

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

Perfil Sócio-Demográfico e Clínico de Pacientes

Psiquiátricos Tratados em Hospital Dia

SIMONE ANDRÉA ESTEVAM JUNQUEIRA

Ribeirão Preto
2009

SIMONE ANDRÉA ESTEVAM JUNQUEIRA

**Perfil Sócio-Demográfico e Clínico de Pacientes
Psiquiátricos Tratados em Hospital Dia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Área de concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. José Onildo Betioli Contel

Ribeirão Preto
2009

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Junqueira, Simone Andréa Estevam

Perfil sócio-demográfico e clínico de pacientes psiquiátricos tratados em Hospital Dia. Ribeirão Preto, 2009.

108 p.: il.; 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Mental.

Orientador: Contel, José Onildo Betioli.

1. Hospital Dia. 2. Serviços de saúde mental.
3. Fatores sócio-demográficos. 4. Transtornos mentais.
5. Saúde mental. 6. Política de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SIMONE ANDRÉA ESTEVAM JUNQUEIRA

Perfil Sócio-demográfico e Clínico de Pacientes Psiquiátricos Tratados em Hospital Dia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental.

Área de concentração: Saúde Mental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIAS

Ao Alexandre, meu marido, pelo entusiasmo de meu crescimento, amor, compreensão e ajuda constante em todas as minhas necessidades.

Aos meus pais, Alberto e Claudette, pelo acolhimento em vários momentos desse percurso, pela confiança nas minhas decisões e apoio ao meu trabalho.

Aos meus queridos filhos, Caroline e Rafael, pela alegria e energia que me impulsiona e por suas afetuosas companhias.

Ao meu irmão Maurício e minha cunhada Elaine, pelo carinho e cuidado com a minha pequena família.

À minha irmã Claudia e meu sobrinho Leonardo, pela constante e divertida companhia.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Onildo Betioli Contel, pela paciência, dedicação e por sua preciosa orientação com sabedoria e experiência.

À Profª Drª Cristina Marta Del Ben, pelo apoio e sugestões enriquecedoras na execução deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Jaime Eduardo Cecílio Hallak e Profª Drª Marcia Bucchi Alencastre, pela disponibilidade e sugestões realizadas no Exame de Qualificação.

Ao Dr. Rafael Faria Sanches, pela ajuda nos resultados e pelo interesse expresso por este trabalho.

Ao Prof. Dr. Afonso Dinis Costa Passos, pela ajuda científica, sugestões e disponibilidade no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Estatístico Geraldo Cássio dos Reis do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, pela disponibilidade e colaboração competente na análise quantitativa dos dados.

À Srª Ivana Geraldo Cintra Faria, pela atenção e auxílio em cada pedido meu.

À amiga, Maria Aparecida Vilas Boas, pelo acolhimento, compreensão e estímulo na execução da pesquisa.

Aos colegas do Hospital Dia, pela paciência, amizade e apoio.

Aos colegas da Pós-graduação, em particular Edna, pela trajetória e pela ajuda emocional nos momentos de insegurança.

Aos professores do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, pelo incentivo e sugestões.

A todos meus amigos, que estiveram ao meu lado, de várias maneiras, me mostrando o verdadeiro caminho.

RESUMO

JUNQUEIRA, S.A.E. **Perfil sócio-demográfico e clínico de pacientes psiquiátricos tratados em Hospital Dia.** 2009. 108 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Introdução. A reforma da assistência psiquiátrica no Brasil vem diminuindo progressivamente o número de leitos nos hospitais psiquiátricos convencionais. Ao mesmo tempo vem sendo estruturada uma rede substitutiva de serviços extra-hospitalares, entre os quais se encontra o Hospital Dia do HCFMRP-USP (HD) da DRS-XIII, com sede em Ribeirão Preto – SP. Esse serviço, fonte dos dados do presente trabalho, é menos restritivo que hospitalização integral e mais protetor que tratamentos ambulatoriais. Esse processo, no entanto, apresentou como efeito colateral indesejável o fenômeno denominado “porta giratória”, representado pelo aumento importante da taxa de readmissões, que em alguns hospitais passa de 50% dos pacientes admitidos. **Objetivos.** Procura-se no presente trabalho: caracterizar o perfil sócio-demográfico e clínico da clientela atendida no HD, entre janeiro de 1996 e dezembro de 2005; identificar e descrever características dos pacientes que tiveram internações integrais psiquiátricas anteriores e readmissões ao HD; investigar se ocorre associação entre o tempo de permanência dos pacientes no HD e as variáveis sócio-demográficas e clínicas. **Metodologia.** Os dados foram coletados no prontuário de cada paciente, por meio de protocolo elaborado especificamente para esta finalidade. Os sujeitos foram 689 pacientes que fizeram 914 internações no HD. As variáveis foram analisadas através do programa SPSS versão 13.0. **Resultados.** Predominaram pacientes do sexo feminino (58,4%) com idade entre 20 a 39 anos (53,5%), brancos (84,2%), sem vínculo conjugal (59,7%), morando com familiares ou amigos (57,9%), procedentes de Ribeirão Preto e Região (90,2%), escolaridade até primeiro grau (53,6%), inativos profissionalmente (90,5%) e sem renda individual (51,2%). A maioria teve alta por ordem médica (73,3%), encaminhamento na alta para Ambulatórios (86,2%), uma única admissão no HD (77,8%), e tempo médio de permanência de 49 dias. Os diagnósticos mais prevalentes na alta foram: Esquizofrenia (32,8%), Episódio Depressivo (27,0%), Episódio Maníaco/ Transtorno Afetivo (15,1%), Transtorno de Personalidade (14,7%) e Outros/ Transtorno Neurótico (10,4%). Pacientes com internação integral anterior foram responsáveis por 47,0% das admissões. **Discussão.** Os resultados mostram que o HD trata adultos jovens, atingidos pela doença na plenitude da fase produtiva da vida e com quadros psiquiátricos com predomínio de Esquizofrenia. Existe uma dependência emocional e econômico-financeira com familiares e com o sistema público regional de dispensa de medicamentos e de transporte. A gravidade dos quadros psiquiátricos, conciliada com a complexidade social da doença mental, repercute negativamente no desenvolvimento do grau de instrução. O tempo médio de permanência está dentro do recomendado pelas normas da Portaria 224. Essa permanência permite uma terapia breve focal na maioria dos pacientes e uma intermediação positiva, retirando pacientes das internações e dirigindo-os para tratamentos ambulatoriais. **Conclusão.** O HD demonstrou atender pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, estar inserido na rede de assistência da DRS-XIII e ser um serviço que desempenha função de ressocialização e reintegração de pacientes psiquiátricos graves na comunidade. O HD trata pacientes oriundos da DRS-XIII com história prévia de internação integral anterior, no entanto, não repete com esses pacientes o fenômeno porta giratória.

Palavras-chave: Hospital Dia; Serviços de Saúde Mental; Fatores Sócio-Econômicos; Transtornos Mentais; Saúde Mental; Política de Saúde

ABSTRACT

JUNQUEIRA, S.A.E. **The socio-demographic and clinical profile of psychiatric patients attended at the Day Hospital.** 2009. 108 p. Dissertation (Master Degree) – School of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Introduction. The reform of psychiatric assistance in Brazil has progressively decreased the number of beds in conventional psychiatric hospitals. Concomitantly, a substitute network of extra-hospital services has developed, among which is the Day Hospital (HD) of the HCFMRP-USP of the DRS-XIII, based in Ribeirão Preto, SP. This service, source of the data presented here, is less strict than full-time hospitalization and more protective than outpatient clinics. This process, however, presented as an undesired effect the phenomenon termed “revolving door”, represented by the significant increase in the rate of readmissions, which in some hospitals responds for over 50% of all admissions.

Objectives. To characterize the clinical and socio-demographic profile of the clientele attended at the HD between January 1996 and December 2005; to identify and describe the characteristics of patients who had previous full-time hospitalizations and were readmitted at the HD; to investigate whether there is any association between the time spent at the HD and clinical and socio-demographic variables.

Methodology. Data were collected from the patients’ medical records by means of a protocol elaborated for this purpose. Participants were 689 patients who had 914 admissions at the HD. Variables were analyzed with the software SPSS, version 13.0.

Results. Patients were predominantly females (58,4%), aged between 20 and 39 years (53,5%), white (84,2%), not married (59,7%), living with family or friends (57,9%), original from Ribeirão Preto and neighboring cities (90,2%), with elementary education (53,6%), unemployed (90,5%), and with no individual income (51,2%). Most patients were discharged by medical orders (73,3%), were referred to outpatient clinics after discharge (86,2%), had a single admission at the HD (77,8%), and mean hospitalization of 49 days. The most prevalent diagnoses at discharge were: Schizophrenia (32,8%), Depressive Episode (27,0%), Manic Episode/ Affective Disorder (15,1%), Personality Disorder (14,7%), and Others/ Neurotic Episode (10,4%). Patients with previous full-time hospitalizations accounted for 47,0% of admissions.

Discussion. The results show that the HD treats young adults whose disease onset occurs at the peak of their productive age, with a predominance of Schizophrenia. The patients are economically and emotionally dependent on the family and on the regional public system of medication dispense and transportation. The severity of their psychiatric conditions together with the social complexity of mental disorders has a negative impact on the patients’ educational status. The mean hospitalization time is in accordance with the recommendations of Regulation 224. This permanence enables brief focal therapy for most patients and a positive intervention, keeping patients away from hospitalizations and guiding them toward outpatient follow-up.

Conclusion. The HD proved able to treat patients with severe and persistent mental disorders, to be inserted in the assistance network of the DRS-XIII, and to be a service that performs functions of resocialization and reintegration of severely ill patients in the community. The HD treats patients of the DRS-XIII with a previous history of full-time hospitalization, however, it does not repeat the revolving door phenomenon with these patients.

Keywords: Day Hospital; Mental Health Services; Socioeconomic Factors; Mental Disorders; Mental Health; Health Policy

LISTA DE ABREVIATURAS

CID 9 – Classificação Internacional das Doenças, 9ª edição

CID 10 – Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição

DRS-XIII – Décima Terceira Divisão Regional de Saúde

EPIB – Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

FMRP-USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

HCFMRP-USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

HD – Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

HST – Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

SAME – Serviço de Arquivo Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

UE – Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

UP – Unidade Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de pacientes e de suas admissões e readmissões no HD. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil.....	38
Tabela 2 - Distribuição de 689 pacientes com e sem internação ou atendimento em diversos serviços psiquiátricos. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil	38
Tabela 3 - Distribuição de 689 pacientes segundo sexo, faixa etária e cor da pele, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil	39
Tabela 4 - Distribuição de 689 pacientes segundo estado civil, número de filhos, moradia, religião e cidade de procedência, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil.....	40
Tabela 5 - Distribuição de 689 pacientes segundo doença mental na família, grau de instrução, atividade profissional e renda individual, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil	42
Tabela 6 - Distribuição de 689 pacientes segundo condição de alta e tempo de permanência, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil	45
Tabela 7 - Distribuição de 689 pacientes segundo admissão e readmissão no HD, internação integral, sexo e ano de admissão, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil.....	47
Tabela 8 - Distribuição do tempo de permanência de 689 pacientes, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil	47
Tabela 9 - Comparação entre sexo dos pacientes e idade, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005	48
Tabela 10 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e idade, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005	48
Tabela 11 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e cor da pele, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005	49
Tabela 12 - Comparação entre sexo dos pacientes e estado civil, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005	50
Tabela 13 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e cidade de procedência, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	51

Tabela 14 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e grau de instrução, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 - 2005.....	52
Tabela 15 - Comparação entre sexo dos pacientes e renda individual, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	53
Tabela 16 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e salário mínimo familiar, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	53
Tabela 17 - Comparação entre sexo dos pacientes e diagnóstico psiquiátrico na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005	54
Tabela 18 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e diagnóstico psiquiátrico na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	55
Tabela 19 - Comparação entre tempo de permanência dos pacientes e diagnóstico psiquiátrico na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	55
Tabela 20 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e encaminhamento na admissão, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	56
Tabela 21 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e encaminhamento na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	57
Tabela 22 - Comparação entre tempo de permanência dos pacientes e condição de alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 - 2005.....	57
Tabela 23 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e tempo de permanência, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	58
Tabela 24 - Comparação entre tempo de permanência dos pacientes e encaminhamento na admissão, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	58
Tabela 25 - Comparação entre tempo de permanência dos pacientes e encaminhamento na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	59
Tabela 26 - Comparação entre única admissão, readmissão no HD e diagnóstico psiquiátrico na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	60

Tabela 27 - Comparação entre única admissão, readmissão no HD e encaminhamento na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	61
Tabela 28 - Comparação entre única admissão, readmissão no HD e condição de alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005	61
Tabela 29 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e ano de admissão, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 - 2005.....	62
Tabela 30 - Comparação entre ano de admissão dos pacientes e tempo de permanência, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 - 2005.....	62
Tabela 31 - Comparação entre única admissão, readmissão no HD e ano de admissão dos pacientes, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	63
Tabela 32 - Comparação entre única admissão, readmissão no HD e internação integral, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005.....	64

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Distribuição da cidade de procedência e do ano de admissão de 689 pacientes, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil 41
- Figura 2** - Distribuição do diagnóstico psiquiátrico de 689 pacientes na admissão e na alta entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil..... 43
- Figura 3** - Distribuição do diagnóstico psiquiátrico na admissão de 689 pacientes, com e sem renda individual, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil 44
- Figura 4** - Distribuição dos encaminhamentos de 689 pacientes na admissão e na alta, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil 44
- Figura 5** - Distribuição da média do tempo de permanência de 689 pacientes por diagnóstico psiquiátrico na alta, segundo ano de admissão no HD. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil 46

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Transformações da Assistência Psiquiátrica no Brasil	16
1.2 Assistência à Saúde Mental e Hospital Dia	17
1.3 Caracterização do Serviço	20
1.3.1 Pré-admissão e Admissão Médica e Social ao HD	22
1.3.2 Tratamento propriamente dito	22
1.3.3 Alta	24
1.4 Justificativa	25
2. OBJETIVOS	27
3. METODOLOGIA.....	29
3.1 Local do Estudo	29
3.2 Sujeitos	29
3.3 Instrumento de Pesquisa	29
3.4 Procedimentos de Coleta de Dados	31
3.5 Estabelecimento de Banco de Dados	31
3.6 Elaboração e Integração dos Resultados	32
3.7 Análise dos Dados	34
3.8 Estudo Piloto	35
3.9 Aspectos Éticos	36
4. RESULTADOS.....	38
4.1 Características sócio-demográficas e clínicas	39
4.2 Análise das variáveis	47

4.2.1. Faixa Etária	48
4.2.2. Cor da Pele	49
4.2.3. Estado Civil	50
4.2.4. Cidade de Procedência	51
4.2.5. Grau de Instrução.....	52
4.2.6. Renda Individual.....	53
4.2.7. Salário Familiar	53
4.2.8. Diagnóstico Psiquiátrico na Alta	54
4.2.9. Encaminhamento na Admissão e na Alta.....	56
4.2.10. Condição de Alta	57
4.2.11. Tempo de Permanência no HD	58
4.2.12. Readmissão no HD	60
4.2.13. Internação Integral e Ano de Admissão	62
5. DISCUSSÃO	66
6. CONCLUSÕES	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
APÊNDICE	
ANEXO	

1. INTRODUÇÃO

1.1. Transformações da Assistência Psiquiátrica no Brasil

Nos últimos anos a Décima Terceira Divisão Regional de Saúde do Estado de São Paulo (DRS-XIII) com sede em Ribeirão Preto, SP foi submetida, como tem ocorrido em outras Regiões do Brasil, a um processo de desospitalização com a desativação de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos tradicionais. Uma das conseqüências para a DRS-XIII foi a redução do número de leitos disponíveis para internação integral e, coincidindo com essa diminuição, a inauguração de Centros de Atenção Psicossocial, Lares Abridados e leitos em Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (AMARANTE, 1994; DEL-BEN et al., 1999; JORGE; FRANÇA, 2001).

A reestruturação oficial da atenção à Saúde Mental no Brasil foi iniciada, oficialmente, em 29 de janeiro de 1992, com a Portaria 224 do Ministério da Saúde e aprovada, mais tarde, por meio da Lei Paulo Delgado de 2001. Essa nova legislação passou a ter o apoio das leis estaduais que dispõem sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por recursos extra hospitalares situados na comunidade (BOTEGA, 1995; BRASIL, 1992; CAMPOS; BARROS, 2001; DELGADO et al., 2001; FELÍCIO, 2001; SILVA FILHO et al., 1998).

Essa Lei passou a obrigar os hospitais psiquiátricos brasileiros a se adaptarem a um processo de desospitalização que, ao longo do tempo, deveria deixá-los com menor importância no sistema de saúde, enquanto seria estruturada uma rede de serviços extra hospitalares de crescente complexidade (AMARANTE, 1995; DALGALARRONDO et al., 2003; FREITAS, 1998; OSINAGA, 2007; SANTOS et al., 2000).

Nessa rede deve estar presente a hospitalização parcial, no presente trabalho denominado Hospital Dia (HD), que diversifica as opções de tratamento e melhora o padrão assistencial da rede, ao oferecer mais uma opção extra hospitalar de tratamento intensivo centrado na reabilitação psicossocial (MONTEIRO; BARROSO, 2000).

Tem-se assim, um novo contexto assistencial de redução do número de leitos hospitalares, diminuição do tempo médio de internação integral e de menor ênfase na internação psiquiátrica integral. Este cenário, na medida em que deixa de oferecer internações longas, passa a exigir outras intervenções em saúde mental que dêem conta, tanto da crescente parcela da população com problemas mentais, quanto da população com persistência de sintomas ou reincidência de episódios graves da doença que já não tem o benefício de longas internações integrais (CAMPOS; BARROS, 2001; LANCMAN, 1997; SOUZA et al., 2005).

As mudanças nas características clínicas e demográficas da população, como o aumento da proporção das doenças crônico-degenerativas e dos transtornos mentais, também precisam ser contempladas pelos programas de pesquisa e de assistência. São necessários modelos integrados, ajustados ao contexto social e cultural, capazes de responder de maneira eficiente a essas novas demandas. A hospitalização parcial, de longa data, vincula-se à comunidade através da família e tem sido uma das alternativas assistenciais disponíveis (MARI; ALMEIDA, 2003).

1.2. Assistência à Saúde Mental e Hospital Dia

A assistência à saúde mental necessita de um entendimento mais amplo do indivíduo que vá além da sintomatologia psiquiátrica. É relevante entender a saúde

do paciente como uma condição em um amplo contexto biopsicossocial de vida que deve incluir, também, a disfunção clínica passível de ser enfrentada com tecnologias psicossociais e farmacêuticas.

A transformação dos Serviços de Saúde Mental é complexa porque precisa levar em conta a atenção multidisciplinar e a localização do paciente em um contexto mais amplo de como a saúde do cidadão é tratada pela sociedade. Nesse sentido os profissionais de saúde mental precisam estar atentos ao desenvolvimento, ou não, da assistência e suas conseqüências sobre a população atendida e o futuro do atendimento (BERTONCELLO; SILVA, 1998).

No Brasil, essa situação está representada pela desospitalização acelerada de doentes mentais patrocinada pela reforma da assistência psiquiátrica que, no entanto, trouxe consigo, como efeito colateral indesejável, o problema de reinserção social insuficiente desses pacientes que acabou resultando em um aumento da taxa de reinternações hospitalares, fenômeno denominado porta giratória (BANDEIRA, 1993; SANTOS, 2003).

Duas características do HD como a assistência multidisciplinar e a participação intensiva da família no dia a dia do tratamento oferecem reabilitação psicossocial como profilaxia de reinternações. O enfrentamento e controle de sintomas, a prevenção e diminuição de riscos de reincidência da doença e a diminuição do preconceito contra a doença mental e a otimização da performance social assumem papéis fundamentais nesse contexto terapêutico psiquiátrico, oficializado a partir de 1992 (FIGUEIREDO, 1999; FREITAS, 1998).

Os pacientes com características clínicas específicas, como aqueles com readmissões psiquiátricas, constituem uma clientela propícia a se beneficiar desta reabilitação psicossocial em Hospital Dia. Eles assumem, no contexto da

hospitalização parcial, grande importância e merecem ser estudados sob o ponto de vista dos fatores de risco e de proteção contra readmissões futuras (GASTAL et al., 2000).

O atendimento em rede de saúde, em instalação na DRS-XIII, representa esforços regionais em desenvolvimento para um sistema de atenção compreensiva em Saúde Mental. Nesse contexto o presente trabalho assume relevância para orientar eventual reestruturação e reorganização futura do planejamento da rede, visando um melhor conhecimento de pacientes que não só repetem internações, mas também podem estar repetindo internações parciais no HD em estudo.

O perfil sócio-demográfico e clínico oferece informações sobre índices de melhora, recaída ou piora da evolução da clientela tratada. À medida que disponibiliza novos conhecimentos sobre a população que provoca readmissões sucessivas, a pesquisa permitirá uma melhor compreensão da trajetória na rede, do atendimento realizado em Hospital Dia e a caracterização dentro do contexto maior da DRS-XIII.

Segundo Lima e Botega (2001), para implementar mudanças no atendimento psiquiátrico, é importante conhecer melhor quais pacientes fazem tratamento nos Hospitais Dia e quais fatores interferem em sua adesão e aproveitamento do serviço. É necessário oferecer tratamento profilático para evitar persistência de sintomas graves a longo prazo e re-internações sucessivas em um mesmo hospital ou em hospitais diferentes (REINALDO; CONTEL, 1997; ZUSMAN, 1992).

Pesquisas sobre o oferecimento de programas compreensivos de reabilitação psicossocial, que demonstrem resultados pelo giro de pacientes, com duração máxima de permanência convencionada tecnicamente e de acordo com as peculiaridades clínicas da clientela atendida, como é o caso do HD, podem facilitar

uma melhor reflexão sobre a participação da hospitalização parcial no processo de desospitalização, em evolução na rede de assistência à Saúde Mental da DRS-XIII (CONTEL, 2000).

1.3. Caracterização do Serviço

O Hospital Dia (HD) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) foi instalado em 1961, no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FMRP-USP, sendo o primeiro ligado a uma Universidade Brasileira a oferecer hospitalização parcial para doentes mentais graves, fora do contexto da internação integral da época (CONTEL, 1991).

Em 1967, esse HD foi desativado por razões administrativas e reaberto, em 1974, por meio de Convênio da FMRP-USP com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e, a partir de 1978, funciona ininterruptamente como um Serviço do HCFMRP-USP. Em sua reabertura, ao lado dos procedimentos psiquiátricos de tratamento convencional, implantou-se equipe multidisciplinar, atendimento com múltiplos grupos assistenciais, limitação breve do tratamento e participação da família durante todo processo terapêutico, desde a admissão até a alta do paciente (AZOUBEL NETO, 1986; CAMPOS, 1986; CONTEL, 1991).

O HD é uma opção voluntária de tratamento psiquiátrico, indicada para pacientes com psicopatologias graves, agudas ou reagudizadas, com a característica distintiva de ser menos restritiva que a hospitalização integral e mais protetora que tratamentos ambulatoriais (PARKER; KNOLL, 1990).

Considerado uma forma intermediária e alternativa entre a internação integral e o tratamento ambulatorial, pode complementá-los e substituí-los. Pacientes graves e refratários ao tratamento ambulatorial tradicional podem, num período curto, receber ajuda temporária do HD e, mais tarde, já melhorados, retornar ao tratamento anterior. O mesmo pode ocorrer com pacientes em internação integral e em observação em Unidade de Emergência que, ainda convalescentes, recebem alta com admissão ao HD, para continuidade em reabilitação psicossocial. Em casos selecionados o HD pode substituir, com vantagens, a internação integral (BLAYA, 1960; CONTEL et al., 1995; GUIMARÃES et al., 2002).

Os pacientes provêm da DRS-XIII, composta de 25 municípios com um total estimado de 1.214.712 habitantes no ano de 2005. A sede, em Ribeirão Preto, ocupa uma área de 650 km² e tem uma população de 551.312 habitantes. O restante da população dos outros 24 municípios é representado pelas cidades de Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guatapar, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antonio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa do Viterbo, Santo Antonio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho (BRASIL, 2005).

São características do HD diagnosticar e tratar sintomas atuais e oferecer reabilitação psicossocial promovendo um melhor ajuste do paciente consigo mesmo, com a família e com a comunidade. Desde 1974, o HD trata 16 pacientes adultos, maiores de 16 anos, de ambos os sexos, de segunda  sexta-feira, das 7:30 às 16:00 horas, caracterizando uma assistência diária e intensiva (CAMPOS; CONTEL, 1996; CONTEL, 2000).

1.3.1. Pré-admissão e Admissão Médica e Social ao HD

Na pré-admissão ao HD o paciente precisa comparecer acompanhado de um familiar ou de uma pessoa que se co-responsabiliza pelo tratamento, quando é realizada a avaliação médica e social para verificar se existe indicação ou contra-indicação de hospitalização parcial. As principais contra-indicações para admissão ao HD estão relacionadas ao paciente e às suas dificuldades de ir e vir diariamente ao serviço seja por limitações próprias ou por falta de suporte social, como ausência de acompanhante e impossibilidade de transporte diário. Pacientes portadores de abuso e/ou dependência química atual não são admitidos, uma vez que o Serviço não apresenta estrutura e preparo profissional para lidar terapêuticamente com essa clientela. As limitações graves de autocuidado na vida diária, como se alimentar à mesa, locomover-se por conta própria e a incapacidade para executar cuidados higiênicos mínimos também podem impedir o tratamento. As psicopatologias relacionadas com risco grave de auto e hetero-agressão e comorbidade com algumas doenças clínicas agudas também contra-indicam a admissão no serviço. Nesses casos são indicadas outras formas de tratamento (BOARDMAN; RODGSON, 2000; CONTEL, 2000).

Na admissão é formalizado um contrato com paciente e seu familiar para assegurar a presença e suporte de ambos ao processo terapêutico que se inicia. Nesse momento é esclarecida a proposta terapêutica do HD, vantagens e riscos a serem assumidos pela equipe terapêutica, familiar e paciente (CONTEL et al., 1995).

1.3.2. Tratamento propriamente dito

O trabalho desenvolvido é centrado nos princípios da Comunidade Terapêutica com ênfase nas atividades psicossociais, realizado em ambiente

multidisciplinar, terapeuticamente protegido, controlado, e com complementação psicofarmacológica (MOTTA, 2001).

Essa proteção e manejo terapêutico são iniciados pela orientação quotidiana da enfermagem, a fim de estabelecer e manter uma aliança terapêutica entre o HD, o paciente e seu familiar. Esse acolhimento diário pela manhã é de suma importância para o sucesso do início, desenvolvimento e alta do tratamento. Nesse momento cabe ao enfermeiro iniciar as primeiras condutas terapêuticas, na medida em que se inteira da evolução clínica e de como o paciente se mantém em casa, de um dia para outro.

Essas condutas têm várias características como prover e garantir:

1. tratamento psicofarmacológico e outras medicações relacionadas às comorbidades com doenças orgânicas;
2. ingestão diária das medicações prescritas;
3. primeiras orientações do dia para o manejo do comportamento sintomático;
4. facilitação da relação do paciente com a equipe multidisciplinar e com outros pacientes com os quais ele se relacionará durante o dia e;
5. orientação da relação com o acompanhante para assegurar o suporte social durante o evoluir do tratamento.

Durante a hospitalização parcial são oferecidos aos pacientes café da manhã e almoço segundo prescrição médica. Nas refeições, pacientes com sintomas relacionados à execução do comportamento alimentar e aqueles portadores de comorbidades que exigem dietas especiais, como nos casos mais comuns de obesidade, diabetes e hipertensão arterial, recebem ajuda específica e orientação. Acompanhando as atividades físicas semanais da rotina de tratamento são oferecidas oportunidades ao paciente para o cuidado com a higiene e com a aparência pessoal.

Esses cuidados se estendem aos pacientes cujas psicopatologias atingem gravemente o cuidado com a própria aparência e com a higiene. A coleta de exames laboratoriais e encaminhamentos para outros exames necessários ao esclarecimento e acompanhamento diagnóstico, como é o caso de pacientes seguidos com dosagens periódicas de carbonato de lítio no sangue, obedece às orientações da enfermagem, específicas para cada tipo de exame.

A agenda do tratamento psicossocial semanal é viabilizada por meio de múltiplos grupos terapêuticos coordenados por técnicos da equipe multidisciplinar, abrangendo atividades de enfermagem, terapia ocupacional, recreação, atividades físicas com música, aplicação de técnicas grupais de relaxamento corporal, comemorações regionais e nacionais como festa junina, carnaval e festas de fim de ano, psicoeducação, psicoterapia de grupo e grupos com familiares e casais (CAMPOS, 1988; CONTEL et al., 1995; ISHARA, 1996).

Em casos selecionados são aplicados testes psicológicos para o esclarecimento do diagnóstico psiquiátrico. Cada paciente tem seguimento médico individualizado, onde é formulado o diagnóstico psiquiátrico e o tratamento psicofarmacológico correspondente.

1.3.3. Alta

Em geral, entre 30 a 60 dias de tratamento, a alta combinada ocorre por Ordem Médica. Nesses casos é programada de acordo com a evolução e melhora parcial ou completa dos sintomas que motivaram o tratamento atual em HD. A alta costuma ser precedida de dias alternados para os pacientes retomarem, gradativamente, às rotinas em casa, ou para o retorno às atividades, fora do lar, que eram exercidas antes do tratamento atual. Eventualmente ocorrem altas por

desistência de vir ao serviço no dia-a-dia, a pedido por motivos diversos e por fuga do ambiente aberto do HD. Nos casos de piora da gravidade dos sintomas o paciente pode receber alta por transferência, tanto para o Serviço Psiquiátrico da Unidade de Emergência, quanto para Unidades Psiquiátricas de internação integral.

Ao término do tratamento em HD, o paciente é orientado e encaminhado para acompanhamento a nível médico e psicossocial para o serviço de origem ou ambulatorial da área de abrangência do paciente. Já nas situações de altas não combinadas, é preenchida e encaminhada uma notificação para o Serviço Ambulatorial Psiquiátrico da área de abrangência do paciente.

1.4. Justificativa

Considerando a importância dos Hospitais Dia na rede de Serviços de Saúde Mental, este trabalho tem como finalidade realizar o levantamento de dados sócio-demográficos e clínicos dos pacientes psiquiátricos tratados no HD, com particular ênfase nos pacientes das readmissões.

Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de obter conhecimento específico da clientela que se submete ao tratamento em hospitalização parcial, sua demanda, a eventual alteração das características dessa população em resposta às mudanças do Sistema de Atendimento à Saúde Mental na DRS-XIII e as possíveis repercussões dessas transformações sobre as admissões e readmissões ao HD.

Os resultados poderão contribuir para a otimização do funcionamento do HD de Ribeirão Preto, oferecendo subsídios para propostas e programas de intervenção, no intuito de garantir a qualidade da assistência atual. São esperados, também, benefícios para os próprios pacientes, na medida em que o processo de admissão e readmissão, em prática na instituição, seja investigado pelo presente trabalho.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivos:

1. Caracterizar o perfil sócio-demográfico e clínico da clientela atendida no HD, durante 10 anos, entre janeiro de 1996 a dezembro de 2005;
2. Identificar possíveis diferenças no perfil sócio-demográfico e clínico entre pacientes com história de internação integral psiquiátrica e readmissão no HD;
3. Investigar a ocorrência de associação entre o tempo de permanência dos pacientes no HD e as variáveis sócio-demográficas e clínicas.

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada tem característica descritiva exploratória, retrospectiva, não controlada e quantitativa.

3.1. Local do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

3.2. Sujeitos

Os sujeitos são 689 pacientes admitidos para tratamento no HD, durante 10 anos, entre 1996 a 2005. Foram preenchidos 822 protocolos de pesquisa contendo 914 admissões ou readmissões ao HD. Foram excluídos os pacientes que apresentaram admissão no serviço antes de primeiro de janeiro de 1996 e aqueles com data de alta posterior a 31 de dezembro de 2005.

3.3. Instrumento de Pesquisa

O protocolo de pesquisa (**APÊNDICE A**) foi elaborado com a finalidade de coletar informações sócio-demográficas e clínicas de pacientes tratados no HD. Essa elaboração ocorreu em várias etapas com modificações desde a fase inicial até a última, as quais são apresentadas a seguir:

1. As variáveis do protocolo de estudo foram elaboradas com base nas necessidades de informações sobre os pacientes que fazem tratamento em HD;

2. As opções das variáveis foram organizadas de acordo com consulta realizada no Sistema de Informação e Gestão Hospitalar do HCFMRP-USP e nos impressos padrões do mesmo;
3. Os profissionais do Censo Demográfico – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram contatados para alcançar uma linguagem uniforme das variáveis;
4. As variáveis utilizadas em trabalhos equivalentes disponíveis na literatura foram verificadas a fim de propiciar a realização de comparações futuras;
5. A abrangência e propriedade do conteúdo do protocolo foram submetidas à avaliação de dois especialistas do HD, sendo uma enfermeira e um médico psiquiatra.

O protocolo de pesquisa final, em seu preenchimento, contém 50 itens, numericamente transformados em variáveis, sendo a maioria de dupla escolha, tipo sim/não, e múltipla escolha. Os dados foram coletados por meio de consulta aos prontuários de cada paciente. Cada protocolo foi identificado seqüencialmente por números em ordem crescente, iniciais do nome do paciente e registro no HCFMRP-USP.

As informações socio-demográficas e clínicas foram coletadas na ordem apresentada a seguir: 1) Data de admissão no HD; 2) Data de nascimento; 3) Idade; 4) Cor da pele; 5) Sexo; 6) Grau de instrução; 7) Profissão; 8) Atividade profissional e tempo de serviço; 9) Valor da renda própria e familiar; 10) Estado civil; 11) Número de filhos; 12) Com quem reside; 13) Religião; 14) Doença mental na família; 15) Naturalidade (cidade e estado); 16) Procedência (cidade e estado); 17) Encaminhamento de admissão (serviço); 18) Internação anterior no HD, UP, EPIB e UE; 19) Atendimento anterior na UE; 20) Internação anterior em outros serviços psiquiátricos; 21) Diagnóstico psiquiátrico e clínico na admissão e alta; 22)

Tratamento psicofarmacológico na admissão e alta; 23) Data da alta; 24) Condição da alta; 25) Tempo de permanência no HD e; 26) Encaminhamento na alta (serviço).

3.4. Procedimentos de Coleta de Dados

Os prontuários médicos foram rastreados através do livro que registra todas as admissões seqüenciais no HD, onde consta número de registro do HCFMRP-USP, nome completo do paciente e datas de admissão e alta. Essas informações foram incluídas no cabeçalho do protocolo individual, através do qual foram efetuadas as coletas de dados do prontuário de cada paciente.

Os prontuários médicos foram consultados diretamente no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do HCFMRP-USP, numa freqüência aproximada de cinco por dia, em um total mínimo de 100 prontuários por mês.

Os preenchimentos dos protocolos foram executados somente pela pesquisadora, visando garantir a uniformidade e a freqüência pretendida. Nos casos em que as anotações dos prontuários eram insuficientes para o preenchimento de algumas variáveis, outras fontes foram consultadas como a Seção de Dados Médicos do SAME e o Sistema de Informação e Gestão Hospitalar do HCFMRP-USP.

3.5 Estabelecimento de Banco de Dados

Na medida em que os protocolos foram completados com os dados dos prontuários, os 50 itens foram transformados em variáveis nas categorias nominais e ordinais, as quais foram inseridas nos softwares Microsoft Excel – versão 2003 e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 13.0. As informações

foram digitadas por duas vezes, verificando desta maneira possíveis erros de digitação.

3.6 Elaboração e Integração dos Resultados

Os Programas estatísticos permitiram o tratamento das variáveis coletadas e a apresentação dos resultados em Tabelas e Gráficos.

Dentre as 26 variáveis coletadas duas delas, Psicofarmacoterapia e Naturalidade, foram excluídas dos resultados do presente trabalho. A primeira pela extensão e complexidade dos dados relacionados com psicofármacos, mereceriam um trabalho a parte, e a segunda devido às incertezas relacionadas com a caracterização do local de nascimento dos pacientes.

Assim sendo, os resultados sócio-demográficos e clínicos das 24 variáveis foram extraídos dos protocolos referentes à primeira admissão de cada paciente (n=689).

Em onze dessas variáveis são apresentadas a seguir considerações adicionais para uma compreensão mais abrangente dos resultados.

1. Diagnóstico psiquiátrico. Naqueles pacientes admitidos durante a vigência da Nona Classificação Internacional das Doenças (CID-9), as variáveis diagnóstico psiquiátrico na admissão e na alta, precisaram ser re-classificadas de acordo com a CID-10. Os diagnósticos Transtornos Mentais Orgânicos, Transtornos Neuróticos e Síndromes Comportamentais Associadas a Disfunções Fisiológicas e a Fatores Físicos, dado seu pequeno número, foram agrupados na Categoria Outros/ Transtorno Neurótico (OMS, 1996).

2. Doença Mental na Família. Foram considerados familiares de 1º grau (pai, mãe e irmãos).

3. Renda Individual e Salário Familiar: Os valores foram convertidos em salário mínimo vigente na época da admissão do paciente.

4. Encaminhamento na Admissão ou Origem do Encaminhamento. Três são as Categorias de Origem: Ambulatórios, Internação Integral/Unidade de Emergência/ (Atendimento ou Internação na UE, Internação em UP, EPIB e HST) e Outros Serviços (encaminhamentos externos à DRS-XIII e Serviços que foram desativados pela Reforma Psiquiátrica na Região).

5. Encaminhamento na Alta ou Encaminhamento de Destino. Três são as categorias de Destino: Ambulatórios, Internação Integral/Unidade de Emergência (Atendimento ou Internação na UE e Internação em UP, EPIB e HST) e Outros Serviços (Encaminhamentos externos à DRS-XIII, Serviços que foram desativados pela Reforma Psiquiátrica na Região). Nesta última Categoria foram incluídos pacientes denominados de notificação para busca ativa, ou seja, aqueles pacientes que, ao abandonarem o tratamento no HD, precisaram ser localizados para continuar o tratamento psiquiátrico em regime ambulatorial.

6. Condição de Alta. As informações sobre a qualidade das altas, preenchidas pelo médico no último dia de internação, compõem cinco Categorias: Ordem médica, Abandono/Fuga, A Pedido, Transferência UE - Internação Integral e Transferência UE.

7. Tempo de Permanência no HD. Essa variável corresponde ao número de dias transcorridos entre as datas de admissão e alta dos pacientes no HD.

8. Internação Integral. As Categorias Sim e Não dizem respeito aos pacientes que tiveram ou não história de internação integral psiquiátrica em quatro Unidades

da DRS-XIII: Unidade Psiquiátrica do HCFMRP-USP (UP), Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve do HCFMRP-USP (EPIB), Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (HST) e Unidade de Emergência do HCFMRP-USP (UE);

9. Atendimento na UE sem internação. As Categorias Sim e Não dizem respeito aos pacientes que tiveram ou não história de permanência na UE menor que 12 horas;

10. Internação em Outros Serviços. As Categorias Sim e Não dizem respeito aos pacientes que tiveram ou não história de internação integral em Serviços externos à DRS-XIII e Serviços que foram desativados pela Reforma Psiquiátrica na Região.

3.7 Análise dos Dados

Na análise utilizou-se de estatística descritiva para os dados sócio-demográficos e clínicos. Foram aplicados testes para dados não-paramétricos, o Teste de qui-quadrado para as variáveis categóricas e os Testes Mann Whitney e Kruskal Wallis para a comparação entre grupos. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$ (SIEGEL, 1975).

A análise das prováveis associações das 24 variáveis em estudo foi viabilizada através da comparação delas com os cinco grupos apresentados a seguir.

1. Única Admissão versus Readmissão no HD;
2. Com história de Internação Integral versus Sem história de Internação Integral;

3. Admissão ao HD entre 1996 e 2000 versus 2001 a 2005. Este agrupamento foi realizado para investigarem-se eventuais conseqüências sócio-demográficas e clínicas para o HD, decorrentes da centralização das internações psiquiátricas da DRS-XIII, através da instalação da Central de Vagas Psiquiátricas na UE, em dezembro de 2000;

4. Sexo Feminino versus Masculino;

5. Tempo de Permanência no HD, em dias.

Para possibilitar a aplicação das análises estatísticas a variável Cor da Pele Amarela foi excluída e duas variáveis, Grau de Instrução e Condição de Alta necessitaram ser agrupadas como apresentado a seguir:

- Grau de instrução. As duas Categorias Segundo grau e Superior incompleto se tornaram uma única como Segundo grau/Superior incompleto;
- Condição de alta. As duas Categorias A Pedido e Abandono / Fuga se tornaram uma única como Desistência. As duas Categorias Transferência para UE e Transferência UE - Internação Integral se tornaram uma única como Transferência.

3.8 Estudo Piloto

Um estudo-piloto foi desenvolvido em duas fases para aferir a qualidade, uniformidade, praticidade, tempo utilizado do pesquisador na aplicação do protocolo de pesquisa e a verificação das condições técnicas para a realização do estudo.

Em uma primeira fase foram preenchidos 47 protocolos com dados de prontuários de pacientes. Nesse processo ocorreram algumas alterações, quando se

chegou a 50 itens para constituir o protocolo definitivo. Em três desses protocolos que, originalmente, já haviam sido preenchidos pelo pesquisador, uma enfermeira repetiu a coleta de dados para avaliar a confiabilidade interavaliador. Em uma segunda fase a exeqüibilidade final do protocolo foi comprovada pela sua aplicação em mais 24 prontuários.

3.9 Aspectos Éticos

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (**ANEXO A**).

RESULTADOS

4. RESULTADOS

A Tabela 1 deixa evidente que 536 pacientes (77,8%) faz uma Admissão no HD (58,6) e 153 pacientes (22,2%) fazem duas ou mais Admissões (41,4%).

Tabela 1 - Distribuição do número de pacientes e de suas admissões e readmissões no HD. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

Admissões e Readmissões	Número de Pacientes		Número de Admissões	
	n	%	n	%
Uma	536	77,8	536	58,6
Duas	103	14,9	206	22,5
Três	37	5,4	111	12,1
Quatro	7	1,0	28	3,1
Cinco ou mais	6	0,9	33	3,6
Total	689	100,0	914	100,0

A Tabela 2 mostra que 47,0% (n= 324) dos pacientes apresentam história de Internação Integral.

Tabela 2 - Distribuição de 689 pacientes com e sem internação ou atendimento em diversos serviços psiquiátricos. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

Serviço Psiquiátrico	Internação ou Atendimento Psiquiátrico					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Internação Integral	324	47,0	365	53,0	689	100,0
Atendimento na UE sem Internação	204	29,6	485	70,4	689	100,0
Internação em Outros Serviços	146	21,2	543	78,8	689	100,0

4.1 Características sócio-demográficas e clínicas

As características sócio-demográficas e clínicas dos 689 pacientes são apresentadas a seguir:

Tabela 3 - Distribuição de 689 pacientes segundo sexo, faixa etária e cor da pele, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

Variável	Total	
	n	%
Sexo		
Feminino	402	58,4
Masculino	287	41,7
Idade (anos)		
15 a 19 anos	62	9,0
20 a 29 anos	200	29,0
30 a 39 anos	169	24,5
40 a 49 anos	133	19,3
50 a 59 anos	61	8,9
60 a 69 anos	41	6,0
70 anos ou mais	23	3,3
Cor da Pele		
Branca	580	84,2
Parda	75	10,9
Preta	29	4,2
Amarela	5	0,7

A Tabela 3 mostra a predominância de 58,4% (n=402) mulheres sobre os homens. Em relação à idade da clientela que faz tratamento no HD, verifica-se que a maioria (53,5%; n=369) está na faixa etária de 20 a 39 anos. A idade média é de

36,6 ($\pm 14,7$) anos e mediana de 34 anos. Em 84,2% (n=580) dos casos, a cor da pele branca predomina sobre as demais.

Tabela 4 - Distribuição de 689 pacientes segundo estado civil, número de filhos, moradia, religião e cidade de procedência, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

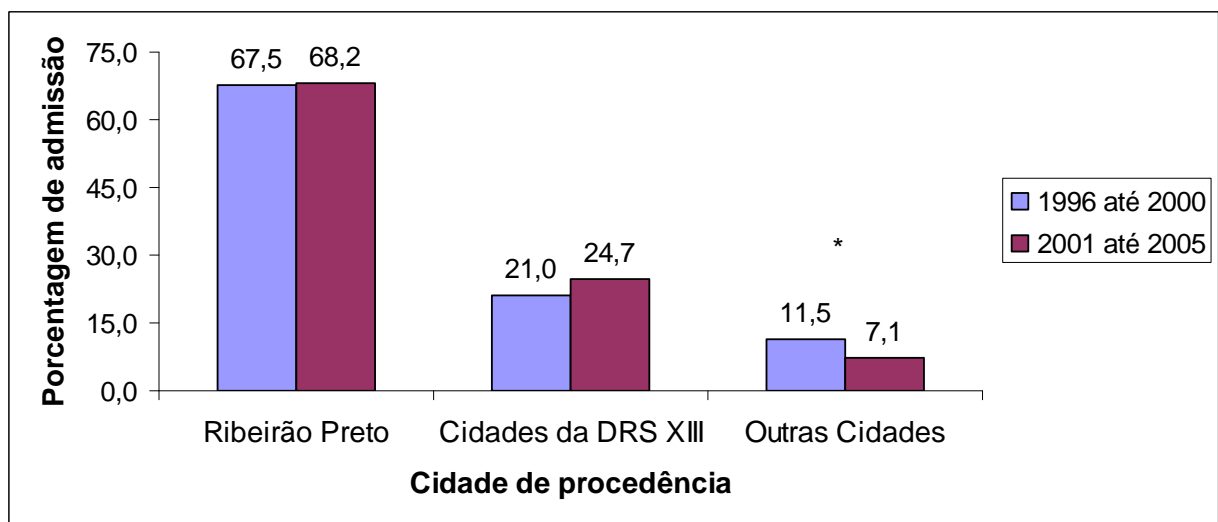
Variável	Total	
	n	%
Estado Civil		
Solteiro	317	46,0
Casado/Amasiado	278	40,3
Separado/ Desquitado/ Divorciado	59	8,6
Viúvo	35	5,1
Número de Filhos*		
Não tem filhos	307	44,9
Um filho	106	15,5
Dois filhos	116	17,0
Três filhos ou mais	154	22,5
Condição de Moradia**		
Familiares ou Amigos	390	57,9
Família Conjugal	264	39,2
Reside Só	20	3,0
Religião***		
Católica	436	65,2
Evangélica	114	17,0
Espírita	59	8,8
Sem Religião	31	4,6
Outras Religiões	29	4,3
Cidade de Procedência****		
Ribeirão Preto	465	67,8
Cidades da DRS-XIII	154	22,4
Outras Cidades	67	9,8

* 6 casos sem informação; **15 casos sem informação; ***20 casos sem informação; **** 3 casos sem informação

A Tabela 4 mostra que a maioria dos pacientes é solteira (46,0%; n=317), com predomínio daqueles sem vínculo conjugal (59,7%; n=411). A presença de filhos na vida destas pessoas é predominante em 55,0% (n=376) pacientes.

Com relação à moradia, a maioria dos pacientes reside acompanhada, sendo que 57,9% (n=390) pessoas moram com seus familiares e 39,2% (n=264) com seus cônjuges. Em se tratando da religião, pode-se observar que existe a predominância de 65,2% (n=436) católicos, seguidos de 17,0% (n=114) evangélicos.

A maioria dos pacientes é procedente da DRS-XIII, 90,2% (n=619), com destaque para a cidade de Ribeirão Preto, sede da Região, com 67,8% (n=465).



Nota: p=0,05; cidade de procedência: 3 casos sem informação

Figura 1 - Distribuição da cidade de procedência e do ano de admissão de 689 pacientes, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

Na Figura 1 observa-se que a porcentagem pacientes procedentes de Outras Cidades diminuiu, significativamente, de 11,5% (n=48) no período 1996 a 2000, para 7,1% (n=19) no período 2001 a 2005, enquanto aumenta os procedentes de Ribeirão Preto e Cidades da DRS-XIII.

Tabela 5 - Distribuição de 689 pacientes segundo doença mental na família, grau de instrução, atividade profissional e renda individual, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

Variável	Total	
	n	%
Doença Mental na Família*		
Não	291	59,9
Sim	195	40,1
Grau de Instrução**		
Até 4ª série	136	21,4
5ª a 8ª série	205	32,2
Segundo grau	191	30,0
Superior incompleto	56	8,8
Superior completo	49	7,7
Atividade Profissional***		
Inativo	290	58,8
Afastado	85	17,2
Aposentado	71	14,4
Ativo	47	9,5
Renda Individual****		
Não	285	51,2
Sim	272	48,8

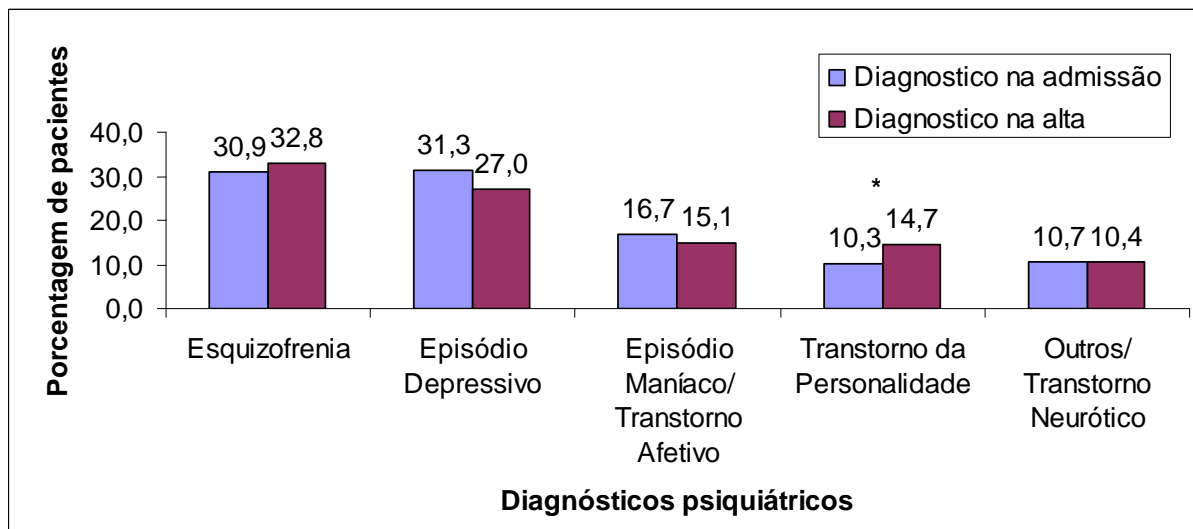
* 203 casos sem informação; **52 casos sem informação; *** 196 casos sem informação; **** 132 casos sem informação.

Fica evidente na Tabela 5 que a maioria dos familiares com parentesco em primeiro grau (59,9%; n=291) não apresentam referência de doença mental.

Quanto à escolaridade, constata-se que 53,6% (n=341) estudaram até o primeiro grau, 30,0% (n=191) o segundo grau e 16,5% (n=105) o ensino superior, evidenciando existir uma clientela prejudicada em relação aos estudos. O prejuízo no mercado de trabalho também esteve presente, demonstrado na predominância

da inatividade profissional em 90,4% (n=446) dos casos, sendo que 17,2% (n=85) necessitaram afastar do mercado de trabalho.

É constatado que a maioria, 51,2% (n=285) dos pacientes, não apresenta renda individual. A média do salário mínimo familiar, convertido no salário mínimo da época, é de 6,8 ($\pm 6,7$).



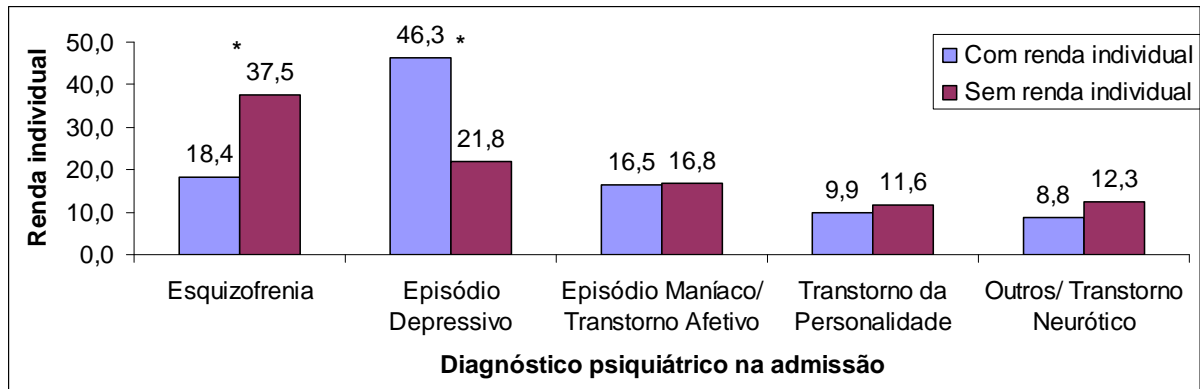
Nota: p=0,014

Figura 2 - Distribuição do diagnóstico psiquiátrico de 689 pacientes na admissão e na alta entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

Observa-se na Figura 2, que na admissão do HD predominam os diagnósticos de Transtornos de Humor com ênfase em Episódio Depressivo (31,3%; n=216) sobre o Episódio Maníaco/ Transtorno Afetivo (16,7%; n=115). Em segundo lugar a Esquizofrenia (30,9%; n=213), seguida de Outros/ Transtorno Neurótico (10,7%; n=74).

Essa ordem se modifica nos diagnósticos de alta, verifica-se que diminuem os casos de Transtorno de Humor, tendo 27,0% (n=186) pacientes com Episódio Depressivo e 15,1% (n=104) pacientes com Episódio Maníaco/ Transtorno Afetivo. A Esquizofrenia aumenta na alta para 32,8% (n=226) e Outros/ Transtorno Neurótico praticamente se equivalem com 10,4% (n=72). Existe um aumento significativo na

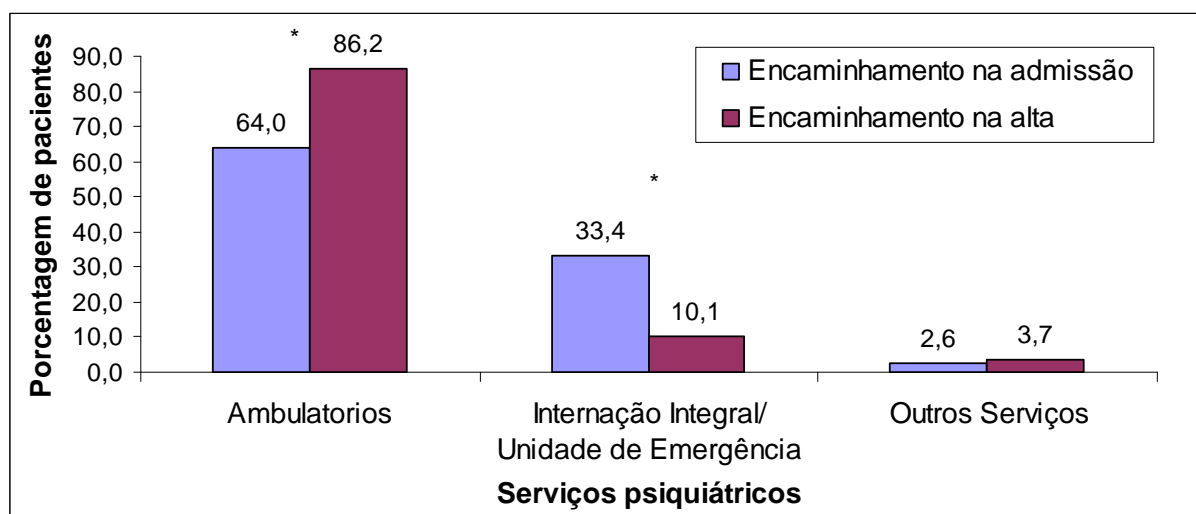
porcentagem de pacientes com Transtorno de Personalidade na alta (14,7%; n=101), em relação à admissão (10,3%; n=71).



Nota: $p < 0,001$; renda individual: 132 casos sem informação

Figura 3 - Distribuição do diagnóstico psiquiátrico na admissão de 689 pacientes, com e sem renda individual, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

É possível verificar na Figura 3, que os pacientes com Esquizofrenia apresentam porcentagem significativamente superior em não ter renda individual (37,5%; n=107) e os com Episódio Depressivo porcentagem significativamente superior em ter renda individual (46,3%; n=126).



Nota: $p < 0,001$; encaminhamento na admissão: 5 casos sem informação; encaminhamento na alta: 43 casos sem informação

Figura 4 - Distribuição dos encaminhamentos de 689 pacientes na admissão e na alta, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

A origem dos pacientes admitidos ao HD, apresentada na Figura 4, mostra uma maioria de 64,0% (n=438) vinda de Ambulatórios e 33,4% (n=228) de Internação Integral/Unidade de Emergência. Essa situação é alterada, significativamente na alta, quando 86,2% (n=557) são dirigidos para Ambulatórios enquanto uma porcentagem menor de 10,1% (n=65), são dirigidos para Internação Integral/Unidade de Emergência.

Tabela 6 - Distribuição de 689 pacientes segundo condição de alta e tempo de permanência, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

Variável	Total	
	n	%
Condição de Alta		
Ordem Médica	505	73,3
Abandono/ Fuga	69	10,0
A Pedido	47	6,8
Transferência UE-Internação Integral	45	6,5
Transferência UE	23	3,4
Tempo de Permanência (em dias)		
1 a 15	112	16,3
16 a 30	87	12,6
31 a 45	131	19,0
46 a 60	135	19,6
61 a 75	104	15,1
76 a 90	62	9,0
91 a 120	45	6,5
121 ou mais	13	1,9

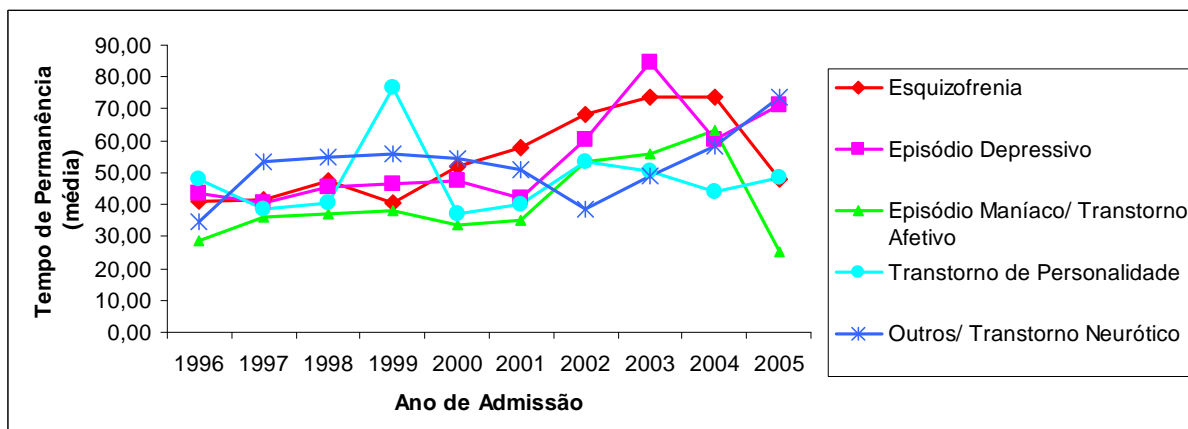


Figura 5 - Distribuição da média do tempo de permanência de 689 pacientes por diagnóstico psiquiátrico na alta, segundo ano de admissão no HD. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

É possível verificar na Tabela 6 que as altas por Ordem Médica predominam (73,3%) sobre altas por Desistência, aqui consideradas como A Pedido, Abandono/Fuga (16,8%; n=116) e por Transferência (9,9%; n=68).

A média do tempo de permanência dos pacientes no Hospital Dia é de 49 ($\pm 30,2$) dias, com uma variação de um a 200 dias e mediana de 46 dias. A permanência mais freqüente está entre 31 a 60 dias em 38,6% (n=266) pacientes, ainda em ordem decrescente, 16,3% (n=112) permaneceram de um a 15 dias, 15,1% (n=104) 61 a 75 dias e 12,6% (n=87) 16 a 30 dias.

4.2 Análise das Variáveis

As Tabelas 7 e 8 mostram cinco grupos de variáveis que possibilitaram comparações:

Tabela 7 - Distribuição de 689 pacientes segundo admissão e readmissão no HD, internação integral, sexo e ano de admissão, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

Variável	Total	
	n	%
Admissão e Readmissão no HD		
Única Admissão	536	77,8
Readmissão	153	22,2
Internação Integral		
Sim	324	47,0
Não	365	53,0
Sexo		
Feminino	402	58,4
Masculino	287	41,7
Ano de Admissão		
1996 – 2000	421	61,1
2001 – 2005	268	38,9

Tabela 8 - Distribuição do tempo de permanência de 689 pacientes, entre 1996 e 2005. Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil

	n	Média	Desvio padrão	Mediana
Tempo de Permanência (dias)	689	49,0	30,2	46

4.2.1. Faixa Etária

Tabela 9 - Comparação entre sexo dos pacientes e idade, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Sexo	Idade (anos)					
	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Feminino	402	37,8	15,2	35,5	14	82
Masculino	287	35,0	14,0	33	15	87
Total	689	36,6	14,7	34	14	87

Os pacientes do sexo masculino apresentam idade significativamente inferior, em relação aos do sexo feminino. Aplicado o teste de Mann Whitney ($p=0,015$).

Tabela 10 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e idade, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Internação Integral	Idade (anos)					
	N	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Sim	324	34,9	14,0	32	14	87
Não	365	38,2	15,3	36	15	82
Total	689	36,6	14,7	34	14	87

Os pacientes com Internação Integral apresentam idade significativamente inferior, em relação aos que não tiveram Internação Integral. Aplicado o teste de Mann Whitney ($p=0,006$).

4.2.2. Cor da Pele

Tabela 11 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e cor da pele, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Cor da Pele	Internação Integral				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Branca	260	44,8	320	55,2	580	100,0
Parda	42	56,0	33	44,0	75	100,0
Preta	18	62,1	11	37,9	29	100,0
Total	320	46,8	364	53,2	684	100,0

A Tabela 11 mostra que pacientes brancos são mais comuns em não ter história de Internação Integral do que pardos e pretos. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(2GL)}=6,172$; $p=0,046$).

4.2.3. Estado Civil

Tabela 12 - Comparação entre sexo dos pacientes e estado civil, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Estado Civil	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Solteiro	146	36,3	171	59,6	317	46,0
Casado/Amasiado	175	43,5	103	35,9	278	40,3
Separado/ Desquitado/ Divorciado	49	12,2	10	3,5	59	8,6
Viúvo	32	8,0	3	1,0	35	5,1
Total	402	100,0	287	100,0	689	100,0

Na Tabela 12 observa-se que entre pacientes do sexo feminino predominam os casado/amasiado, enquanto que entre os do sexo masculino predominam solteiro. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(3GL)}=52,701$; $p<0,001$).

4.2.4. Cidade de Procedência

Tabela 13 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e cidade de procedência, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Cidade de Procedência	Internação Integral				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Ribeirão Preto	240	51,6	225	48,4	465	100,0
Cidades da DRS-XIII	75	48,7	79	51,3	154	100,0
Outras Cidades	6	9,0	61	91,0	67	100,0
Total	321	46,8	365	53,2	686	100,0

A Tabela 13 mostra que entre pacientes procedentes de Ribeirão Preto predominam ter história de Internação Integral, enquanto que entre os procedentes de Outras Cidades predominam não ter história de Internação Integral. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(2GL)}=43,092$; $p<0,001$).

4.2.5. Grau de Instrução

Tabela 14 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e grau de instrução, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Grau de Instrução	Internação Integral					
	Sim		Não		Total	
	N	%	n	%	n	%
Até 4 ^o série	64	47,0	72	53,0	136	100,0
5 ^o a 8 ^o série	115	56,1	90	43,9	205	100,0
Segundo grau/ Superior incompleto	107	43,3	140	56,7	247	100,0
Superior completo	18	36,7	31	63,3	49	100,0
Total	304	47,7	333	52,3	637	100,0

Na Tabela 14 observa-se que entre pacientes estudantes da 5^a a 8^a série predominam ter história de Internação Integral. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(3GL)}=10,078$; $p=0,018$).

4.2.6. Renda Individual

Tabela 15 - Comparação entre sexo dos pacientes e renda individual, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Renda Individual	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Sim	142	43,6	130	56,3	272	48,8
Não	184	56,4	101	43,7	285	51,2
Total	326	100,0	231	100,0	557	100,0

A Tabela 15 mostra que pacientes do sexo masculino predominam ter renda individual. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(1GL)}=8,753$; $p=0,003$).

4.2.7. Salário Familiar

Tabela 16 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e salário mínimo familiar, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Internação Integral	Salário mínimo familiar					
	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Sim	259	6,1	5,5	5	1	37
Não	298	7,4	7,5	5	1	78
Total	557	6,8	6,7	5	1	78

A Tabela 16 mostra que os pacientes com história de Internação Integral apresentam salário familiar significativamente inferior, em relação aos que não tiveram Internação Integral. Aplicado o teste de Mann Whitney ($p=0,006$).

4.2.8. Diagnóstico Psiquiátrico na Alta

Tabela 17 - Comparação entre sexo dos pacientes e diagnóstico psiquiátrico na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Diagnóstico na Alta	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Esquizofrenia	88	38,9	138	61,1	226	100,0
Episódio Depressivo	127	68,3	59	31,7	186	100,0
Episódio Maníaco/ Transtorno Afetivo	66	63,5	38	36,5	104	100,0
Transtorno da Personalidade	79	78,2	22	21,8	101	100,0
Outros/ Transtorno Neurótico	42	58,3	30	41,7	72	100,0
Total	402	58,3	287	41,7	689	100,0

Na Tabela 17 observa-se que diagnóstico de Esquizofrenia é mais comum nos pacientes do sexo masculino, enquanto que o diagnóstico de Transtorno da Personalidade, seguido do Episódio Depressivo são mais comuns nos do sexo feminino. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(4GL)} = 60,109$; $p < 0,001$).

Tabela 18 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e diagnóstico psiquiátrico na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Diagnóstico na Alta	Internação Integral				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Esquizofrenia	119	36,7	107	29,3	226	32,8
Episódio Depressivo	64	19,8	122	33,4	186	27,0
Episódio Maníaco/ Transtorno Afetivo	79	24,4	25	6,8	104	15,1
Transtorno da Personalidade	45	13,9	56	15,3	101	14,7
Outros/ Transtorno Neurótico	17	5,2	55	15,1	72	10,4
Total	324	100,0	365	100,0	689	100,0

A Tabela 18 mostra que pacientes com história de Internação Integral é mais comum ter Esquizofrenia, seguido de Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(4GL)}=65,808$; $p<0,001$).

Tabela 19 - Comparação entre tempo de permanência dos pacientes e diagnóstico psiquiátrico na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Diagnóstico na Alta	Tempo de permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Esquizofrenia	226	50,4	32,8	49	1	200
Episódio Depressivo	186	52,5	30,4	53	1	129
Episódio Maníaco/ Transtorno Afetivo	104	39,4	25,2	37	1	114
Transtorno da Personalidade	101	46,2	26,5	48	1	123
Outros/ Transtorno Neurótico	72	53,1	29,8	52	1	151
Total	689	49,0	30,2	46	1	200

Na tabela 19 observa-se que os pacientes com diagnósticos de alta de Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo apresentam um tempo de permanência significativamente inferior, em relação aos de Esquizofrenia, de Episódio Depressivo e de Outros/Transtorno Neurótico. Enquanto que os pacientes com Transtorno de Personalidade não se diferem. Aplicado o teste de Kruskal Wallis ($p=0,003$).

4.2.9. Encaminhamento na Admissão e na Alta

Tabela 20 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e encaminhamento na admissão, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Encaminhamento na Admissão	Internação Integral				Total	
	Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%
Ambulatórios	128	39,9	310	85,4	438	64,0
Internação Integral/ Unidade de Emergência	191	59,5	37	10,2	228	33,3
Outros Serviços	2	0,6	16	4,4	18	2,6
Total	321	100,0	363	100,0	684	100,0

A tabela 20 mostra que pacientes com história de Internação Integral é mais comum ser encaminhado à partir de Internação Integral/Unidade de Emergência, enquanto que os sem história de Internação Integral é mais comum ser encaminhado de Ambulatórios. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(2GL)}=188,664$; $p<0,001$).

Tabela 21 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e encaminhamento na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Encaminhamento na Alta	Internação Integral				Total	
	Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%
Ambulatórios	247	82,6	310	89,3	557	86,2
Internação Integral/ Unidade de Emergência	38	12,7	27	7,8	65	10,1
Outros Serviços	14	4,7	10	2,9	24	3,7
Total	299	100,0	347	100,0	646	100,0

Na Tabela 21 observa-se que existe o predomínio de encaminhamentos para Ambulatórios, seguido de Internação Integral/Unidade de Emergência em ambas Categorias, porém encaminhamentos para Ambulatórios é mais comum entre os pacientes sem história de Internação Integral, enquanto que encaminhamentos para Internação Integral/Unidade de Emergência é mais comum nos com história de Internação Integral. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(2GL)}=6,121$; $p=0,047$).

4.2.10. Condição de Alta

Tabela 22 - Comparação entre tempo de permanência dos pacientes e condição de alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Condição de Alta	n	Tempo de permanência (em dias)				
		Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Ordem Médica	505	59,1	26,1	58	6	200
Desistência	116	19,6	20,5	13	1	106
Transferência	68	23,7	24,2	13,5	1	109
Total	689	49,0	30,2	46	1	200

Na Tabela 22 observa-se que pacientes com alta por Ordem Médica apresentam um tempo de permanência no HD significativamente superior, em relação aos demais que se equivaleram. Aplicado o teste de Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

4.2.11. Tempo de Permanência no HD

Tabela 23 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e tempo de permanência, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Internação Integral	Tempo de permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Sim	324	44,1	28,2	44	1	137
Não	365	53,3	31,2	53	1	200
Total	689	49,0	30,2	46	1	200

A Tabela 23 mostra que pacientes com história de Internação Integral apresentam um tempo de permanência significativamente inferior, em relação aos que não tiveram Internação Integral. Aplicado o teste de Mann Whitney ($p < 0,001$).

Tabela 24 - Comparação entre tempo de permanência dos pacientes e encaminhamento na admissão, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Encaminhamento na Admissão	Tempo de permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Ambulatórios	438	52,6	30,8	52	1	200
Internação Integral/ Unidade de Emergência	228	42,2	28,0	42,5	1	137
Outros Serviços	18	53,0	23,9	58	12	95
Total	684	49,2	30,1	46	1	200

Na Tabela 24 observa-se que os pacientes encaminhados de Internação Integral/Unidade de Emergência apresentam um tempo de permanência no HD significativamente inferior, em relação aos de Ambulatórios e de Outros Serviços. Aplicado o teste de Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

Tabela 25 - Comparação entre tempo de permanência dos pacientes e encaminhamento na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Encaminhamento na Alta	Tempo de permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Ambulatórios	557	55,6	27,9	53	1	200
Internação Integral/ Unidade de Emergência	65	24,6	24,4	15	1	109
Outros Serviços	24	22,9	27,5	8	1	106
Total	646	51,3	29,6	51	1	200

A Tabela 25 mostra que pacientes encaminhados para Ambulatórios apresentam um tempo de permanência no HD significativamente superior, em relação aos demais que se equivaleram. Aplicado o teste de Kruskal Wallis ($p < 0,001$).

4.2.12. Readmissão no HD

Tabela 26 - Comparação entre única admissão, readmissão no HD e diagnóstico psiquiátrico na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 - 2005

Diagnóstico na Alta	Admissão e Readmissão no HD					
	Única Admissão		Readmissão		Total	
	n	%	n	%	n	%
Esquizofrenia	152	28,4	74	48,4	226	32,8
Episódio Depressivo	157	29,3	29	19,0	186	27,0
Episódio Maníaco/ Transtorno Afetivo	84	15,7	20	13,1	104	15,1
Transtorno da Personalidade	81	15,1	20	13,1	101	14,7
Outros/ Transtorno Neurótico	62	11,6	10	6,5	72	10,4
Total	536	100,0	153	100,0	689	100,0

Na Tabela 26 observa-se que Esquizofrenia é mais comum entre os pacientes de Readmissão, enquanto que Episódio Depressivo é mais comum nos de Única Admissão. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(4GL)} = 22,991$; $p < 0,001$).

Tabela 27 - Comparação entre única admissão, readmissão no HD e encaminhamento na alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

	Admissão e Readmissão no HD					
	<u>Única Admissão</u>		<u>Readmissão</u>		Total	
	n	%	n	%	n	%
Encaminhamento na Alta						
Ambulatórios	443	88,6	114	78,1	557	86,2
Internação Integral/ Unidade de Emergência	38	7,6	27	18,5	65	10,1
Outros Serviços	19	3,8	5	3,4	24	3,7
Total	540	100,0	106	100,0	646	100,0

A Tabela 27 mostra que existe o predomínio de encaminhamentos para Ambulatórios, seguido daqueles para internação Integral/ Unidade de Emergência em ambas Categorias, porém é mais comum nos pacientes de Única Admissão os encaminhamentos para Ambulatórios, enquanto que nos de Readmissão é mais comum ser encaminhado para Internação Integral/Unidade de Emergência. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(2GL)}=14,819$; $p=0,001$).

Tabela 28 - Comparação entre única admissão, readmissão no HD e condição de alta, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

	Admissão e Readmissão no HD					
	<u>Única Admissão</u>		<u>Readmissão</u>		Total	
	n	%	n	%	n	%
Condição de Alta						
Ordem Médica	399	74,4	106	69,3	505	73,3
Desistência	96	17,9	20	13,1	116	16,8
Transferência	41	7,6	27	17,6	68	9,9
Total	536	100,0	153	100,0	689	100,0

Na Tabela 28 observa-se que existe o predomínio de alta por Ordem Médica em ambas Categorias, porém é mais comum nos pacientes de Única Admissão, enquanto que nos de Readmissão é mais comum ter alta por Transferência. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(2GL)}=14,142$; $p=0,001$).

4.2.13. Internação Integral e Ano de Admissão

Tabela 29 - Comparação entre pacientes com ou sem internação integral e ano de admissão, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

	Ano de Admissão					
	1996 - 2000		2001 a 2005		Total	
	n	%	n	%	n	%
Internação Integral						
Sim	184	43,7	140	52,2	324	47,0
Não	237	56,3	128	47,8	365	53,0
Total	421	100,0	268	100,0	689	100,0

A Tabela 29 mostra que predominam pacientes com história de Internação Integral admitidos no ano de 2001 a 2005. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(1GL)}=4,787$; $p=0,029$).

Tabela 30 - Comparação entre ano de admissão dos pacientes e tempo de permanência, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

Ano de Admissão	Tempo de permanência (em dias)					
	n	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
1996 - 2000	421	43,6	26,8	44	1	151
2001 - 2005	268	57,5	33,1	58	1	200
TOTAL	689	49,0	30,2	46	1	200

A Tabela 30 mostra que pacientes admitidos no ano de 2001 a 2005 apresentam um tempo de permanência no HD significativamente superior, em relação aos admitidos no ano de 1996 a 2000. Aplicado o teste de Mann Whitney ($p < 0,001$).

Tabela 31 - Comparação entre única admissão, readmissão no HD e ano de admissão dos pacientes, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996-2005

Admissão no HD	Ano de Admissão					
	1996 - 2000		2001 a 2005		Total	
	n	%	n	%	n	%
Única Admissão	301	71,5	242	87,7	536	77,8
Readmissão	120	28,5	26	12,3	153	22,2
Total	421	100,0	268	100,0	689	100,0

Na Tabela 31 observa-se que existe o predomínio de pacientes com Única Admissão em ambos períodos, porém é mais comum nos pacientes admitidos no ano de 2001 a 2005, enquanto que nos de Readmissão é mais comum ser admitido no ano de 1996 a 2000. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(1GL)} = 24,847$; $p < 0,001$).

Tabela 32 - Comparação entre única admissão, readmissão no HD e internação integral, Hospital Dia do HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, Brasil, 1996 -2005

	Admissão e Readmissão no HD					
	Única Admissão		Readmissão		Total	
	n	%	N	%	N	%
Internação Integral						
Sim	241	45	83	54,2	324	47
Não	295	55	70	45,8	365	53
Total	536	100	153	100	689	100

Na Tabela 32 observa-se que predomina nos pacientes de Readmissão aqueles com história de Internação Integral. O teste do qui-quadrado foi aplicado evidenciando esta diferença ($\chi^2_{(1GL)}=4,120$; $p=0,026$).

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

O aumento da taxa de reinternação hospitalar (fenômeno da porta giratória) tende a ser cada vez mais importante no momento atual da reforma psiquiátrica brasileira, no entanto, tal ocorrência não é observada no Hospital Dia (Tabela 1), pois apenas 7,3% de 689 pacientes estudados apresentaram três ou mais readmissões (SANTOS, 2007).

Três fatores são fundamentais na seleção da clientela, os quais podem ter importância para proteger o HD da porta giratória: ser um hospital aberto, apenas admitir internações voluntárias e estabelecer aliança terapêutica desde o início da terapia. Assim sendo, apesar da gravidade dos sintomas que acompanham os pacientes tratados, eles precisam ter um mínimo de entendimento da necessidade do tratamento, para ir e vir ao HD de segunda à sexta-feira.

Analisando as variáveis da clientela do HD de Ribeirão Preto, consideraram-se alguns resultados obtidos:

5.1. Sexo

Pacientes do sexo feminino são predominantes, estes dados são compatíveis com a predominância de mulheres na população da DRS-XIII (IBGE, 2000), no entanto se diferem na porcentagem, evidenciando que mulheres são 50,7% no IBGE contra 58,4% no HD e homens 49,3% no IBGE contra 41,7% no HD.

Esta predominância do sexo feminino está em concordância com vários estudos realizados em serviços psiquiátricos (ALMEIDA, 1999; ANDREOLLI et al., 2004; BRUFFAERTS et al., 2004a; BRUFFAERTS, 2004b; CATTY et al., 2005a;

CATTY et al., 2005b; FISHER; STEVENS, 1999; GILLIS et al., 1997; GODDART et al., 2004; HALLAK et al., 2003; KERR CORRÊA et al., 1994; LIMA; BOTECA, 2001; PELISOLI; MOREIRA, 2005; RUGGERI et al., 2005; SAARENTO et al., 2000; SOUZA et al., 2005).

No entanto, diferem de outros estudos que encontraram a predominância do sexo masculino (BENZATO et al., 1993; BROMET et al., 1996; CORREIA FILHO et al., 1998; DALGALARRONDO et al., 2003; GOMES et al., 2002; MELO; GUIMARÃES, 2005; NASCIMENTO, 1999; REINALDO; CONTEL, 1997; SANTOS et al., 2000; SILVA et al., 1999; YOUNG et al., 2005).

Pode-se levantar a hipótese de que pelo fato do HD não admitir pacientes com transtornos do uso ou abuso de álcool e drogas, tem uma diminuição da demanda de homens, uma vez que este transtorno afeta predominantemente indivíduos masculinos (BRUFFAERTS, 2004b; SAARENTO et al., 2000; SILVA et al., 1999).

5.2. Faixa Etária

A predominância de pacientes com 20 a 39 anos corresponde ao observado por vários autores que realizaram estudos em serviços extra-hospitalares como o HD. O fato de admitir mais pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos, idade média de 36,6 ($\pm 14,7$) anos tem a ver com custos da doença mental sobre a família e sociedade (BENZATO et al., 1993; GILLIS et al., 1997; KERR CORRÊA et al., 1994; LIMA; BOTECA, 2001; MELO; GUIMARÃES, 2005; NASCIMENTO, 1999; PELISOLI; MOREIRA, 2005; SVAB ET AL., 2002).

Nessa faixa estão adultos jovens, atingidos pela doença na plenitude da fase produtiva da vida. Nessa etapa a maioria das pessoas deveria estar cuidando de

suas próprias famílias nucleares com filhos pequenos e promovendo o retorno à sociedade por atingirem o pico de produtividade no emprego.

Os dados do IBGE (2000) confirmam a predominância dessas duas faixas etárias na população da DRS-XIII (20 a 29 anos (17,6%); 30 a 39 anos (15,7%)), porém elas são claramente superiores no HD (Tabela 3). Constata-se assim que o HD extrai para tratamento da faixa etária predominante da DRS-XIII a maioria dos seus pacientes.

É possível entender-se a média de idade dos homens significativamente inferior a das mulheres (Tabela 9), como uma repercussão da predominância do diagnóstico de esquizofrenia (Tabela 17) de grande parte da clientela do HD, uma vez que esta doença mental e seus sintomas afetam mais homens adolescentes e adultos jovens (CHAVES, 1994; MARI; LEITÃO, 2000).

A Tabela 18 mostra que pacientes com Internações Integrais apresentam predominância de esquizofrênicos que por sua vez são observados na Tabela 10 com média de idade significativamente inferior. Tais resultados podem estar indicando que a gravidade da doença mental como a esquizofrenia, além de atingir homens adolescentes e adultos jovens, também faz com que pacientes cada vez mais novos necessitem de internações integrais.

5.3. Cor da Pele

A predominância de pessoas brancas, seguidas de pardas, pretas e amarelas é observada na Tabela 3. Esta predominância de pacientes com cor da pele branca se assemelha com os estudos de Catty et al. (2005a); Catty et al. (2005b); Goddart et al. (2004); Hallak et al. (2003); Nascimento (1999) e Reinaldo e Contel (1997).

Os resultados acompanham os dados do IBGE (2000), que apresentam esta mesma ordem de predominância na população da DRS-XIII, no entanto diferem na porcentagem, evidenciando que brancos são 73,8% no IBGE contra 84,2% no HD; pardos 19,6% no IBGE contra 10,9% no HD; e pretos 5,3% no IBGE contra 4,2% no HD.

A ordem de precedência da cor da pele é a mesma no HD e IBGE (Tabela 3). No entanto, na comparação com os dados do IBGE, significativamente, mais pacientes de cor branca e menos de cor parda foram tratados no HD, no período de estudo. Parece tratar-se de discriminação na seleção provocada pela cor da pele. A questão é saber-se onde essa discriminação estaria ocorrendo. Pelo menos duas alternativas podem ser possíveis: mais pacientes brancos já seriam triados a partir dos Serviços da DRS-XIII, e essa discriminação poderia ou não continuar na pré-admissão ao HD. Quando Pardos e Pretos são somados e comparados com Brancos persiste a diferença significativa. Ou seja, a pré-admissão ao HD não seria indiferente à cor da pele: brancos têm mais acesso às vagas do HD do que pardos e pretos.

Nos estudos de Deb et al. (2004) e Silva et al. (1999), os autores comentam e reforçam a hipótese sobre a possibilidade de seleção dos pacientes para internação e inclusive sobre as influências das atitudes dos serviços em selecionar de alguma maneira pacientes mais fáceis de tratar. Chow; Jafee; Snowden (2003) por sua vez, destacam a existência de disparidades raciais no uso de Serviços de Saúde Mental e salientam sobre a necessidade de existirem instituições que não apliquem esta desigualdade na admissão dos pacientes.

Pacientes brancos, por alguma razão apresentam porcentagem significativamente menor em ter história de Internação Integral.

5.4. Estado Civil

A maioria dos pacientes é solteira, seguida de casados, separados e viúvos. Esses resultados são compatíveis com os dados do IBGE (2000) para a população da DRS-XIII, que mostra 46,6% de indivíduos solteiros, seguidos de 43,0% casados, no entanto diferem na porcentagem de separados ou divorciados que apresentam 5,2% no IBGE contra 8,6% no HD. Vários autores confirmam esta predominância de solteiros nos Serviços de Saúde Mental (BENZATO et al., 1993; BROMET et al., 1996; CORREIA FILHO et al., 1998; DALGALARRONDO et al., 2003; FISHER e STEVENS, 1999; GOMES et al., 2002; HALLAK et al., 2003; LIMA e BOTEGA, 2001; NASCIMENTO, 1999; REINALDO e CONTEL, 1997; SAARENTO et al., 2000; SANTOS et al., 2000; SILVA et al., 1999; YOUNG et al., 2005).

A predominância de pacientes solteiros pode estar associada à alta frequência de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, em especial esquizofrenia, os quais apresentam muitas vezes dificuldades em iniciarem vida conjugal (SILVA et al., 1999).

A Tabela 12 mostra que os solteiros predominam significativamente no sexo masculino enquanto casado/amasiado, separado/desquitado/divorciado e viúvo no sexo feminino. Serviços parecidos com o HD apresentaram perfil parecido na comparação entre sexo e estado civil, no entanto, em Serviços de Internação Integral solteiros apresentam porcentagens bem maiores para o sexo masculino (SAARENTO et al., 2000; SANTOS et al., 2000; SILVA et al., 1999).

Essa diferença entre Hospitalização Parcial (HD) e Internação Integral parece significar que o vínculo matrimonial pode ser protetor contra transtorno mental grave e persistente (MOTTA, 2001; NASCIMENTO, 2002).

5.5. Condição de Moradia

A dependência financeira e emocional de pacientes tratados no HD fica evidente na Tabela 4 onde 57,9% da clientela vive com familiares e amigos e apenas 3,0% reside só. Esses resultados coincidem com os dados encontrados por outros autores (ANDREOLI et al., 2004; BRUFFAERTS et al., 2004a; BRUFFAERTS et al., 2004b; CATTY et al., 2005a; CATTY et al., 2005b; CORREIA FILHO et al., 1998; GODDART et al., 2004; RUGGERI et al., 2005; SAARENTO et al., 2000; SANTOS et al., 2000).

A complexidade desta dependência necessita abordagens terapêuticas capazes de melhorar o relacionamento e convivência na família, enquanto o paciente se trata no HD. Alguns objetivos dessa intervenção são: estimular a independência dos pacientes, envolver a família no tratamento, melhorar o prognóstico e prevenir re-hospitalização (ABUMADINI; RAHIM, 2002; CATTY et al., 2005a; GODDART et al., 2004; YOUNG et al., 2005).

A ocorrência de 39,2% de pacientes morando com a família conjugal mostra que, pelo menos nos resultados do HD, vínculo conjugal e doença mental não são incompatíveis. Tal resultado reforça a importância da família, a ponto de alguns autores considera-lo como protetora na manutenção da saúde mental (MOTTA, 2001; NASCIMENTO, 2002).

5.6. Cidade de Procedência

Nos resultados da Figura 1 fica evidente que o HD, ao longo de 10 anos, ajustou-se à setorização da assistência na DRS-XIII.

Cabe perguntar por que pacientes procedentes de Ribeirão Preto e com história de Internação Integral apresentam porcentagem significativamente maior daqueles procedentes de outras cidades.

Resultado parecido foi encontrado em outras cidades do estado de São Paulo com instituições de saúde mental, nas quais também foi observado um elevado número de internações, reinternações e de consultas de pacientes (LANCMAN, 1997).

5.7. Grau de Instrução

A maioria dos pacientes estudou até o primeiro grau ou ensino fundamental. Esses resultados são confirmados em estudos que encontraram a predominância de pacientes com ensino básico nos Serviços de Saúde Mental (ABUMADINI; RAHIM, 2002; BENZATO et al., 1993; CORREIA FILHO et al., 1998; DALGALARRONDO et al., 2003; GOMES et al., 2002; HALLAK et al., 2003; KERR CORRÊA et al., 1994; LIMA; BOTEGA, 2001; MELO; GUIMARÃES, 2005; REINALDO; CONTEL, 1997; SANTOS et al., 2000; SILVA et al., 1999).

As porcentagens do IBGE (1996) da população da DRS-XIII diferem do resultado deste trabalho como segue: até a 4ª série são 40,9% no IBGE contra 21,4% no HD; da 5ª a 8ª série são 23,3% no IBGE contra 32,2% no HD; no segundo grau são 13,1% no IBGE contra 30,0% no HD e; no superior são 7,2% no IBGE contra 16,5% no HD. Esse resultado pode significar que quanto mais instruída a pessoa na comunidade, maior a chance desta se tratar no HD.

Os pacientes com porcentagem significativamente maior da variável grau de instrução da 5ª a 8ª série apresentam também porcentagem significativamente maior em ter história de Internação Integral. A combinação desses dois resultados parece

indicar que a gravidade dos sintomas psiquiátricos, conciliada com a complexidade da doença mental também repercute negativamente no desenvolvimento nos estudos. Nos resultados do HD os estudos seriam interrompidos entre a 5ª e 8ª série. Sabe-se que os transtornos mentais graves e persistentes, em especial nas fases de crise, provocam dificuldades na concentração e na freqüência às aulas, a ponto de interrompê-las, ainda no ensino fundamental (LAMBERT, 1999).

5.8. Atividade Profissional

A situação de inativos é predominante e compatível com vários estudos (ABUMADINI; RAHIM, 2002; BENZATO et al., 1993; BRUFFAERTS et al., 2004a; BRUFFAERTS et al., 2004b; CATTY et al., 2005a; CATTY et al., 2005b; GILLIS et al., 1997; GODDART et al., 2004; LIMA; BOTEGA, 2001; NASCIMENTO, 1999; PELISOLI; MOREIRA, 2005; SAARENTO et al., 2000; SANTOS et al., 2000; SILVA et al., 1999).

Segundo Silva et al. (1999), a predominância de desempregados evidencia um possível processo de exclusão dos pacientes no setor produtivo. Esta situação demonstra que o HD trata uma clientela grave, e mesmo que o HD esteja selecionando pacientes, esta clientela apresenta inatividade, o que atinge a diminuição da auto-estima, necessitando neste sentido de reabilitação psicossocial.

5.9. Renda Individual

Foi visto que a maioria dos pacientes não apresenta fonte de renda individual e esse resultado é congruente com a inatividade ocupacional deles, no entanto, dados do IBGE (2000) para a população da DRS-XIII mostra que 59,4% das pessoas da Região são economicamente ativas. Logo, estar em tratamento em HD,

resulta a esses pacientes serem menos economicamente ativos quando comparados com a população da DRS-XIII.

Sabe-se, como apresentado na introdução a este trabalho, que existe uma seleção com critérios de inclusão e exclusão para admissão ao HD. Pode ser que nesta seleção, a entrada do paciente implica em uma exigência mínima financeira, que possibilite custear o transporte diário do próprio e muitas vezes de seu familiar. Como a maioria não tem renda individual e é inativa profissionalmente parece ficar evidente uma dependência econômico-financeira dos mesmos com seus familiares e com o sistema público regional de dispensa de medicamentos e de transporte de doentes (LIMA; BOTEGA, 2001).

Essa relação de dependência econômico-financeira é mais evidente entre pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia onde se observa uma proporção maior deles sem renda individual. Quando comparados os sexos observa-se que homens apresentam uma porcentagem significativamente maior em termos de renda individual, quando comparados com mulheres.

É importante ressaltar o quanto esses resultados estão a indicar que no limite sobriaria para a família e para o estado, com seu sistema de dispensa de medicamentos e transportes, dar conta das conseqüências do transtorno mental grave e persistente, em especial com atenção à esquizofrenia e mulheres (CAMAROTTI, 1995; CORREIA FILHO et al., 1998).

5.10. Salário Familiar

Pacientes que necessitaram de Internação Integral mostram também uma média de salário familiar significativamente menor. Essa relação permite supor um

nexo entre renda familiar menor e gravidade da doença mental de pacientes tratados em HD. Pode estar indicando também que transtorno mental grave e persistente na família, ao longo do tempo, pode contribuir para prejudicar a renda familiar.

5.11. Diagnóstico Psiquiátrico

Os Transtornos psicóticos e Transtornos de humor são predominantes no HD. As referências da literatura para serviços extra-hospitalares, como Hospitais Dia e Centros Comunitários, não é unânime a esse respeito. Elas se dividem entre aquelas que concordam com os resultados do HD de Ribeirão Preto e outras que indicam a predominância de transtornos não psicóticos e de personalidade (ANDREOLI et al., 2004; CATTY et al., 2005a; CATTY et al., 2005b; GODDART et al., 2004; KERR CORRÊA et al., 1994; LIMA; BOTEGA, 2001; MELO; GUIMARÃES, 2005; NASCIMENTO, 1999; PELISOLI; MOREIRA, 2005; RUGGERI et al., 2005; SVAB et al., 2002).

A discussão acima mostra que pacientes tratados em HD podem ser mais ou menos psicóticos, mas isso não faz muita diferença já que, cada vez mais, pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, psicóticos ou não, são tratados em HD.

Essa aparente contradição pode ter a ver com a precisão com que o diagnóstico é emitido. A precisão, por sua vez, depende de muitas circunstâncias como: tempo de observação do paciente, condições persistentes de observação e experiência acumulada de diagnosticar por equipe multidisciplinar, acompanhamento da família, possibilidade de aplicação de psicodiagnóstico, treinamento profissional

do psiquiatra para diagnosticar, setorização geográfica e características regionais do serviço (DEL-BEN et al., 2005).

Os resultados mostram precisão para os diagnósticos de Episódio Depressivo, Esquizofrenia, Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo e Outros/Transtorno Neurótico entre a forma de diagnosticar da DRS-XIII e a do HD, já que não existem diferenças significativas entre as porcentagens dos diagnósticos de entrada e de saída do HD.

No entanto o diagnóstico de Transtorno de Personalidade evidenciou uma contradição, ou falta de precisão, entre o diagnóstico de entrada e o de saída, pois entraram no HD, durante o período de estudo, menos pacientes do que aqueles que saíram com esse diagnóstico. Ou, dito de outro modo, pacientes com um dado diagnóstico de entrada, ao serem submetidos ao processo de observação e tratamento no HD, podem ter o diagnóstico alterado, no entanto, tal ocorrência foi notada apenas para Transtorno de Personalidade. Esse resultado pode estar indicando uma falta de consonância entre este diagnóstico emitido pela triagem médica da DRS-XIII e o diagnóstico estabelecido na alta do HD.

Trata-se de um modismo temporário ou a importância do Transtorno de Personalidade na composição dos diagnósticos do HD, e da DRS-XIII, é uma tendência importante e que veio para ficar, depois da instalação da CID-10, em 1992? Esse raciocínio pode significar um aprimoramento na capacidade de diagnosticar tanto na DRS-XIII, como no HD. Mas, o HD, além dos recursos diagnósticos convencionais, trabalha também com a observação dos resultados da conduta inflexível e mal adaptada desses pacientes sobre a equipe multidisciplinar, outros pacientes e familiares.

Essa oportunidade de observação multifacetada, sistemática e intensiva do comportamento dos pacientes, em média, por 49 dias no HD, acaba facilitando o reconhecimento de um padrão persistente de vivência íntima e comportamental que se desvia acentuadamente das expectativas do ambiente de tratamento oferecido a eles. Esse desvio de conduta, ora observado no HD, parece ser uma das razões que leva o HD a diagnosticar mais Transtorno de Personalidade do que a DRS-XIII.

Alguns resultados do presente trabalho são compatíveis com a literatura pertinente como: a Esquizofrenia é mais comum nos homens do que nas mulheres; Episódio Depressivo e Transtorno de Personalidade são mais comuns nas mulheres (ABUMADINI; RAHIM, 2002; LIEB et al., 2004; LIMA, 1999).

A média do tempo de permanência foi menor nos pacientes com diagnóstico de Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo em relação aos demais. Na busca de uma explicação para esse resultado é preciso levar em conta três aspectos. O primeiro tem relação com a utilização de recursos medicamentosos, como estabilizadores de humor e antipsicóticos modernos, que são sobejamente conhecidos e aplicados na DRS-XIII na remissão de sintomas. Assim sendo é possível que muitos dos pacientes ao iniciarem o tratamento no HD já estão medicados pela triagem médica da DRS-XIII. Em segundo, por ocasião da alta, alguns pacientes podem ter o benefício de tratamento em grupo, o qual também pode ajudar na abreviação da permanência deles. Por último, mas não menos importante nota-se que esses pacientes respondem rapidamente ao efeito terapêutico do ambiente multifacetado, sistemático e intensivo que os ajuda a reconhecer, enfrentar e corrigir a conduta maníaca na relação com outros pacientes, com a família e com membros da equipe multidisciplinar.

5.12. Encaminhamento na Admissão e na Alta

Os momentos de admissão e alta de pacientes do HD são muito sensíveis e de envolvimento intenso da equipe multidisciplinar, paciente e familiar, dada a gravidade das psicopatologias em observação e tratamento. Tal constatação fica evidente na admissão de 33,4% de uma clientela encaminhada a partir de Internação Integral/Unidade de Emergência. São pacientes melhorados, porém ainda muito sintomáticos. A capacidade do HD de contenção e tratamento extra-hospitalar dessa clientela fica evidente porque apenas 10,1% são encaminhados na alta para Internação Integral/Unidade de Emergência.

A porcentagem elevada de pacientes admitidos para tratamento a partir de Ambulatórios (64,0%) também foi encontrada em trabalho brasileiro sobre HD. Esses pacientes em geral são menos sintomáticos que aqueles vindos de Internação Integral/Unidade de Emergência (LIMA; BOTEGA, 2001).

Essa porcentagem permanece elevada na alta e aumenta significativamente para 86,2%. Parece estar evidente uma correlação no HD, em que mais pacientes são encaminhados na alta para Ambulatórios e menos para Internação Integral/Unidade de Emergência.

Nem sempre Serviços de Saúde Mental encaminham para tratamento ambulatorial uma porcentagem tão elevada como o HD (86,2%), como observado em encaminhamento para Ambulatórios (62,8%), a partir de Serviço de Emergência Psiquiátrica (ALMEIDA, 1999; SANTOS et al., 2000).

Parece evidente que o HD de Ribeirão Preto exerce um efeito de intermediação na rede setorizada de assistência à Saúde Mental na DRS-XIII, retirando pacientes do sistema de internação e reinserindo-os, a seguir, na

comunidade, através do sistema de Ambulatórios. Essa intermediação é direcionada para a melhora da qualidade de vida do paciente que, com o tratamento oferecido, aprende sobre sua doença, seus sintomas, uso correto de medicamento, seu comportamento diante dos necessários conflitos do cotidiano e a importância de seu esforço e responsabilidade para enfrentá-los e superá-los (LAMBERT, 1999).

Na comparação entre Serviço de Emergência Psiquiátrica e HD, este efeito sobressai mais no último talvez porque o paciente permanece mais tempo em um tratamento que, além da medicação psicotrópica intensiva e atualizada, oferece também reabilitação psicossocial voltada para a reinserção do paciente na família e em prática terapêutica extra-hospitalar (LIMA; BOTEGA, 2001; SANTOS et al., 2000).

O efeito do poder terapêutico do tratamento em HD sobre pacientes com história de Internação Integral, observado nas Tabelas 20 e 21 aparece na reversão da variável Internação Integral/Unidade de Emergência para a variável Ambulatórios. A magnitude dessa reversão é grande e pode ser verificada na medida em que, de 59,5% pacientes encaminhados de Internação Integral/Unidade de Emergência, para tratamento em HD, apenas 12,7%, retornam a esse destino, após o tratamento.

5.13. Condição de Alta

É preciso salientar que tanto a predominância destacada de pacientes de alta por Ordem Médica como a porcentagem menor, mas, muito importante, de altas por Desistência estão de acordo com vários estudos (GILLIS et al., 1997; KERR-CORREA et al., 1994; LIMA; BOTEGA, 2001; MELO; GUIMARÃES, 2005; PELISOLI; MOREIRA, 2005).

A porcentagem de altas por Desistência, somada às altas por Transferência é um alerta aos profissionais para ficarem atentos, em especial naqueles pacientes e familiares que, já na pré-admissão ao HD, apresentam-se com enormes dificuldades para o estabelecimento de aliança terapêutica com o tratamento. São exemplos dessas dificuldades, atrasos e faltas não justificadas e comportamento de resistência às normas terapêuticas. A qualidade do acolhimento precoce na pré-admissão a esses pacientes pode transformar um comportamento de resistência para um de colaboração ativa representada por aliança terapêutica com a equipe multidisciplinar (GILLIS et al., 1997; LIMA; BOTEGA, 2001; MELLO; GUIMARÃES, 2005).

Fica evidente no exame das medianas da Tabela 22 que os pacientes de alta por Transferência e por Desistência, em relação aos de Ordem Médica, são precoces. Essa precocidade pode indicar que as duas semanas iniciais são críticas para o êxito ou não do tratamento.

Vale lembrar que o tratamento em HD é uma opção voluntária de paciente e família. Essas duas semanas iniciais constituiriam um tempo mínimo necessário, para o paciente ponderar sobre integrar-se e definir-se em continuar ou não o tratamento a ele oferecido. Em outros termos seria o tempo necessário para a ocorrência da aderência do paciente/família ao ambiente terapêutico e às suas exigências e complexidades, que não são poucas. A grande maioria dos pacientes, representados nas Altas por Ordem Médica resolve, com sua família, essa fase inicial, através de uma aliança terapêutica com a equipe multidisciplinar do HD.

5.14. Tempo de Permanência no HD

A maioria dos pacientes permanece no HD entre 31 a 60 dias, com uma média de permanência de 49,0 ($\pm 30,2$) dias, portanto no limite de 45 dias, recomendado pelas

normas da Portaria 224. Essa permanência permite uma terapia breve focal para observação, investigação e esclarecimento diagnóstico, aliança terapêutica com o paciente e estabelecimento do tratamento psicofarmacológico.

A grande variação entre o tempo máximo e mínimo de permanência pode significar que o HD de Ribeirão Preto trata uma clientela heterogênea em muitas variáveis como sexo, diagnóstico psiquiátrico, procedência e gravidade de sintomas. No entanto, exige-se que essa clientela seja homogênea na triagem quando são selecionados pacientes e suas famílias com capacidade de transitarem na ida e volta diária ao HD e com disposição mínima deles de se comprometerem em aderir ao tratamento diário de segunda a sexta-feira.

É preciso considerar se essa permanência em HD está sendo pressionada na DRS-XIII, pela vigência da atual reforma da assistência psiquiátrica brasileira, com altas hospitalares precoces que gera o fenômeno da porta-giratória.

Em se tratando de leitos para Internação Integral essa pressão é considerada uma obviedade na medida em que obtém êxito uma pressão para a redução progressiva do tempo de permanência dos pacientes. Com isso a reforma procura maximizar o número de leitos disponíveis e, muitas vezes, até diminuí-los, ao ponto de fechamento de hospitais. Essa pressão resulta nos Serviços de Internação Psiquiátrica, em altas de pacientes ainda com sintomatologias graves. Assim, essa pressão, pode estar provocando o aumento das taxas de readmissões. Pressão parecida pode também estar ocorrendo sobre os leitos-dia dos Serviços de Hospitalização Parcial (HALLAK et al., 2003).

Apenas três resultados brasileiros sobre permanência em HD foram encontrados e diferem daqueles apresentados anteriormente, tanto para menos (30 dias), como para mais (90,4 dias). Essa variação do tempo para mais ou para menos

pode resultar do tipo de clientela atendida e de uma maior ou menor resolutividade e dinamismo dos Serviços (KERR-CORREA et al., 1994; LIMA; BOTEGA, 2001; MELO; GUIMARÃES, 2005).

A ocorrência de um tempo médio de permanência menor em HD naqueles pacientes que já tiveram Internação Integral – em tese mais graves - está em concordância com o observado em dois outros trabalhos. Teria, esses resultados, uma explicação parecida com aquela relatada como uma pressão para alta, mesmo em pacientes ainda muito sintomáticos, em Unidades de Internação Integral? Pode ser que sim, pois o HD está submetido às mesmas pressões para alta precoce como ocorre nas Unidades de Internação Integral. Essa interpretação parece representada nas Tabelas 23 e 24, nas quais pacientes originários de e com história de Internação Integral e pacientes encaminhados de Internação Integral/Unidade de Emergência mostram permanência menor em HD (GILLIS et al., 1997; LIMA; BOTEGA, 2001).

Vale ainda ressaltar fatores que precedem a admissão ao HD e podem contribuir para a diminuição do tempo de permanência: indicação mais apurada a partir da DRS-XIII; continuidade de tratamento naqueles pacientes encaminhados de Internação Integral com assistência intensiva e uma melhor compreensão da importância da adesão; e encaminhamentos da Unidade de Emergência de pacientes em crise, os quais remitem rapidamente os sintomas.

O cruzamento dos resultados das Medianas das Tabelas 22 e 25 entre os Tempos de Permanência das Altas por Ordem Médica (58 dias) e dos Encaminhamentos para Ambulatórios (53 dias) mostra uma sinergia de sucesso do tratamento em HD.

Essas duas variáveis parecem correlacionadas, pois representam partes de um todo que tem de um lado a Equipe Multidisciplinar do HD, com seus recursos técnicos

disponibilizados para o tratamento, e de outro o engajamento dos esforços de pacientes e familiares. A influência mútua entre essas partes culmina, na maioria dos pacientes tratados em HD, em uma sinergia positiva que resulta na Alta por Ordem Médica.

A Mediana de permanência maior constitui um retrato dos desafios a serem vencidos pelos pacientes para conquistarem a Alta por Ordem Médica: enfrentamento das duas semanas iniciais para aderência ao tratamento e empenho mínimo necessário para completar com êxito mais seis semanas.

No entanto, o cruzamento dos resultados das Medianas dos Tempos de Permanência das Altas por Desistência (13 dias) ou Transferência (13 dias) e dos Encaminhamentos para Internação Integral/Unidade de Emergência (15 dias) ou Outros Serviços (8 dias), mostra também uma sinergia, porém, de insucesso do tratamento em HD.

Esses pacientes, ao contrário daqueles que recebem Alta Por Ordem Médica, não completam o tratamento no HD. Os pacientes das Transferências, por exemplo, são aqueles que continuam o tratamento, mas ao serem admitidos no HD, chegam ao máximo de seus sintomas, com risco grave de auto ou hetero-agressão, e nesse momento, são encaminhados, para Internação Integral/Unidade de Emergência. Podendo ou não, assim que melhoram retornar para o HD.

Tal desfecho, na medida em que ocorre em comum acordo entre Serviços, pacientes e familiares, caracteriza um exercício no HD de atendimento em rede em Saúde Mental, cada vez mais necessário no acompanhamento e tratamento dos transtornos mentais graves e persistentes.

Os pacientes das Desistências, em maior número em relação aos das Transferências, já chegam ao HD com grande resistência em tratar-se por vários motivos como: não se acreditarem doentes, não ter apoio mínimo necessário da

família para ir e vir no dia-a-dia do tratamento, não acreditarem que o tratamento será de grande valia para eles, ter medo de socializar-se com um grande número de pessoas e, por último, mas não menos importante ter preconceito contra a doença mental, tanto por parte da família como do próprio doente.

Como as Desistências de tratamento médico é uma variável que atinge milhares de pacientes em Serviços Públicos de modo geral, que fazem atendimento massificado, com conseqüências econômicas enormes do tipo sub-utilização de serviço e de pacientes que persistem sintomáticos e improdutivos, valeria a pena um estudo mais circunstanciado dessa variável no HD.

É difícil saber se essa permanência maior dos pacientes das altas por Ordem Médica e encaminhados para Ambulatórios poderia ou não ser diminuída. Um giro maior da capacidade instalada de 16 leitos-dia do HD poderia aliviar parte das pressões por internações integrais na DRS-XIII.

Essa questão é crucial no momento atual da Reforma Psiquiátrica na DRS-XIII, na medida em que as altas precoces de Internação Integral/Unidade de Emergência são crescentes e o número de leitos disponíveis diminuiu significativamente e hoje estão congelados. Ou seja, atualmente trata-se na comunidade cada vez mais um número maior de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes que antes da Reforma tinha o benefício de uma internação longa (BARROS, 2008; SANTOS, 2007).

Essa clientela e seus familiares pressionam por um tempo maior de permanência no HD que, assim, corre o risco de transformar-se em um Lar Abrigado. O tempo Máximo de 200 dias (Tabelas 22 e 25) de tratamento para muitos desses pacientes, já mostra claramente uma parte Lar Abrigado do HD (HERNANDEZ, 2006).

5.15. Readmissão no HD

No cruzamento das variáveis Diagnóstico, Admissão e Readmissão no HD, visto nas Tabelas 26, 27 e 28, observa-se que a variável Esquizofrenia aparece em primeiro lugar e Episódio Depressivo em segundo lugar, tanto em Única Admissão como em Readmissão. No entanto, Esquizofrenia é significativamente maior na Readmissão e o contrário ocorre no Episódio Depressivo que é maior, significativamente, na variável Única Admissão. Ou seja, a variável Esquizofrenia possui um potencial maior para provocar Transferência nos pacientes readmitidos no HD do que Episódio Depressivo (GASTAL et al., 2000; SANTOS et al., 2000).

Varias possibilidades explicativas podem estar relacionadas com a variável Readmissão como: não aderência a recomendações terapêuticas no seguimento pós-alta; permanência e persistência de sintomatologia grave com piora progressiva no pós alta do HD; eventos estressantes atuais com poder de desencadear novas crises e; diminuição da capacidade da família em reter paciente grave na comunidade, por mudanças na dinâmica familiar.

No entanto parece evidente uma sinergia positiva entre a variável Episódio Depressivo e características do tratamento em HD que protegem mais esses pacientes de Transferência quando comparados com a variável Esquizofrenia. Por exemplo, seriam os pacientes depressivos mais susceptíveis de estabelecerem uma aliança terapêutica, nas duas semanas iniciais com o HD, com diminuição rápida de sintomas que os protegeriam de Transferência?

A importância dessa questão merece atenção em trabalhos futuros para responder perguntas fundamentais como: Porque não admitir-se uma clientela homogênea e com potencial para uma aliança terapêutica precoce com o ambiente

multidisciplinar do HD, como se vê nos resultados para Episódio Depressivo? Esse tipo de admissão certamente selecionaria pacientes mais susceptíveis ao tratamento do HD e, conseqüentemente diminuiria o tempo de permanência nos 16 leitos-dia.

5.16. Internação Integral e Ano de Admissão

A porcentagem de história de Internação Integral de 47,0% é elevada e aparece também em outros estudos brasileiros que mostram uma variação entre 39% a 51% (CORREIA FILHO et al., 1998; HALLAK et al., 2003; KERR-CORRÊA et al., 1994; LIMA; BOTEGA, 2001; MELO; GUIMARÃES, 2005; SANTOS et al., 2000). No entanto, foram observadas porcentagens maiores entre 58% a 85% (BENZATO et al., 1993; NASCIMENTO, 1999; REINALDO; CONTEL, 1997).

Essas porcentagens elevadas e diferentes de um serviço a outro, mostra que o HD atende a uma clientela portadora de transtornos mentais graves e persistentes e que a variação das porcentagens entre Serviços, vista na literatura, pode ocorrer por conta da disponibilidade maior ou menor de uma rede de assistência extra-hospitalar local, que trabalha com uma cobertura suficiente, ou não, para reter essa clientela na comunidade.

Dito de outro modo, o HD teria uma porcentagem tanto menor de pacientes com história de Internação Integral, quanto maior fosse a cobertura e eficiência da rede ambulatorial local (BRUFFAERTS, 2004a; CONTEL, 1984; HERNANDEZ, 2006).

Os resultados da Tabela 29 mostram que essa porcentagem de história de Internação Integral também pode variar, significativamente, ao longo do tempo para um mesmo serviço, pois no período de 1996 a 2000 ela era 43,7%, mas aumentou

para 52,2% no período de 2001 a 2005. Essa diferença para mais pode ser explicada pelo processo acelerado de desospitalização na DRS-XIII que diminuiu significativamente o número de leitos de Internação Integral e fechou hospitais psiquiátricos, sem uma concomitante cobertura suficiente da rede ambulatorial local. Ou seja, muitos pacientes com psicopatologias graves e persistentes que antes giravam em torno da Internação Integral agora passam a ser assistidos, em maior quantidade, em HD.

Considerando que o HD manteve sua capacidade de atendimento em 16 pacientes, durante os dez anos do presente estudo, pode-se afirmar, como apresentado na Tabela 30, que a diminuição significativa de 421 (61,1%) pacientes tratados no primeiro período, para 268 (38,9%) no segundo, pode ser atribuída, indiretamente, à qualidade e quantidade da desospitalização na DRS-XIII, já referida acima. Ou seja, no segundo período o tempo de permanência aumentou, significativamente, na medida em que pacientes mais graves admitidos no HD demandaram um tempo de permanência maior para receberem altas.

No entanto, a Tabela 31 mostra um resultado aparentemente paradoxal. Esses pacientes mais graves do segundo período tiveram uma porcentagem de Readmissão, significativamente, menor de 12,3%, em relação à porcentagem de 28,5%, vista no primeiro período.

Três fatores podem ser responsáveis por esse resultado. O primeiro tem a ver com a qualidade e capacidade do tratamento multidisciplinar oferecido pelo HD que, ao aplicar psicoeducação, para paciente e familiar, sobre doença mental e seu tratamento, esclarecendo sobre o que é doença mental, diagnóstico e preconceito, pode a médio e longo prazo, promover profilaxia de novas readmissões. O segundo ressalta o poder de prevenir readmissões futuras na medida em que ensina ao

paciente e família a importância da adesão ao tratamento medicamentoso. Em terceiro lugar, parece que o HD está integrado à rede local de ambulatórios da DRS-XIII a ponto de maximizar o aproveitamento desse recurso na alta dos seus pacientes, já que a maioria das altas por Ordem Médica teve esse destino (86,2%).

Assim sendo, os pacientes do segundo período de estudo (2001-2005) na medida em que aproveitaram esses recursos, beneficiaram-se a ponto de evitarem futuras readmissões. Esse resultado pode indicar, indiretamente, que a rede ambulatorial local ampliada pela Reforma Psiquiátrica, através da inauguração de dois Centros de Atenção Psicossocial e a manutenção e dinamização de um Ambulatório Regional de Saúde Mental, vem ampliando a capacidade de reter pacientes na comunidade.

Vale salientar que essa noção de profilaxia de readmissões sempre esteve presente na DRS-XIII desde a instalação do Ambulatório Regional de Saúde Mental em 1973, do Hospital Dia, em 1974, e do Serviço de Emergência Psiquiátrica de 24 horas e de Enfermaria de Hospital Geral, em 1978 (ABUMADINI; RAHIM, 2002; CONTEL, 1984; DEL-BEN et al., 2005; HALLAK et al., 2003; REINALDO; CONTEL, 1997; YOUNG et al., 2005).

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

- A maioria dos 689 pacientes estudados (77,8%) teve uma única admissão ao HD. Ser um hospital aberto, só aceitar pacientes voluntariamente, exigir um mínimo de entendimento na pré-admissão, apesar da gravidade dos sintomas, pode ter contribuído para a seleção dessa clientela. Na DRS-XIII, em comparação com os Serviços de Internação Integral/Unidade de Emergência, o HD não é vítima das repetições de readmissões, ou da porta giratória;
- A predominância de pacientes adultos jovens com 20 a 39 anos e idade média de 36,6 ($\pm 14,7$) anos, mostra que os custos da doença mental incidem sobre a família e sociedade na plenitude da fase produtiva da vida;
- A predominância da cor de pele branca sobre pardos e pretos no HD pode indicar influência de um possível processo de seleção dos pacientes. Em um primeiro lugar pergunta-se: o HD estaria recebendo mais brancos da DRS-XIII do que pardos e pretos? Em segundo lugar é possível pensar-se que o HD seleciona mais brancos em detrimento dos pardos e pretos na pré-admissão? Também seria possível a combinação dessas duas possibilidades em prejuízo dos pardos e pretos.
- Muitos trabalhos mostram a coincidência entre sofrer de transtorno mental grave e permanente e dificuldade em iniciar vida conjugal o que justificaria a predominância de pacientes solteiros no HD;
- A predominância destacada de 97,1% de pacientes morando com familiares, cônjuges e amigos mostram a dependência do projeto terapêutico do HD da colaboração e participação efetiva deles no tratamento, não só para levar e trazer o paciente diariamente, mas também para aprender e participar do apoio intensivo cognitivo e emocional oferecido pelo tratamento;

- Na medida em que o HD admite 64,0% e 33,4% de pacientes vindos, respectivamente, de Ambulatórios e de Internação Integral/Unidade de Emergência e encaminha nas altas 86,2% e 10,1% dos pacientes, respectivamente, para Ambulatórios e Internação Integral/Unidade de Emergência da DRS-XIII, parece ficar evidente um efeito positivo de intermediação do tratamento do HD de Ribeirão Preto, retirando pacientes do sistema de internação e reinserindo-os na comunidade, através do sistema de Ambulatórios. Essa intermediação positiva decorre de um tratamento amplo, de duração curta (49 dias), intensivo e com aplicação de medidas preventivas de psicoeducação que envolve a família, melhora a qualidade de vida e os contatos sociais do paciente e parece ter a capacidade de reintegrar e estimular a independência deles na comunidade, prevenindo readmissões;
- A predominância de pacientes procedentes de Ribeirão Preto e Região (90,2%) somada à intermediação mostram, nos 10 anos do estudo, a setorização geográfica, adequação, inserção, integração e articulação do HD na atual rede assistencial em Saúde Mental da DRS-XIII;
- Parece ficar evidente que esse modelo de intervenção extra-hospitalar necessita ser ampliado de maneira suficiente na DRS-XIII, uma vez que existe atualmente uma lista de espera de aproximadamente 25 pacientes. Essa ampliação teria por finalidade dinamizar e aumentar o efeito de intermediação positiva, entre o Sistema de Internação e o Sistema de Ambulatórios disponíveis na DRS-XIII;
- A concordância dos diagnósticos de entrada, vindos da DRS-XIII, com os diagnósticos das altas emitidos pelo HD sugere uma precisão para os diagnósticos de Esquizofrenia, Episódio Depressivo, Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo e Outros/Transtorno Neurótico. A falta dessa concordância para Transtorno de Personalidade evidencia uma possível falta de precisão para esse diagnóstico. O

porquê desse aumento da porcentagem de Transtorno de Personalidade observada no HD, após o tratamento, é uma questão que merece investigação futura;

- A maioria dos pacientes permanece no HD entre 31 a 60 dias, com uma média de permanência de 49 ($\pm 30,2$) dias, a qual está próxima ao limite de 45 dias, recomendado pelas normas da Portaria 224;
- Os resultados, em especial sobre o diagnóstico de Esquizofrenia e história de Internação Integral mostram que o HD trata, cada vez mais, pacientes complexos, com transtornos mentais graves e persistentes;
- Cabe perguntar se o Tempo Máximo de permanência no HD de 200 dias, encontrado nas Altas por Ordem Médica e nos Encaminhamentos para Ambulatórios, caracterizam uma face de Lar Abrigado do HD. Tal resposta tem grande importância para se determinar a missão do HD, na atual rede de assistência à Saúde Mental da DRS-XIII;
- A porcentagem importante de Altas por Desistência, somada às Altas por Transferência (26,7%) e a curta permanência desses pacientes, que correspondeu a uma mediana de 13 dias, é um alerta aos profissionais para ficarem atentos em especial quando pacientes e familiares, já na pré-admissão ao HD, apresentam-se com enormes dificuldades para o estabelecimento de aliança terapêutica com o tratamento;
- O cruzamento das Medianas do Tempo de Permanência das Altas por Ordem Médica e Encaminhamentos para Ambulatórios mostrou que o HD, na maioria dos pacientes tratados demonstra uma sinergia de sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUMADINI, M.S; RAHIM, S.I. Psychiatric admission in a general hospital. Patients profile and patterns of service utilization over a decade. **Saudi Med J.**, v.23, n.1, p.44-50, 2002.

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, n.1, p.12-18, 1999.

AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P.(org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.73-84, 1994.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.491-494, 1995.

ANDREOLI, S.B.; RONCHETTI, S.S.B.; MIRANDA, A.L.P.; BEZERRA, C.R.M.; MAGALÃES, C.C.P.B.; MARTIN, D.; PINTO, R.M.F. Utilização dos centros de atenção psicossociais (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.836-844, 2004.

AZOUBEL NETO, D. Uma dificuldade no tratamento de pacientes psiquiátricos em regime de semi-internação ("Day hospital"). **Revista ABPAPAL**, São Paulo, v.8, p.49-55, 1986.

BANDEIRA, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v.42, n.9, p.491-498, 1993.

BARROS, R. E. M. **Avaliação das internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto – SP entre 1998-2004 e suas relações com a rede extra-hospitalar de saúde mental**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2008.

BENZATO, C. E. M.; RAIMUNDO, A. M. G.; MALVEZZI, E.; RIBEIRO, C. A. S. Hospital-Dia do S. S. Dr. Cândido Ferreira: avaliação do primeiro ano de funcionamento. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v.42, n.4, p.197-201, 1993.

BERTONCELLO, N. M. F.; SILVA, G. B. O processo de trabalho em ambulatório de saúde mental. **Informação Psiquiátrica**, v.17, n.4, p.129-134, Rio de Janeiro, out/nov/dez 1998.

BLAYA, M. Conceitos e indicações do hospital-dia psiquiátrico. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v.4, n.3, p.64-68, 1960.

BOARDMAN, A.; HODGSON, R. Community in-patient units and halfway hospitals. **Adv. Psychiatric treat**, v.6, p.120-127, 2000.

BOTEGA, N. J. Introdução. In: BOTEGA, N. J. (org.). **Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral**. Campinas, SP: Papyrus, p.15-21, 1995.

BRASIL. Leis etc. Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168-70. (nº407/92).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações da Saúde 2005. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsp.def>, Acesso em: 08 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1168-1170, 1992.

BROMET, E. J.; JANDORF, L.; FENNIG, S.; LAVELLE, J.; KOVASZNAY, B.; RAM, R.; TANENBERG-KARANT, M.; CRAIG, T. The Suffolk County Mental Health Project: demographic, pre-morbid and clinical correlates of 6-month outcome. **Psychol Med.**, v.26, n.5, p. 953-62, 1996.

BRUFFAERTS, R.; SABBE, M.; DEMYTTENAERE, K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium - general characteristics and gender differences. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v.39, n.2, p.146-53, 2004a.

BRUFFAERTS, R.; SABBE, M.; DEMYTTENAERE, K. Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. **Psychiatr Serv.**, Washington, v.55, n.6, p.685-90, 2004b.

CAMAROTTI, H. Inserção no trabalho: avaliação dos resultados de sete anos de hospital-dia do instituto de saúde mental do Distrito Federal. **Rev. Sd. Dist. Fed.**, v.6, n.13, p. 27-34, 1995.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Consolidando a Reforma Psiquiátrica através dos hospitais-dia: a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade. **O Mundo Saúde**, São Paulo, v.25, n.3, p.243-250, 2001.

CAMPOS, M. A. **O hospital-dia como alternativa assistencial em psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 153f, 1986.

CAMPOS, M. A. Experiência de trabalho em uma equipe multidisciplinar de um hospital-dia psiquiátrico universitário – reflexões sobre a dinâmica de grupo. **Revista ABPAPAL**, São Paulo, v.10, n.1, p.30-34, 1988.

CAMPOS, M. A.; CONTEL, J. O. B. Reuniões comunitárias em um hospital dia psiquiátrico universitário: implantação e análise preliminar da experiência. **Revista ABPAPAL**, São Paulo, v.18, n.4, p.111-116, 1996.

CATTY, J.; GODDARD, K.; BURNS, T. Social services and health services day care in mental health: the social networks and care needs of their users. **Int J Soc Psychiatry**, v. 51, n.1, p.23-34, 2005a.

CATTY, J.; GODDARD, K.; WHITE, S.; BURNS T. Social networks among users of mental health day care - predictors of social contacts and confiding relationships. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v.40, n.6, p.467-74, 2005b.

CHAVES, A. C. Esquizofrenia. **Revista Brasileira de Medicina**, v.51, n.4, p.310-24, abr.1994.

CHOW, J. C.; JAFFEE, K.; SNOWDEN, L. Racial/ethnic disparities in the use of mental health services in poverty areas. **Am J Public Health**, v.93, n.5, p.792-7, 2003.

CONTEL J. O. B. Diagnóstico psiquiátrico e alternativas de alta médica entre pacientes psiquiátricos de longa permanência hospitalar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 6, n. 20, p. 33-38, 1984.

CONTEL, J. O. B. Quinze anos de hospital dia psiquiátrico: contribuição ao estudo da prática de comunidade terapêutica, psicoterapia de grupo e princípios psicanalíticos em hospital psiquiátrico no Brasil. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v.40, n.4, p.163-169, 1991.

CONTEL, J. O. B.; BANZATO, C. M.; ODA, A. R. Hospital Dia. In: BOTEAGA, N. J. (org.). **Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral**. Campinas, SP: Papyrus, p.83-94, 1995.

CONTEL, J. O. B. HD de Ribeirão Preto: origem pioneira e destino ligado a hospital geral universitário. In: CONTEL, J. O. B., **Anais do VIII Ciclo em Saúde Mental da FMRP-USP**, Ribeirão Preto: São Francisco Gráfica e Editora, p.69-73, 2000.

CORREIA FILHO, A. G.; NUNES, M. J. R.; RODRIGUES, M. J. G.; VIEIRA, M. H. R.; ZANINI, L. M.; KESSLER, V.; DUARTE, Z. S.; VIAPIANA, N. H. C.; FERNANDES, M. J.; SOARES, S. M. Clínica Depot: levantamento dos cinco anos de atividades no Serviço de Saúde Mental Melanie Klein. Hospital Psiquiátrico São Pedro – Poá RS. **Inform. Psiq.**, v.17, n.3, p.86-90, 1998.

DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA, N. J.; BANZATO, C. E. M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p.629-634, São Paulo, 2003.

DEB, P.; HOLMES, A. M.; DELIBERTY, R.N. Adjusting for patient characteristics and selection effects in assessment of community mental health centers. **Med Care**, v. 42, n.3, p.251-8, 2004.

DEL-BEN, C. M.; MARQUES, J. M. A.; SPONHOLZ JÚNIOR, A.; ZUARDI, A. W. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergências. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5, p.470-476, São Paulo, 1999.

DEL-BEN, C. M.; HALLAK, J. E. C.; SPONHOLZ JR, A.; MARQUES, J. M. A.; LABATE, C. M.; CONTEL, J. O. B.; ZUARDI, A. W. Precisão do diagnóstico psiquiátrico realizado sob supervisão indireta. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 58-62, 2005.

DELGADO, P. G. G.; GOMES, M. P. C.; COUTINHO, E. S. F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.452-453, 2001.

FELÍCIO, J. L. Conceitos básicos e evolução da assistência em saúde mental. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v.25, n.3, p.239-242, São Paulo, jul/set 2001.

FIGUEIREDO, A. E. B. Doença mental: exigência de integração e coerência. **Inform. Psiq.**, v.18, n.1, p.23-28, 1999.

FISHER, S.; STEVENS, R.F. Subgroups of frequent users of an inpatient mental health program at a community hospital in Canada. **Psychiatr Serv.**, Washington, v.50, n.2, p.244-7, 1999.

FREITAS, F. F. P. Subsídios para mudança do modelo de assistência psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.93-106, 1998.

GASTAL, F. L.; 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. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, p.280-285, 2000.

GILLIS, K.; RUSSELL, V. R.; BUSBY, K. Factors associated with unplanned discharge from psychiatric day treatment programs. A multicenter study. **Gen Hosp Psychiatry**, v.19, n.5, p.355-61, 1997.

GODDARD, K.; BURNS, T.; CATTY, J. The Impact of Day Hospital Closure on Social Networks, Clinical Status, and Service Use: A Naturalistic Experiment. **Community Mental Health Journal**, v.40, n.3, p.223-34, 2004.

GOMES, M. P. C.; COUTO, M. C. V.; PEPE, V. L. E.; ALMEIDA, L. M.; DELGADO, P. G. G.; COUTINHO, E. S. F. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, p.1803-1807, 2002.

GUIMARÃES, D. B. S.; SALZANO, F. T.; ABREU, C. N. Indicações para internação hospitalar completa ou parcial. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.24, supl.3, p.60-62, 2002.

HALLAK, J.E.C.; CRIPPA, J.A.S.; VANSAN, G.; ZUARDI, A. W. Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length of stay in a general hospital psychiatric unit. **Braz J Med Biol Res.**, v.36, n.9, p.1233-40, 2003.

HERNANDEZ, M.V.S. **Altas por transferência entre pacientes psiquiátricos de longa permanência hospitalar**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 08 nov. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censos demográficos e contagem populacional 1996**. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/default.asp>. Acesso em: 08 nov. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censos demográficos e contagem populacional 2000**. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/default.asp>. Acesso em: 08 nov. 2007.

ISHARA, S. **Psicoterapia de grupo em hospital dia: proposição de uma metodologia de estudo**. Ribeirão Preto, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 88p., 1996.

JORGE, M. R.; FRANÇA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.23, n.1, p.3-6, 2001.

KERR-CORREA, F.; ROSSINI, M. G. C.; BERGAMO, M. L. N.; LEVY, M. B.; RIBEIRO, M. B. S.; FORTES, S. M. D. O Hospital-Dia de Botucatu da UNESP: uma experiência de 12 anos. **Revista ABPAPAL**, São Paulo, v.16, p.89-93, 1994.

LAMBERT, A.A. **Grupo de Seguimento a Longo Prazo de Egressos de um Hospital Dia Psiquiátrico: Um Estudo Retrospectivo**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 1999.

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

LIEB, K.; ZANARINI, M. C.; SCHMAHL, C.; LINEHAN, M. M.; BOTTUS, M. B. Borderline personality disorder. **Lancet**, v. 364 , p.453-461, 2004.

LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.21, n.1, p.01-5, 1999.

LIMA, M. C. P.; BOTEGA, N. J. Hospital-Dia: para quem e para quê? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.23, n.4, p.195-199, dez 2001.

MARI, J. J.; LEITÃO, R. A epidemiologia da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.22, n.1, p.15-17, 2000.

MARI, J. J.; ALMEIDA, J. M. C. O impacto da pesquisa no porvir da saúde mental no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.25, n.2, p.68-69, São Paulo, jun. 2003.

MELO, A.P.; GUIMARAES, M.D. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. **Rev Bras Psiquiatria**, São Paulo, v.27, n.2, p.113-8, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - IBGE – **Censos Demográficos e Contagem Populacional 2000**. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/default.asp>, acesso em 08 nov. 2007.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. A família e o doente mental usuário do hospital-dia – estudo de um caso. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.20-26, dez 2000.

MOTTA, L. F. **Psicoterapia de grupo com casais em hospital dia segundo as percepções dos pacientes e seus cônjuges**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2001.

NASCIMENTO, A. F. **Hospitalização parcial em psiquiatria no Brasil: estudo descritivo de um hospital-dia universitário**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 147p., 1999.

NASCIMENTO, C. A. D. **Perfil clínico e demográfico de pacientes em união permanente tratados em Hospital Dia**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 56p., 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Internacional de Doenças: décima revisão**. 3. ed. Trad. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Edusp, 1996. v. 2.

OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J.L. F. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, fev. 2007.

PARKER, S.; KNOLL, J. L. Partial hospitalization: an update. **Am. J. Psychiatry**, v.147, n.2, p.156-160, 1990.

PELISOLI, C.L.; MOREIRA, A.K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v.27, n.3, p.270-277, 2005.

REINALDO, M. C.; CONTEL, J. O. B. Reinternações psiquiátricas em pronto-socorro geral universitário: perfil clínico demográfico. **Revista ABPAPAL**, São Paulo, v.19, n.2, p.45-52, 1997.

RUGGERI, M.; NOSE, M.; BONETTO, C.; CRISTOFALO, D.; LASALVIA, A.; SALVI, G.; STEFANI, B.; MALCHIODI, F.; TANSELLA, M. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. **Br J Psychiatry**, v.187, p.121-30, 2005.

SAARENTO, O.; RASANEN, S.; NIEMINEN, P.; HAKKO, H.; ISOHANNI, M. Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in northern Finland. **Eur Psychiatry**, v.15, n.3, p.205-12, 2000.

SANTOS, M. E. S. B.; AMOR, J. A.; DEL-BEN, C. M. *et al.* Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral: estudo prospectivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p. 468-474, 2000.

SANTOS, R. **Estudo das reinternações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto no período de 1998-1999**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, 2003.

SANTOS, R. **Porta giratória: conceito e ocorrências nas internações psiquiátricas em Ribeirão Preto - SP**. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP; 88f.; 2007.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento**. Mc.Graw-Hill do Brasil Ltda, São Paulo, 1975.

SILVA FILHO, J. F.; CAVALCANTI, M. T.; CARVALHO, M. C.; CARVALHO, J. L.; MARTINS, L. F.; GULJOR, A. P.; et al. Avaliação de qualidade da “porta de entrada” do sistema assistencial em saúde mental de Niterói – RJ. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v.47, n.2, p.73-80, 1998.

SILVA, J.P.L.; COUTINHO, E.S.F.; AMARANTE, P.D. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.505-511, 1999.

SOUZA, J. C.; SOUZA, N.; CAETANO, D. Tempo médio de hospitalização em um hospital psiquiátrico de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v.54, n.1, p.13-18, 2005.

SVAB, V.; TOMORI, M.; ZALAR, B.; ZIHERL, S.; DERNOVSEK, M.Z.; TAVCAR, R. Community rehabilitation service for patients with severe psychotic disorders: the Slovene experience. **Int J Soc Psychiatry**, v.48, n.2, p.156-60, 2002.

YOUNG, A.S.; CHINMAN, M.J.; CRADOCK-O'LEARY, J.A.; SULLIVAN, G.; MURATA, D.; MINTZ, J.; KOEGEL, P. Characteristics of individuals with severe mental illness who use emergency services. **Community Ment Health J.**, v.41, n.2, p.159-68, 2005.

ZUSMAN, J. A. Hospital Dia: uma perspectiva histórico-crítica. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v.41, n.8, p.393-398, 1992.

APÊNDICE A

PROTOCOLO

Nº

1. Iniciais do Nome:	
----------------------	--

2. Registro:	
--------------	--

3. Data de Admissão:	
----------------------	--

4. Data de Nascimento:	
------------------------	--

5. Idade (anos completos):	
-----------------------------	--

6. Cor de Pele:	0) Falta informação
	1) Amarelo
	2) Branco
	3) Pardo
	4) Preto

7. Sexo:	0) Falta informação
	1) Feminino
	2) Masculino

8. Grau de Instrução: (anos de estudo)	0) Falta informação	
	1) Analfabeto	
	2) 1º grau ou fundamental incompleto	
	3) 1º grau ou fundamental completo	
	4) 2º grau ou médio incompleto	
	5) 2º grau ou médio completo	
	6) Superior incompleto	
	7) Superior completo	

9. Profissão:	0) Falta informação	
	1) Não tem	
	2) Do Lar	
	3) Estudante	
	4) Outra, qual:	

10. Atividade Profissional: (descrever o motivo)	0) Falta informação	
	1) Ativo	
	2) Inativo por:	
	3) Afastado por:	
	4) Aposentado por:	

11. Tempo da Atividade Profissional: (descrever o tempo em meses)	0) Falta informação	
	1) Quantos meses:	

12. Renda Pessoal: (salário mínimo = _____)	0) Falta informação	
	R\$	Valor Pessoal
	R\$	Valor Total

13. Estado Civil:	0) Falta informação
	1) Amasiado
	2) Casado
	3) Desquitado
	4) Divorciado
	5) Separado
	6) Solteiro
	7) Viuvo

14. Número de filhos:	0) Falta informação
	1) Tem, quantidade:
	2) Não tem filhos

15. Com quem reside:	0) Falta informação
	1) Reside só
	2) Família originária
	3) Família conjugal
	4) Parentes ou amigos

16. Religião:	0) Falta informação	17. Prática da Religião:	0) Falta informação
	1) Católica		1) Praticante
	2) Evangélica		2) Não Praticante
	3) Espirita		
	4) Indefinida		
	5) Sem religião		
6) Outra, qual:			

18. Doença Mental na Família:	0) Falta informação	
	1) Não	
	2) Sim, parentesco:	

19. Cidade de Nascimento:	0) Falta informação	
	1) Ribeirão Preto	
	2) Outra, qual:	

20. Estado de Nascimento:	0) Falta informação	
	1) São Paulo	
	2) Outro, qual:	

21. Cidade de Procedência:	0) Falta informação	
	1) Ribeirão Preto	
	2) Cidades da DIR XVIII, qual:	
	3) Outra, qual:	

22. Estado de Procedência:	0) Falta informação	
	1) São Paulo	
	2) Outro, qual:	

23. Área:	1) Falta informação
	2) Urbana
	3) Rural

24. Origem do Encaminhamento: (serviço)	0) Falta informação	
	1) Ambulatório HC	
	2) ARSM – Ribeirão Preto	
	3) Consultório Particular	
	4) Consultório Convênio	
	5) Enfermaria Psiquiátrica HC	
	6) EPIB	
	7) Hospital Santa Tereza	
	8) Unidade de Emergência	
	9) Outro, Qual:	
10) Sem encaminhamento		

25. Internação anterior no Hospital Dia:	0) Não	
	1) Sim, quantidade:	

26. Internação anterior no Hospital Santa Tereza:	0) Não	
	1) Sim, quantidade:	

27. Internação anterior na Enfermaria (HC):	0) Não	
	1) Sim, quantidade:	

28. Internação anterior na EPIB (HC):	0) Não	
	1) Sim, quantidade:	

29. Internação anterior na Unidade de Emergência:	0) Não	
	1) Sim, quantidade:	
30. Passagem anterior na Unidade de Emergência:	0) Não	
	1) Sim, quantidade:	
31. Internação anterior em outros Serviços:	0) Não	
	1) Sim, quantidade e serviço:	
32. Diagnóstico Psiquiátrico na Admissão:	0) Falta informação	
	1)	
	2)	
	3)	
33. Diagnóstico Psiquiátrico na Alta:	0) Falta informação	
	1)	
	2)	
	3)	
34. Diagnóstico Clínico na Alta:	0) Não tem	
	1)	
	2)	
35. Neuroléptico na Admissão: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
36. Antidepressivo na Admissão: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
37. Estabilizador de humor na Admissão: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
38. Ansiolítico na Admissão: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
39. Anticolinérgico na Admissão: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
40. Outros medicamentos na Admissão: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
41. Neuroléptico na Alta: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
42. Antidepressivo na Alta: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
43. Estabilizador de humor na Alta: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
44. Ansiolítico na Alta: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
45. Anticolinérgico na Alta: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	
46. Outros medicamentos na Alta: (descrição e dosagem)	0) Não	
	1) Sim	

47. Alta:	0) Falta informação		48. Data da Alta:	
	1) Ordem Médica			
	2) A pedido		49. Permanência no HD:	
	3) Fuga		(em dias)	
	4) Abandono			
	5) Transferência para:			

50. Encaminhamento pós-alta: (serviço)	0) Falta informação	
	1) Ambulatório HC	
	2) ARSM – Ribeirão Preto	
	3) Consultório Particular	
	4) Consultório Convênio	
	5) Enfermaria Psiquiátrica HC	
	6) EPIB	
	7) Hospital Santa Tereza	
	8) Unidade de Emergência	
	9) Outro:	
	10) Notificação para:	



CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

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

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

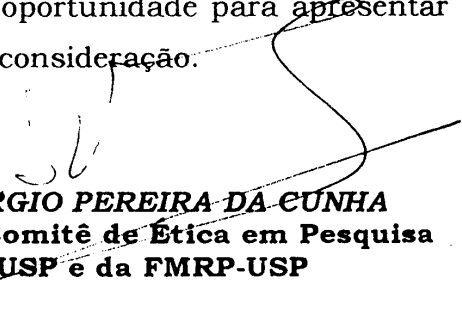
Ribeirão Preto, 10 de novembro de 2005

Ofício nº 3133/2005
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado "**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS TRATADOS EM HOSPITAL DIA**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 214ª Reunião Ordinária realizada em 07/11/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 12908/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.


PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
SIMONE ANDRÉA ESTEVAM JUNQUEIRA
PROF. DR. JOSÉ ONILDO BETIOLI CONTEL (Orientador)
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Centro de Saúde Mental - Hospital Dia
Em mãos

