os serviços comunitários têm de responder às situações de crise reflete-se na capacidade cotidiana de sustentar a atenção à crise, pelo exercício do trabalho em equipe, bem como articular tutela, direitos e responsabilidades (NICÁCIO, 2003).

Diante desta nova situação, várias dificuldades surgem na tentativa de continuidade ao tratamento dos pacientes egressos de internações psiquiátricas. As reinternações tornam-se muito freqüentes, mantendo as unidades hospitalares de internação de pacientes em crise sempre lotadas (MELLO; FUREGATO, 2007).

Durante as longas internações, muitos pacientes acabam perdendo o vínculo familiar e desaprendem a viver em sociedade. Inicia-se o ciclo das reinternações e a partir daí o hospital assume o papel de asilo, em decorrência dos problemas enfrentados pelas equipes intra e extra-hospitalares para resolver os problemas de ordem social. Esta situação acaba sendo muito favorecida com o antigo modelo manicomial de segregação e exclusão.

Os dados da presente pesquisa indicam que havia menos de um por cento da população internada por ordem judicial. Porém, é importante citar que esse tipo de internação vem sofrendo aumento significativo. No período de janeiro a setembro de 2007, a instituição já recebeu 26 pacientes por ordem judicial, sendo a maioria (69%) do sexo masculino. Este tipo de demanda interfere com o verdadeiro motivo da internação: avaliação médica. Não sendo internados com indicação médica nestes casos, desestabilizam a estrutura e a dinâmica das unidades de internação (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE, 2009).

As internações compulsórias na instituição pesquisada são mantidas sobrepondo-se às decisões da equipe multiprofissional. Em muitos casos, os pacientes permanecem longos períodos hospitalizados, aguardando liberação judicial, mesmo após alta hospitalar, principalmente por questões sociais.

Os diagnósticos prevalentes registrados nos prontuários pesquisados foram esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, transtornos específicos da personalidade, tanto na admissão como na alta hospitalar.

Os diagnósticos prevalentes, segundo este estudo, estão de acordo com os resultados encontrados por Barros (2008), no estudo denominado caracterização clínica-demográfica das internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto-SP entre 1998 e 2004.

Quando se examina o registro do diagnóstico que justifica a reinternação chama a atenção a quantidade de internações por uso de álcool e outras substâncias.

A atual política do Ministério da Saúde, referente à hospitalização de farmacodependentes considera que os hospitais gerais e os centros de atenção

psicossocial especializados em álcool e drogas (CAPS AD) são espaços privilegiados para diagnóstico e tratamento, cabendo aos hospitais gerais o suporte clínico indispensável aos casos de síndrome de abstinência e às complicações clínicas decorrentes do consumo (BRASIL, 2003).

Quando se faz a avaliação de acordo com o sexo, observa-se que existe uma grande proporção de homens com esquizofrenia e transtornos mentais comportamentais associados ao uso de substâncias lícitas e ilícitas.

O uso destas substâncias é mais difundido entre os jovens do sexo masculino, portadores de esquizofrenia, a qual se inicia mais cedo nos homens, podendo ser determinante de readmissões devido às dificuldades sociais, incapacidade laboral e maior risco de tornarem-se delinqüentes. É a soma de um problema médico com o social.

Os tratamentos predominantes registrados nos boletins de alta hospitalar foram o farmacológico e o psicológico, enquanto as outras abordagens ocorreram em menor proporção. Apesar da existência das anotações de enfermagem diariamente, em todos os períodos, constatou-se que a intervenção desses profissionais não foi considerada no tratamento, bem como as intervenções sociais. O estudo mostra que na prática diária, o tratamento priorizado é o medicamentoso.

No desenvolvimento das atividades diárias detecta-se que as equipes têm dificuldades em compreender a proposta multiprofissional numa abrangência maior. Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional consiste numa relação recíproca entre as diversas intervenções provenientes dos diversos profissionais e da interação entre eles. Isso significa superar a visão multiprofissional para alcançar o trabalho interprofissional.

Os profissionais devem procurar novos caminhos e valorizar novas abordagens para intervir efetivamente e ajudar o doente e seus familiares a superar o momento de crise, favorecendo o convívio social. Devem definir o seu real papel na assistência ao portador de transtorno mental e encontrar melhores estratégias de intervenções para justificar a sua importância dentro da assistência psiquiátrica e do serviço.

A assistência ao doente mental deve estar inserida em uma rede de serviços envolvendo todos os recursos do território, inclusive outras políticas públicas e valorização dos processos de trocas e intercâmbios sociais.

No entanto, no desenvolvimento das atividades profissionais percebe-se que a rede de serviços ainda não foi construída no sentido de criar atenção integral para cuidar da pessoa no seu cotidiano favorecendo a aceitação pelo outro e minimizando o desrespeito aos diferentes.

A enfermagem dá o cuidado nas 24 horas, relaciona-se terapêuticamente com cada um dos pacientes sem interrupção. Entretanto, esta atividade altamente terapêutica nem sempre é considerada quando se registra o tratamento oferecido pelo serviço.

Em um estudo sobre o manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia, conclui-se que a psicoterapia, a terapia ocupacional, a orientação familiar, o acompanhante terapêutico e os grupos de auto-ajuda são intervenções imprescindíveis para o plano terapêutico (SHIRAKAWA, 2000).

Um estudo sobre atendimento médico em um Centro de Saúde observou que a conduta mais freqüente dos médicos em relação ao adoecimento psíquico, independente do problema era medicar com benzodiazepínicos (OLIVEIRA, 1998).

A Lei 10.216 preconiza o acesso ao melhor tratamento, consentâneo as suas necessidades e a assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, enfermagem e outros (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO, 2000).

Nesses termos, o trabalho integrado em equipe multiprofissional é fundamental para o conhecimento e atendimento das reais necessidades da pessoa em tratamento, para que ela seja vista integralmente e para que possa ter um atendimento humanizado, contemplando todas as suas necessidades.

A equipe deve integrar-se com o propósito de satisfazer as necessidades globais do portador de transtorno mental, proporcionando seu desenvolvimento.

Assim, pode-se pensar que apenas a diversidade de profissionais não é suficiente para prestar atendimento às demandas do portador de transtorno mental.

Cabe a todas as pessoas envolvidas nesse processo repensarem suas atitudes para melhor conhecimento dos danos provocados pela doença e adotarem atitudes anti estigma, contribuindo para minimizar a exclusão.

O enfermeiro psiquiátrico, como membro da equipe multiprofissional, precisa avançar nos mecanismos que possibilitem as mudanças de práticas antigas, através da agregação de novos conhecimentos e competências que possibilitem a transformação da prática manicomial, que fez parte da assistência em saúde mental por muitos anos.

Na assistência, observa-se que as transformações necessárias para o enfermeiro observar, avaliar e cuidar do portador de transtorno mental não sofreram grandes alterações, pois o enfermeiro ainda fica envolvido em atividades burocráticas e administrativas. Esse profissional precisa deixar clara a sua contribuição na assistência ao portador de transtorno mental, através de ações que

propiciem a melhora da qualidade de vida, diminuição do preconceito, da discriminação e dos demais impactos sociais, além de ocupar-se com escalas, medicações, reuniões, atividades de vida diária do paciente, de prover a unidade de materiais, equipamentos e recursos humanos.

Enfim, as atividades do enfermeiro são estritamente centradas na vigilância, conforto, higiene e no atendimento das necessidades físicas, além da preocupação em evitar auto e heteroagressão e também em observar sinais e sintomas que possam contribuir com o diagnóstico médico e tratamento.

Frente a essa gama de responsabilidades nota-se que o enfermeiro acaba por não estabelecer interações terapêuticas com o paciente e se distancia do cuidado direto e interações que realmente tenham finalidade terapêutica. As interações, quando acontecem, são superficiais e limitam-se a perguntas e respostas.

Segundo Travelbee (1982), a relação enfermeiro-paciente assemelha-se a todas as outras relações profissionais, porém a singularidade dessa relação é que o enfermeiro psiquiátrico selecionará dentre todos os sintomas a inadaptabilidade do paciente em se relacionar e será nesse problema que a enfermeira atuará.

O enfermeiro deve dirigir o seu trabalho e de sua equipe para a transformação e evolução do processo da reforma psiquiátrica, para alcançar a construção de um modelo de atenção integral que produza acompanhamento no cotidiano de vida.

Sob esta perspectiva, percebe-se que a reforma psiquiátrica é uma construção coletiva que deverá se concretizar nas ações dos profissionais e nas políticas públicas. Não se pode deixar de primar pelo acolhimento, de acordo com as

necessidades individuais e familiar, respeitando-se as diferenças e limitações de cada um.

Quando se compara o tempo de permanência em relação aos sexos, o estudo constata que na faixa dos 40 aos 49 anos as mulheres permaneceram internadas por mais tempo do que os homens.

O tempo de permanência pode ser influenciado por diversos fatores como diagnóstico, quadro clínico, idade, sexo, situação econômica, suporte familiar e social, adesão ao serviço comunitário, sintomas residuais e habilidades sociais.

A duração das internações psiquiátricas é preocupante devido à exclusão social e às conseqüentes perdas pessoais.

Com o emprego das modernas terapias, principalmente as medicamentosas, de terceira geração, o tempo de permanência dos pacientes hospitalizados está sendo reduzido.

É importante que os profissionais não se esqueçam de incluir a família nesse novo modelo de atenção em saúde mental, compartilhando o cuidado com elas. A mãe como elemento central da família, responsável pela saúde dos seus membros e também por exercer o papel de organizadora da família deverá ser inserida como elemento central nesse processo, sempre que possível.

Esse tipo de atendimento não produz interações concretas que possibilitem o envolvimento e conhecimento do outro. Assim, o menor risco iminente de crise desencadeia uma nova internação, muitas vezes desnecessária que acaba sendo determinada pelo contexto social e pela justiça.

VI - CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou conhecer as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes reinternados no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, mostrando que a população usuária desse serviço hospitalar (pertencente ao SUS) tem uma carência global, nos âmbitos social, econômico e médico-assistencial. Tal confirmação visa a contribuição para melhorar as intervenções junto ao portador de transtorno mental, refletindo diretamente na melhoria das condições de vida real dessas pessoas.

O trabalho confirmou que o fluxo de atendimento está de acordo com os princípios de regionalização e hierarquização, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde. Os pacientes internam apenas com encaminhamento dos serviços que fazem parte da rede de atendimento ao portador de transtorno mental no município e cidades da DRS XIII, que têm equipe de saúde mental estruturada.

A proveniência da maioria das reinternações foi de Ribeirão Preto e a maior proporção dos pacientes já havia sido internada neste hospital e em outros hospitais psiquiátricos. Estes dados fortalecem o discurso de baixo suporte familiar e social, pouco vínculo com os serviços comunitários e o trabalho superficial que os mesmos realizam, sem projetos terapêuticos individuais.

Outro achado do estudo foi a correlação positiva entre sexo e algumas variáveis, como idade, escolaridade, estado civil, motivo da internação, estado físico na admissão, internações anteriores em outros hospitais psiquiátricos, tipo de alta, tratamento durante a internação e estado físico na alta, bem como a idade com o estado mental na alta e idade dos pacientes em reinternações. Estas relações são importantes para direcionar políticas públicas na saúde mental.

A maioria dos pacientes reinternou por abandono do tratamento. As doenças psiquiátricas continuam, ainda, impedindo essas pessoas de ter pelo menos, oportunidade de tentar superar esse desafio e desenvolver algum papel social.

Em decorrência da variedade de diagnósticos com características muito distintas dos quadros clínicos e diferentes demandas de cada um, o Hospital poderia se organizar para tratar esses pacientes em unidades distintas para melhor planejamento das intervenções e para reduzir os riscos contra a integridade física dos mesmos. No caso dos dependentes químicos, por exemplo, percebe-se que as carências sociais são extremamente acentuadas.

Este cuidado poderia inovar os padrões de assistência propiciando melhores resultados no tratamento.

Diante dos fatos apresentados percebe-se que em decorrência dessa carência global do portador de transtorno mental, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde vejam o doente mental em seu contexto de vida e que busquem recursos na comunidade que possibilitem a participação mais ativa do portador e de seus familiares no tratamento.

Espera-se que a equipe de saúde mental incorpore as políticas públicas que partam das necessidades individuais dos usuários do serviço. A equipe de enfermagem, que está durante todo o período de seu trabalho relacionando-se diretamente com o paciente, tem condições de detectar as reais necessidades, as quais contribuem para as intervenções da equipe.

O portador de transtorno mental deve ser estimulado a reconquistar, na medida das suas possibilidades, as competências e o direito legal e ético de tomar suas próprias decisões. Este trabalho é árduo e para ser alcançado necessita do envolvimento de todos.

VII - REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. A psiquiatria na comunidade: a psiquiatria de setor e a psiquiatria comunitária. Módulo 6. In: AMARANTE, P. (Org.). **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMICO, L. C. **La institucionalización de la locura**: intervención Del trabajo social em alternativas de atención. Buenos Aires: Espaço editorial, 2005.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2001.

BAHLS, S. C.; ZACAR, F. M. H. As intervenções psicossociais no tratamento da esquizofrenia. **RUBS**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 24-33, 2006.

BANDEIRA, M.; IRANO, E. M. Reinserção social de psicótico: avaliação global do grau de assertividade, em situações de fazer e receber críticas. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 665-675.

BARROS, R. E. M. **Características clinicas-demograficas das internações psiquiátricas na região de Ribeirao Preto-SP entre 1998 e 2004**. 2008. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

BLACK, D. W.; YATES, W. R.; ANDREASEN, N. C. Esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme e transtornos delirantes (paranoides). In: TALBOTT, J.; HALES,

R.; YUDOFISKY, S. (Eds.). **Tratado de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 267-299.

BECKMANN, H.; GATTAZ, W. F. Terapia medicamentosa das esquizofrenias. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 8, n. 2, p. 17-24, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral a saúde do homem**: princípios e diretrizes. Brasília (DF), 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. Brasília (DF), 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2007. 85p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatório_gestão_saúde-mental_2006.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas**. Brasília (DF), 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria Executiva. **Informações de Saúde - DATASUS. Tecnologia da informática a serviço do SUS**. 2004. Disponível em: <<http://tabnet.gov.br>>. Acesso em: 16 jan. 2007.

BRASIL. Decreto n 44.786 de 23 de março de 2000. Altera a denominação do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, dispõe sobre sua reorganização e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado**, 24 de março, seção I, p. 1-3, 2000.

BRENNER, M. K.; CARDOSO, V. M.; OLIVEIRA, R. L. V.; FENSTERSEIFER, G. P.; BARRAZ, A. C. G.; BOEIRA, L. B.; BARROS, V. C. Mudanças na clientela de

internados em hospital psiquiátrico. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, v. 48, n. 9, p. 415-20, 1999.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHAVES, A. C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, supl. 1, p. 21-22, 2000.

CONTEL, J. O. B. Hospital psiquiátrico regional: considerações sobre sua origem, atualidades e futuro. **Neurobiologia**, Recife, v. 43, n. 3, p. 265-82, 1980.

_____. Contribuições ao estudo comparativo da assistência ambulatorial psiquiátrica pública em Ribeirão Preto (SP). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 133-40, 1994.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, London, v.50, n.10, p. 1385-401, 2000.

DALGALARRONDO, P.; BOTECA, N. J.; BANZATO, C. E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 629-34, 2003.

DALGALARRONDO, P. Enfermarias de psiquiatria. In: BOTECA, N. J. (Org.). **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas: Papiros, 1995. p. 95.

15-Decreto n 44.786 de 23 de março de 2000. Altera a denominação do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, dispõe sobre sua reorganização e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado, 2000. 24 de março, seção I, p. 1-3.

DESVIAT, M. **La reforma psiquiátrica**. Madrid: Ediciones Dor S.L, 1994.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, p. 105-9, 2005.

FONSECA, M. A. Serviços residenciais terapêuticos quando compartilhar espaços e estimular a solidariedade tornam-se estratégias terapêuticas **Revista Propec**, v.1, 2004. Disponível em: <http://www.iabmg.org.br/revistapropec/arta.htm>. Acesso em: 22 jul. 2006.

FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, P. S.; NIEVAS, A. F.; SILVA, E. C. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. **Revista Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 51-6, 2002.

GIACCHERO, K. G.; MIASSO, A. I. Ambulatório de psiquiatria em hospital geral: caracterização da adesão de usuários ao agendamento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 9, p. 20-27, 2008.

GIL, A. C. **Projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GASTAL, L. G.; ANDREOLI, S. B.; QUINTANA, M. I. S.; GAMEIRO, M. A.; LEITE, S. O.; McGRATH, J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 280-85, 2000.

GOMES, R; NASCIMENTO, E.F; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-74, 2007.

GREENHOUSE, W. J.; MEYER, B.; JOHNSON, S. L. Coping and medication adherence in bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 59, n. 3, p. 237-241, 2000.

HÄFFNER, H.; HEIDER, W.; BEHRENS, S.; GATTAZ, W. F.; HAMBRECHT, M.; LÖFFLER, W. et al. Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 24, n. 2, p. 99-113, 1998.

HARRISON, J. C. J.; FICCAROTTO, T. Warning: masculinity may be hazardous to your health. In: KIMMEL, M. S.; MESSNER, M. A. (Eds.). **Men's lives**. 2nd ed. New York: MacMillan. 1989. p. 6-309.

KIMMEL, M. Introduction. In: SABO, D.; GORDON, D. F. (Eds.). **Men's health and illness: gender, power, and the body**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995. p. vii-viii.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-9, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, p. 35-46, 2005.

LANCAMN, S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 93-102, 1997.

LEFF, J. (Ed.). **Care in the community: Illusion or Reality?** London: John Wiley & Sons, 1997. p. 212.

LIMA, M. C.; BOTEAGA, N. J. Hospital Dia: para quem e para quê? São Paulo: **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 01, p. 41-50, 2001.

LINGAM, R.; SCOTT, J. Treatment non-adherence in affective disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 105, p. 164-172, 2002.

LORANGER, A. W. Sex difference in age at onset of schizophrenia. **Archives General Psychiatry**, v. 41, p. 157-61, 1997.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men's health**: perspectives, diversity and paradox. London: Blackwell Sciences, 2000.

MELLO, R.; FUREGATO, A. R. F. Internações psiquiátricas no Rio de Janeiro de 1996 a 2005. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 176-82, 2007.

MORGADO, A.; LIMA, L. A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p.19-28, 2007.

NARDI, A.; GLINA, S.; FAVORITO, L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre câncer de pênis no Brasil. **International Braz J Urol**, v. 33, p. 1-7, 2007.

NICÁCIO, F. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2003.

ODA, A. M. G. R. **Aspectos históricos da internação psiquiátrica no Brasil**. 2002. Disponível em: <<http://www.sppc.med.br/mesas/anamariagaldini.html>>. Acesso em: 29 mar. 2009.

OLIVEIRA, A.M.N; LUNARD, V.L; SILVA, M.R.S.S. Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger. **Cogitare Enfermagem**, v.10, n.1, p. 9-15, 2005.

OLIVEIRA, G. G. **O atendimento dos médicos em centros de saúde e a prevalência das desordens mentais**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Washington, 2001.

OSINAGA,V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p.70-7, 2007.

Peduzzi M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-09, 2001.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.

PITTA-HOISEL, A. M. **Sobre uma política de saúde mental**. 1984. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1984.

PRAZERES, O. S.; MIRANDA, P. S. C. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 25, n. 2, p. 198-211, 2005.

RABELO, A. R.; CARDOSO, E.; MELO, A. Características sócio-demográficas da população psiquiátrica internada nos hospitais do sistema único de saúde do Estado da Bahia. **Revista baiana de saúde pública**, v. 29, n. 1, p.43-56, jan./jun. 2005

RIBEIRO, M. S.; ALVES,M. J. M.; VIEIRA, E. M. M.; MATTHIESEN e SILVA, P.; LAMAS, C. V. D. B. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, 2008. p. 16-22.

RODRIGUES, A. **Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crônicos**. Madrid: Ediciones Pirámide, 1997.

ROSA, M. A.; ELKIS, H. Adesão em esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, supl. 2, p.189-192, 2007

SANTIN, A.; CERESER, K.; ROSA, A. Compliance to treatment in bipolar disorder. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, suppl.1, p. 105-9,2005.

SANTOS, R. **Estudo das reinternações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto no período de 1998-1999**. Ribeirão Preto, 2003. 72 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SCHATZBERG, A. L.; COLE, J. O. Debatista. In: BATTISTA, C. de. **Manual of clinical psychopharmacology**. 6. ed. Washington: American Psychiatric Pub, 2007.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **Serviço de atendimento médico especializado do Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (SAME)**. Ribeirão Preto, 2009.

SGAMBATI, E. R. V. **Reinternação e rejeição familiar**: um estudo com pacientes psiquiátricos. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1983.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.22 (supl.1), p.56-8, 2000.

SILVA, J. P. L.; COUTINHO, E. S. F.; AMARANTE, P. D. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 505-511, 1999.

SILVEIRA, L. C.; BRAG, V. A. B. A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 38, n. 4, p. 429-37, 2004.

SOUZA, J. C.; SOUZA, N.; MAGNA, L. A. Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospitais psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, 2008.

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermagem psiquiátrica**. 2. ed. Colombia: Carvajal S.A, 1982.

VASCONCELOS, E. M. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 4, p.189-197, 1995.

VERAS, C. M. T.; MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, sept. 1994.

VIANNA, P. C. M.; BARROS, S.; MARTINS, A. S. S. O modelo assistencial em saúde: mental visão de familiares. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 374-381, 2004.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro, 2006. 208 p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

YAZLLE ROCHA, J. S.; SIMÕES, B. J. G. Estudo da demanda e utilização de serviços de saúde: uma experiência regional. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 4, p. 636-42, 1993.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Revista Estudos Feministas**, v. 9, n. 2, p. 460-82, 2001.

APÊNDICE A

LEVANTAMENTO DE REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS – LRP

I – IDENTIFICAÇÃO

COD

Iniciais: _____

Idade: _____ anos

Sexo:

M

F

Etnia:

branca

negra

amarela

parda

Escolaridade:

Analfabeto

Fundamental Incompleto

Fundamental Completo

Médio Incompleto

Médio Completo

Superior Incompleto

Superior Completo

Local de Nascimento: _____

Procedência: _____

Estado Civil:

Solteiro

Casado

Separado

Viúvo

Condição Atual:

Só

Com companheiro

II – INFORMAÇÕES CLÍNICAS

A – Entrada

Data: ____/____/____

- Motivo da internação:

Abandono do
tratamentoMelhora (. Supressão do
medicamento)Falta de médico
na redeFalta de suporte
familiarFalha do
tratamento amb.

a – Reagudização: _____

b – Ordem Judicial: _____

- Estado físico geral:

Bom

Regular

Mau

- Estado mental:

Agitado

Deprimido

Calmo

Delirante

Outro

- Internações anteriores: neste hospital: _____

outros: _____

- Início da doença: há _____ anos

- Diagnóstico médico: _____

B – Alta Hospitalar

Data: ____/____/____

- Alta:

Medica

à pedido

evasão

óbito

outro

- Tratamento efetuado durante a internação: _____

- Condição na alta:

- Estado Físico Geral:

Bom

Regular

Mau

- Estado Mental:

Agitado

Deprimido

Calmo

Delirante

Outro

- Diagnóstico médico: _____

- Esquema medicamentoso na alta: _____

- Proposta terapêutica de manutenção: _____

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 205/2007

Ribeirão Preto, 27 de setembro de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 26 de setembro de 2007.

Protocolo: nº 0829/2007

Projeto: REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E SUA RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS DO SUJEITO.

Pesquisadores: Antonia Regina Ferreira Furegato
Sueli Aparecida de Castro

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Antonia Regina Ferreira Furegato
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

Eu, Jueli Cip. de Castro, enfermeira lotada no setor de Agudos Feminino desta instituição solicito autorização para coleta de dados nos prontuários arquivados no Same. Estou cursando o mestrado na EERP-USP junto ao Departamento de Psiquiatria e Ciências Humanas.

A coleta de dados faz parte do meu projeto intitulado "Reinternações psiquiátricas e sua relação com as características do sujeito".

Atenciosamente

Jueli Cip. de Castro
Enfermeira
COREN: 49.561

De acordo,
desde que seja aprovada
por CEP

Amabile Rodrigues Xavier Mance
Diretor Técnico do Departamento Saúde