

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

RAQUEL DOS SANTOS

**Porta giratória: conceito e ocorrências nas internações
psiquiátricas em Ribeirão Preto - SP**

Ribeirão Preto
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

RAQUEL DOS SANTOS

**Porta giratória: conceito e ocorrências nas
internações psiquiátricas em Ribeirão Preto - SP**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. José Onildo Betioli Contel

Co-orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Y. Rocha

Ribeirão Preto

2007

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Raquel dos

Porta giratória: conceito e ocorrência nas internações psiquiátricas em Ribeirão Preto, 2007.

88 p. il. 30cm

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

Orientador: Contel, Jose Onildo Betioli

Co-orientador: Yazlle Rocha, Juan Stuardo

1. Reinternação psiquiátrica.
2. Desinstitucionalização.
3. Porta Giratória.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Raquel dos Santos

Porta giratória: conceito e ocorrência nas Internações psiquiátricas em Ribeirão Preto-SP

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor.
Área de Concentração: Saúde Mental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A meus pais, Antonio e Terezinha e minhas irmãs, Cláudia e Márcia com todo meu amor.

A todos os pacientes psiquiátricos que atendi necessitando de internação e reinternação, cujo testemunho de vida e sofrimento anônimos, inspiraram a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Dr. José Onildo Betioli Contel, que nos anos de convivência, com seu talento, criatividade, de modo espirituoso e grande incentivador, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico, intelectual e pessoal.

Ao co-orientador Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha, que teve a gentileza de continuar acompanhando-me nesta trajetória pela busca do saber, que havia sido iniciada sob sua orientação no Mestrado.

Aos Professores Doutores Antonio Waldo Zuardi e Afonso Dinis Costa Passos, que com suas sugestões, acrescentaram qualidade no desenvolvimento desta.

A Gilmar Mazzer e Rosane Aparecida Monteiro, do Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da FMRPUSP, que sempre se apresentaram prestativos em todos os momentos em que precisei de suas colaborações.

A minha família Antonio Fermino dos Santos, Terezinha Tonelli dos Santos, Márcia Regina dos Santos, Cláudia dos Santos e cunhados João Carlos Zampollo e Arthur Antonio Sioca, pelo amor, carinho e dedicação, sem os quais os objetivos em minha vida, especialmente esta Tese, jamais teriam sido alcançados.

As amigas Tânia Alves de Lima e Ana Cláudia de Oliveira, pelo apoio e presença marcante em um dos momentos mais difíceis nesta jornada.

Aos amigos do Grupo de Estudo de Freud, Lia Fátima Cristovã Falsarella, Orgmar Marques Monteiro Neto e Marcelo Zanatta Mazzer, pela escuta paciente e carinhosa com meus desabafos.

A Luís Aurelio Pereira Christoforo, pela atenção e cuidados dedicados trazendo mais ânimo e vivacidade no processo final de realização deste trabalho.

*Viver é muito perigoso... Querer o bem com demasiada força, de
incerto jeito, pode já está sendo se querer o mal,
por principiar. Esses homens! Todos puxavam o mundo para si, para
o consertar consertado. Mas cada um só vê e entende as coisas
dum seu modo.*

João Guimarães Rosa (*Grande Sertão: veredas*)

RESUMO

SANTOS, R. **Porta Giratória: conceito e ocorrência nas internações psiquiátricas em Ribeirão Preto - SP.** 2007. 88 f. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Introdução. A redução do número de leitos no sistema de atendimento à saúde mental, a nível internacional, a partir de 1960, e no Brasil, através de legislação específica, a partir de 1992, deu origem a um processo denominado de desinstitucionalização. Esse processo provocou o fechamento de grandes hospitais psiquiátricos e o surgimento de um subgrupo importante de pacientes, com transtornos mentais graves, que apresentavam em comum uma alta frequência de reinternações hospitalares. Essas reinternações constituíram um fenômeno denominado de porta giratória, pelo qual alguns hospitais chegaram a registrar até 80% dos pacientes sendo readmitidos nos dois anos seguintes à alta. **Objetivos.** Caracterizar, nos períodos de 1998-1999 e 2003-2004, na XVIII Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DIR-XVIII), nos Serviços da Enfermaria de Psiquiatria e Unidade de Emergência Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e no Hospital Psiquiátrico Santa Tereza de Ribeirão Preto: 1. a porcentagem das internações psiquiátricas, com destaque para o fenômeno da porta giratória caracterizada pelos pacientes com três ou mais internações; 2. a duração média de internação e as possíveis diferenças entre elas entre os Serviços e; 3. a prevalência de diagnósticos psiquiátricos nas porcentagens de internação em cada serviço. **Material e Método.** Os dados foram coletados do Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que utiliza a folha-resumo – FOLHA DE ALTA – preenchida por ocasião da alta dos pacientes, a qual identifica o hospital, a enfermaria e o paciente. Foram estudadas 7973 internações com diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais, sendo 3846 no primeiro e 4127 no segundo período. As internações e reinternações foram divididas em um grupo com até duas e outro com três ou mais por paciente. As variáveis hospital, tempo de permanência hospitalar, duração média da internação, diagnóstico, sexo, idade e número de reinternações por paciente, foram analisadas através do programa EFI-INFO, versão 6.04. **Resultados.** O Santa Tereza e a Emergência apresentaram as maiores porcentagens de internações nos dois períodos. Entre o primeiro e o segundo período a Enfermaria deu um salto de 6% para 14% do total das internações. O número de internações no período 2003-2004 aumenta nas primeiras, diminui nas segundas e mostra aparente estabilização nas três ou mais internações. A duração média de internações foi significativamente diferente quando o grupo com até duas internações foi comparado com o de três internações, nos dois períodos. Os diagnósticos mais prevalentes em ambos os períodos foram: Alcoolismo, Transtorno Bipolar de Humor e Esquizofrenia. No período 2003-2004 os Transtornos de Personalidade é parte dos três diagnósticos mais prevalentes em pacientes com três ou mais internações. **Discussão.** A presença de uma porcentagem importante de pacientes que repetem três ou mais internações nos dois períodos caracteriza a existência e persistência ao longo de cinco anos, do fenômeno da porta giratória nos hospitais estudados. A prevalência da porta giratória é diferente de um hospital para outro, chegando a 30% e 33,1% no Hospital Santa Tereza, respectivamente em 1998-1999 e 2003-2004. A duração média de permanência de 9 e 13 dias no período 1998-1999 e de 10,7 e 12,8 dias no período 2003-2004 mostra uma grande rotatividade dos leitos existentes. A rotatividade, à custa da curta permanência e a prevalência de diagnósticos graves são duas condições necessárias para o surgimento e persistência do fenômeno da porta giratória no sistema de atendimento psiquiátrico estudado.

Palavras-chave: Reinternação Psiquiátrica. Desinstitucionalização. Porta Giratória

ABSTRACT

SANTOS, R. **Revolving door: concept and occurrence in the psychiatric admissions in the Ribeirão Preto – SP.** 2007. 88 p. School of Medicine, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Introduction. The reduction on the number of hospital beds in the world mental health attendance system from 1960 on and in Brazil, through specific legislation from 1992 on gave origin to a process called as deinstitutionalization. This process caused the closing of large psychiatric hospitals and the appearance of an important subgroup of patients with severe mental disorders who presented a high frequency of hospital internment occurrences in common. These hospital internment occurrences composed a phenomenon called as revolving door, through which some hospitals reported up to 80% of patients being readmitted within two years after discharge from hospital. **Objectives.** To characterize in the period from 1998 to 1999 and from 2003 to 2004 at the XVIII Regional Health Management of Ribeirão Preto, Brazil (DIR-XVIII), in the Psychiatry Infirmery Services and Psychiatric Emergency Unit of the General Hospital – Ribeirão Preto Medical School – University of São Paulo and in the Santa Tereza Psychiatric Hospital of Ribeirão Preto, the following: 1. the percentage of psychiatric internments with emphasis to the revolving door phenomenon characterized by patients presenting three or more internment occurrences; 2. the average internment period and possible differences between them among Services and; 3. the prevalence of psychiatric diagnoses in the internment percentages in each service. **Material and Methods.** Data have been collected from the Hospital Data Processing Center of the Department of Social Medicine - Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, which uses the summary-sheet – DISCHARGE SHEET – filled out by occasion of the patients' discharge from the hospital, which identifies the hospital, the infirmary and the patient. 7973 internments with mental and behavioral disorders diagnose were studied, 3846 in the first period and 4127 in the second period. Internments and reinternments were divided into a group with up to two internment occurrences and another group with three or more internments per patient. Variables hospital, hospital permanence period, average internment period, diagnose, sex, age and number of reinternments per patient were analyzed through the EFI-INFO program version 6.04. **Results.** The Santa Tereza Psychiatric Hospital and the Psychiatric Emergency Unit presented the highest internment percentages in both periods. Between the first and second periods, the Psychiatry Infirmery Service jumped from 6% to 14% of the total internments. The number of internment occurrences in the 2003-2004 period increases in the first internment, decreases in the second and shows apparent stabilization in the three or more internment occurrences. The average internment period was significantly different when the group with up to two internment occurrences was compared to the group of three internments in both periods. The most prevalent diagnoses in both periods were Alcoholism, Bipolar Mood Disorder and Schizophrenia. In the 2003-2004 period, the Personality Disorder is part of the three most prevalent diagnoses in patients with three or more internment occurrences. **Discussion.** The presence of an important percentage of patients with three or more internment occurrences in both periods characterizes the existence and persistence of the revolving door phenomenon along five years in the hospitals studied. The revolving door prevalence is different from one hospital to another, reaching 30% and 33.1% in the Santa Tereza Psychiatric Hospital in the 1998-1999 and 2003-2004 periods, respectively. The average internment period of 9 and 13 days in the 1998-1999 period and of 10.7 and 12.8 days in the 2003-2004 period shows a great turnover of the existing hospital beds. The turnover, due to short permanence and the prevalence of serious diagnoses is one of the conditions required for the appearance and persistence of the revolving door phenomenon in the psychiatric service studied.

Keywords: Psychiatric Reinternment. Deinstitutionalization. Revolving Door

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar (dias) das internações que ocorreram até duas vezes por paciente segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 1998 - 199942
- Gráfico 2 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar (dias) das internações que ocorreram três vezes ou mais por paciente segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 1998 – 1999.....43
- Gráfico 3 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar (dias) das internações que ocorreram até duas vezes por paciente segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 2003 – 2004.....44
- Gráfico 4 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar (dias) das internações que ocorreram três vezes ou mais por paciente segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 2003 – 2004.....45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das internações segundo Serviços e os períodos de 1998 - 1999 e 2003 - 2004, Ribeirão Preto-SP	37
Tabela 2 - Distribuição das internações em grupos com uma, duas e três ou mais segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 1998 – 1999	38
Tabela 3 - Distribuição do número de pacientes com até duas internações e com três ou mais segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 1998 – 1999.....	39
Tabela 4 - Distribuição das internações em grupos com uma, duas e três ou mais segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 2003 -2004	40
Tabela 5 - Distribuição do número de pacientes com até duas internações e com três ou mais segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 2003 – 2004.....	41
Tabela 6 - Distribuição das internações em grupos com uma, duas e três ou mais segundo os períodos de 1998 -1999 e 2003 - 2004, Ribeirão Preto-SP	41
Tabela 7 - Duração média de internação segundo os períodos de 1998-1999 e 2003 - 2004, Ribeirão Preto-SP	46
Tabela 8 - Distribuição dos pacientes com até duas e três ou mais internações segundo grupos diagnósticos (CID-10) e três Serviços no período de 1998 -1999, Ribeirão Preto-SP	48
Tabela 9 - Distribuição dos pacientes com até duas e três ou mais internações segundo grupos diagnósticos (CID-10) e três Serviços no período de 2003 -2004, Ribeirão Preto-SP	50
Tabela 10 - Distribuição dos pacientes com até duas e três ou mais internações segundo grupo diagnóstico (CID-10) e sexo no período de 1998 -1999, Ribeirão Preto-SP.....	52
Tabela 11 - Distribuição dos pacientes com até duas e três ou mais internações segundo grupo diagnóstico (CID-10) e sexo no período de 2003 – 2004, Ribeirão Preto-SP.....	54

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes com até duas e com três ou mais internações segundo faixa etária (anos) no período de 1998-1999, Ribeirão Preto-SP 55

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes com até duas e com três ou mais internações segundo faixa etária (anos) no período de 2003-2004, Ribeirão Preto-SP 56

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID-10	Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição
CPDH	Centro de Processamento de Dados Hospitalares
DRS	Direção Regional de Saúde
HCFMRPUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA.....	14
1.2 O FENÔMENO DA PORTA GIRATÓRIA OU “REVOLVING DOOR”	16
1.3 DEFININDO O FENÔMENO DA PORTA GIRATÓRIA	20
1.4 ESTATÍSTICAS HOSPITALARES E MORBIDADE GLOBAL DE UMA COMUNIDADE	22
1.5 MUDANÇAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL EM RIBEIRÃO PRETO.....	25
2 OBJETIVOS	30
3 MATERIAL E MÉTODOS	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DE ESTUDO.....	31
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	32
3.3 INSTRUMENTOS	33
3.4 COLETA DE DADOS.....	34
3.5 ANÁLISE DE DADOS	35
4 RESULTADOS	37
5 DISCUSSÃO	57
5.1 PERFIL DA MORBIDADE.....	57
5.2 REINTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA	67
6 CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXO A – Estrutura da Folha de Alta Hospitalar	87
ANEXO B – Protocolo da Enfermaria	88

1 INTRODUÇÃO

1.1 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Durante a segunda metade do século XX houve uma mudança no paradigma de cuidado em saúde mental, influenciado por três fatores principais: 1) desenvolvimento e progresso da psicofarmacologia, com a descoberta de novas classes de drogas, particularmente neurolépticos e antidepressivos, como também o desenvolvimento de novas formas de intervenções psicossociais; 2) o movimento de direitos humanos iniciado nos Estados Unidos, posteriormente presente em vários locais do mundo, e 3) incorporação dos componentes mentais e sociais na definição de saúde estabelecido pela WHO em 1948 (BANDEIRA, 1991; CAMAROTTI, 1997; WHO, 2001; ZUARDI, 1993).

Estes eventos sociopolíticos e técnicos contribuíram para a mudança de ênfase: de um tratamento até então centrado na instituição hospitalar, demasiadamente repressivo e regressivo, para um tratamento mais livre e flexível na comunidade, emergindo então, o processo conhecido como desinstitucionalização (KAPLAN et al., 1997). Algumas conseqüências dramáticas desse processo de desinstitucionalização passaram a ser observadas nos casos em que havia uma redução agressiva de leitos ocupados e até mesmo o fechamento de grandes hospitais psiquiátricos, as quais foram denominadas de desospitalização.

No Brasil, a montagem de modelos alternativos de atenção em saúde mental se inicia particularmente no começo da década de 80, induzida pela emergência de movimentos de saúde mental e pela reforma na assistência médica-previdenciária, que durante a década irá convergir para o processo chamado Reforma Sanitária.

Nesse contexto de reforma surgiu a necessidade de um tratamento diferenciado para as questões relacionadas com a assistência psiquiátrica brasileira, as quais passaram a ser encaminhadas com a denominação de Reforma Psiquiátrica (VASCONCELOS, 1995).

As primeiras determinações do Ministério da Saúde do Brasil que propõem e regulamentam a transformação da assistência psiquiátrica no país foram introduzidas pelas Portarias M.S. nº 189/91 e M.S. nº 224/92. A Lei n.10.216, aprovada em 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Segundo Delgado et al. (2007) é no contexto da promulgação dessa Lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, ao final de 2001, que a política de saúde mental do Governo Brasileiro, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Desta forma, foi necessária a criação de novos modelos alternativos e a constituição de uma nova rede de atendimento em saúde mental que pudesse, gradativamente, substituir os hospitais. Foram então, criados serviços classificados como ambulatórios, com equipes multiprofissionais de saúde mental nas unidades primárias e secundárias do sistema público de saúde; centros e núcleos de atenção psicossocial, hospital-dia, unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais, centros de convivência, oficinas terapêuticas, lares abrigados, cooperativas e grupos de trabalho (VASCONCELOS, 1995; LANCMAN,1997; CONTEL, 1980,1981a).

1.2 O FENÔMENO DA PORTA GIRATÓRIA OU “REVOLVING DOOR”

Esta palavra composta pode ser traduzida para o português como porta giratória significando que um número importante dos mesmos pacientes repete muitas internações. Este entra e sai de pacientes tem assumido um fluxo tão intenso a ponto do hospital psiquiátrico assumir, metaforicamente, um papel parecido a uma “revolving door”. A metáfora é bem colocada no sentido destas portas giratórias regularem o entra e sai de pessoas em edifícios com grande número de usuários como bancos, hotéis, hospitais, em especial nos momentos de pico, tanto por motivo de segurança e controle do fluxo, como para evitar a entrada de ar frio e saída do quente, no inverno rigoroso dos países do hemisfério norte. A comparação para por aí e contém uma ironia, pois o hospital é um local que além de regular o entra-e-sai de pacientes precisa tratá-los para que não retornem novamente e, aí está a questão. No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como já se observara em outros países, os pacientes retornam cada vez mais.

O fenômeno parece estar relacionado com uma alteração no fluxo de pacientes coincidente com uma diminuição da oferta de leitos em hospitais psiquiátricos e uma mudança de ênfase da atenção psiquiátrica, das internações para os serviços de atenção primária e secundária. O fluxo das internações foi acelerado a ponto das reinternações alcançar níveis aparentemente exagerados. Foi criada uma situação paradoxal para um número significativo de pacientes que permanecem um tempo relativamente curto hospitalizados e tendem a reinternar, passado um tempo, também relativamente curto, na comunidade.

Seria possível suspeitar que apesar dos progressos alcançados na assistência psiquiátrica estas reinternações poderiam estar denunciando algum

retrocesso a ser esclarecido? A partir desta suspeita o índice de reinternações passou a ser considerado um parâmetro importante da assistência psiquiátrica hospitalar e de seu sistema de apoio extra-hospitalar, tendendo a ganhar relevância nos trabalhos de avaliação de qualidade de serviços (LANCMAN, 1997).

Quando se olha para grandes números observa-se que a desospitalização tem caminhado a passos largos, pois os Estados Unidos, ao final dos anos 1950, possuíam mais de 560.000 leitos em hospitais psiquiátricos públicos que, paulatinamente, foram reduzidos para menos de 100.000, ao final de 1997 (KAPLAN et al., 1997).

O Brasil, nos anos de 1970, chegou a ter mais de 100 mil leitos psiquiátricos e a meta para a diminuição de leitos era extinguir mais de 3,5 mil leitos até o primeiro semestre de 2005, segundo informações do Ministério da Saúde¹ (2004 apud GENTIL, 2004). O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos brasileiros e de desinstitucionalização de pessoas com histórico de internação passa a ser política pública a partir dos anos de 1990, a ponto de 72.514 leitos, existentes em 1996, serem reduzidos para 42.076, em 2005 (DELGADO et al., 2007).

A rede de atenção comunitária brasileira também tem passado por amplo processo de renovação, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de valor estratégico para a mudança do modelo de assistência. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e reinserção social destas pessoas por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, devendo ser substitutivos ao hospital psiquiátrico (DELGADO et al., 2007).

¹ Ministério da Saúde, em 19/08/2004

Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 1980, quando eram seis, existindo hoje 689 em funcionamento, distribuídos em quase todos os estados brasileiros (DELGADO et al., 2007). Eles realizaram em 2002, 389 mil atendimentos chegando a 3,7 milhões no ano de 2004 – quase dez vezes maior¹ (2004 apud GENTIL, 2004). No entanto, pode-se colocar dúvida se este aumento foi suficiente, em qualidade e quantidade, para manter tantos pacientes desinstitucionalizados na comunidade.

O fenômeno da porta giratória pode ser de tal dimensão que já se viu até 80% de pacientes reinternados nos dois anos seguintes à alta hospitalar. Em alguns hospitais canadenses, por exemplo, as taxas de reinternações atingem de 55% até 75% do total das admissões (KAPLAN et al., 1997; BANDEIRA, 1993; GELLER, 1992a). Assim sendo mesmo em países desenvolvidos observa-se a intrigante situação de uma quantidade significativa dos mesmos pacientes passar a repetir muitas internações.

Segundo Morgado e Lima (1994): “O ‘Revolving door’ é o melhor indicador da assistência na comunidade - indicador direto da assistência hospitalar, mas que por via indireta ou virtual ele diz muito sobre o funcionamento dos serviços da comunidade”.

Contel (1994), preocupado com a repetição de internações na Região de Ribeirão Preto estudou, comparativamente, a percentagem de pacientes que, ao serem atendidos em dois ambulatórios, no período entre abril e maio de 1981, apresentavam duas ou mais internações. O número de repetições de internações em cada paciente foi obtido somando-se as internações anteriores com as internações durante o período estudado. A percentagem encontrada foi considerada como um

índice de reinternação para um dado ambulatório, em um dado momento no tempo histórico.

Esse índice variou de 17,42% em pacientes atendidos no Ambulatório da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, para 49,22% para pacientes atendidos no Ambulatório do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto.

Segundo Contel (1994):

O índice de reinternação deve ser visto também como um problema social, ou seja, como agir para reintegrar este grande número de pacientes que recebem alta e são sucessivamente re-internados e recebem alta outra vez voltando para a comunidade.

O fenômeno com certeza é complexo e de causas múltiplas. Entre as causas que mais contribuem temos a história natural e a gravidade de algumas doenças psiquiátricas. Na literatura o diagnóstico de esquizofrenia lidera entre os pacientes da porta giratória. Existe também alguma causalidade relacionada com o sexo, pois entre as mulheres prevalecem os transtornos afetivos, enquanto a esquizofrenia e abuso de substâncias prevalecem entre os homens (APPLEY, 1993; CASPER et al.,1991; GASTAL et al., 2000; GELLER, 1992b; GOODPASTOR; HARE, 1991; KASTRUP, 1987b; LEWIS; JOYCE, 1990).

Outros fatores podem estar associados às reinternações tais como: nível socioeconômico, origens culturais, carência de suporte social e familiar, comportamento violento, uso de álcool, falta de um acompanhamento médico freqüente e deficiências

do sistema de saúde (CATON et al.,1989; FISHER et al.,1992a; GREEN, 1988; SURBER et al.,1987).

1.3 DEFININDO O FENÔMENO DA PORTA GIRATÓRIA

A literatura utiliza as variáveis repetições do número de internações e o período durante o qual elas ocorrem para uma definição de “revolving door”. No entanto, não existe um acordo sobre a magnitude dessas duas variáveis. O número de reinternações pode variar entre duas, três ou mais, quatro ou mais e até 15 ou mais. A duração do período de estudo também pode variar desde três meses até 24 anos. Existindo consenso apenas na definição de reinternação estatística, considerada como o número de vezes que um mesmo paciente repete episódios de reinternações, após a primeira internação, em dado período de estudo (HAYWOOD et al., 1995; KASTRUP, 1987a; LEWIS; JOYCE, 1990).

Saarento et al. (1998) consideraram pacientes repetidores de internações em emergência aqueles que durante um ano tiveram pelo menos duas reinternações no serviço. Gastal et al. (2000) consideraram pacientes repetidores os que tiveram quatro ou mais reinternações no período de cinco a 24 anos. Kumar et al. (2002), em período 18 meses dividiram os pacientes das reinternações em dois grupos; pacientes com três ou mais reinternações foram considerados como freqüentemente reinternados e com até duas como menos freqüentemente reinternados. Sytema et al. (2002) definiram pacientes da porta-giratória os que foram internados pelo menos quatro vezes durante o período de estudo de 8 a 15 anos, com uma média de pelo menos duas reinternações por ano.

Os autores divergem ainda quanto à distinção de recaída e reinternação. Segundo Patel et al. (2002), taxas de reinternações e taxas de recaída não são sinônimos. Recaída denota uma significativa exacerbação clínica dos sintomas, não necessariamente exigindo uma internação.

Os estudos sobre o fenômeno da porta giratória no Brasil são escassos, no entanto as evidências e conseqüências práticas do dia-a-dia na clínica sugerem sua grande importância.

Na Região de Ribeirão Preto foram encontrados apenas três trabalhos sobre o tema nos últimos cinco anos, sendo que dois foram realizados na Unidade de Emergência Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Neles aparece a preocupação local com a repetição de atendimentos de um mesmo paciente em uma mesma instituição, em um período curto de 60 dias. No primeiro, realizado em 1997, Reinaldo e Contel, mostraram que 29,7% dos pacientes da demanda total do serviço fizeram dois ou mais atendimentos. No segundo, realizado em 2000, Santos et al., em um estudo prospectivo, encontraram que 18,8% dos atendimentos foram de pacientes que procuraram mais de uma vez o serviço.

Essa preocupação regional continuou existindo em 2003, quando Santos, em sua dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, área de concentração: Saúde na Comunidade; estudou as internações psiquiátricas ocorridas na região de Ribeirão Preto, no período de 1998 –1999. Nesse estudo encontrou 335 pacientes (12,5%), sendo responsáveis por 1609 internações.

Como se viu anteriormente, as variações do número de reinternações por paciente para a definição de “revolving door”, variam de autor para outro. Na falta de um padrão ouro para o conceito em psiquiatria assume-se, para uma definição atual, parte dos resultados do trabalho de Yazlle Rocha, Simões e Guedes (1997), que estudaram as reinternações, em 56.293 internações não psiquiátricas, ocorridas durante um ano, em 12 hospitais no Município de Ribeirão Preto-SP. Esses autores mostraram que 16,4% dos pacientes usuários da medicina de grupo e 16,3% dos

pacientes usuários do SUS realizaram múltiplas internações, sendo que o número médio de reinternações por paciente era importante e variava, respectivamente, de 2,45 a 2,81.

A escolha do trabalho para ajudar na definição do padrão de repetição de internações, a ser definido a seguir, se deu por três motivos principais: os resultados de Yazlle Rocha, Simões e Guedes (1997) tiveram origem em um número muito grande de internações, o problema é estudado na mesma região em que foi realizado o trabalho atual e deixa evidente, mesmo sem a denominação de porta giratória, que as reinternações podem ser importantes, também, em outras áreas que não a psiquiatria. Desta forma optou-se por definir como pacientes da porta giratória, aqueles que foram internados três vezes ou mais em período de dois anos.

1.4 ESTATÍSTICAS HOSPITALARES E MORBIDADE GLOBAL DE UMA COMUNIDADE

O conhecimento da freqüência das doenças é obtido através de várias fontes, que de um modo geral produzem as informações por meio de registros existentes em diversos serviços de assistência médica, tais como os serviços sanitários (destacando-se nestes, principalmente a notificação de doenças) os serviços médicos privados e empresariais, as estatísticas hospitalares, os serviços ambulatoriais, de previdência e outros.

Segundo Yazlle Rocha et al (1993):

sistemas de informações em serviços médico-hospitalares e ambulatoriais são fundamentais para a correta avaliação da assistência oferecida. As informações registradas não representam dados aleatórios pois refletem as condições de vida e saúde da população bem como a estrutura dos serviços de saúde e a política assistencial.

Desde 1970 funciona o Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, oferecendo assessoria aos hospitais da cidade e da região para melhoramento dos serviços de arquivo médico e estatístico (YAZLLE ROCHA; SIMÕES; GUEDES, 1997; YAZLLE ROCHA; SIMÕES; FORSTER, 1993).

Esse sistema consiste de um de registro contínuo que oferece, fundamentalmente, dois tipos de informações: a) dados relativos ao paciente através de uma folha de egresso; b) dados relativos à utilização das enfermarias, através de uma folha de censo diário. O sistema compreende três fases: a primeira, de registro e colheita das informações nos estabelecimentos hospitalares; a segunda, de elaboração destas informações (revisão, codificação e digitação dos dados); e a terceira, do processamento eletrônico dos dados e sua publicação (YAZLLE ROCHA, 1975).

O estudo de morbidade através das estatísticas hospitalares, embora tenha a vantagem de permitir o uso imediato da informação com economia de custo e tempo, deve considerar dois aspectos referentes à base de dados que lhe deu origem: 1. abrangência do sistema de informações, e 2. a qualidade de seus dados (PEREIRA,1995).

O complexo hospitalar desenvolvido em torno de Ribeirão Preto funciona como pólo de atração para municípios vizinhos, não permitindo evasão de pacientes para outros centros. Assim sendo é possível afirmar-se que a computação centralizada dos dados produz um quadro relativamente preciso da demanda da população local. Além disso, na cidade de Ribeirão Preto estão disponíveis leitos para pacientes SUS como para usuários de planos de saúde privados, não havendo

registro de casos não atendidos por falta de vagas; são raros os casos que devem ser encaminhados a outras cidades por não haver o tratamento especializado disponível na cidade.

No entanto, tal como afirma Laurenti (1987), “as estatísticas hospitalares não representam a morbidade global de uma comunidade”, pois as informações sobre as internações constituem a demanda satisfeita que deixa de mostrar a demanda derivada representada por aqueles que procuram os serviços, mas não são atendidos por motivos diversos, aqueles encaminhados a outros estabelecimentos e os que não procuram atendimento por buscarem formas alternativas de tratamento (PEREIRA, 1995).

Os diagnósticos hospitalares são considerados de alta precisão, tendo em vista o vasto arsenal semiológico, que muitas vezes não podem ser usados em atenção primária e suspeitas diagnósticas que não são devidamente esclarecidas. (PEREIRA,1995; LAURENTI,1987).

A padronização e o registro correto dos dados são fundamentais para a realização de estudos, no momento presente ou no futuro. Segundo Yazlle Rocha (1975) “nas rotinas do CPDH muita atenção é dada ao controle das informações e há um esquema para recuperar as informações, se necessário”. Este controle assegura que não há perda quantitativa de informações desde 1972.

Yazlle Rocha (1975) relata ter avaliado a consistência das informações processadas pelo CPDH, entendida como a percentagem de concordância entre as informações digitadas e as do prontuário médico, encontrando níveis de concordância acima de 90%.

Diante destas considerações, ressalta-se que os objetivos principais das estatísticas hospitalares dizem respeito a aspectos epidemiológicos e

administrativos, sendo muito útil para orientar o conteúdo dos programas de saúde, a formação do pessoal de saúde e favorecer a avaliação do funcionamento dos serviços (LAURENTI, 1997; PEREIRA, 1995).

1.5 MUDANÇAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL EM RIBEIRÃO PRETO

O município de Ribeirão Preto é sede da XIII Direção Regional de Saúde do Estado de São Paulo (DRS-XIII), composta por 25 municípios, com uma população aproximada de 1.100.000 habitantes, sendo 543.885 moradores da cidade-sede (SEADE, 2006). O município confirma sua importância tanto na assistência pública e privada em psiquiatria e saúde mental como no ensino e pesquisa na Universidade.

O Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto foi inaugurado em 1944, a seis km da cidade, passando a ser conhecido como Santa Tereza, nome tirado da estação da estrada de ferro que ficava ao seu lado. Recebeu 500 doentes neste mesmo ano, removidos diretamente do Hospício do Juquery (SP) e transportados em levadas sucessivas pela estrada de ferro. Com o decorrer do tempo, antigos problemas do Juquery como, “deficiências das instalações” e os “inconvenientes de uma centralização excessiva de doentes”, repetiram-se no Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto que chegou a abrigar 1.300 doentes (CONTEL, 1980, 1981b).

Inaugurou-se, em 1973, parceria entre a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, e seu Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica e a Secretaria de Estado da Saúde, pela qual, durante cinco anos, até dezembro de 1977, a Disciplina de Psiquiatria operou Convênio de Saúde Mental que reinstalou o Hospital Dia Psiquiátrico do HCFMRP-USP e Enfermaria de Psiquiatria na Unidade Feminina e Ambulatório Psiquiátrico na entrada do Hospital Santa Tereza, conhecido

na época como Ambulatório do Santa Tereza. Os três foram operados em parceria de recursos humanos e de instalações físicas entre a Universidade de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde, com participação direta e intensiva da Residência de Psiquiatria, pela prática de rodízio entre os Serviços e supervisão de 12 psiquiatras contratados pelo Convênio.

Nesse período, coincidente com esse Convênio, o Hospital Santa Tereza sofreu um processo de desospitalização acelerada, pois passou de uma população internada de 1300 pacientes, em 1969, para 450 pacientes, 20 anos depois, em 1989. A inauguração do Ambulatório do Santa Tereza, em setembro de 1974, colaborou em grande medida para essa diminuição espetacular e agressiva de 850 leitos, em 20 anos.

Na ocasião da inauguração esse Ambulatório aboliu de imediato as internações automáticas de porta autorizadas diretamente pela Diretoria do Hospital Santa Tereza e que, muitas vezes, constituíam abusos de familiares, polícia e de políticos de influência regional. O Ambulatório instalou e regulamentou o seguimento pós-alta sistemático. A partir de setembro de 1974 todo paciente que saía de alta, tinha garantido seu tratamento psicofarmacológico pela farmácia do Hospital Santa Tereza, até o primeiro retorno, criteriosamente agendado. Desde então, mas provavelmente não só por isso, as internações no Hospital Santa Tereza despencaram. Em resumo baniram-se as novas internações desnecessárias e instalou-se o acompanhamento moderno no pós alta para prevenir-se reinternações, quando desnecessárias.

Com o término da parceria Universidade/Secretária de Saúde do Estado, em dezembro de 1977, esse Ambulatório, pela utilidade inquestionável que demonstrara no início do processo de desospitalização psiquiátrica do Hospital Santa Tereza e na

mudança do paradigma do modelo assistencial psiquiátrico regional, continua funcionando até hoje na região urbana de Ribeirão Preto com a denominação de Ambulatório Regional de Saúde Mental, e sem a participação da Universidade (CONTEL,1980;1998).

A diversificação da assistência psiquiátrica regional continuou em 1978, com atendimento de psicóticos com internação integral em Enfermaria de Psiquiatria no HC-Campus da USP e em Emergências Psiquiátricas de 24 horas no HC-Unidade de Emergência.

Em dezembro de 1990, em parceria entre o Articulador Regional de Saúde Mental e a Chefia do Serviço de Emergência Psiquiátrica do HCFMRP-USP estabeleceu-se uma reorganização do atendimento de saúde mental na Região de Ribeirão Preto, conforme as diretrizes e normas do Ministério da Saúde. Entre as medidas tomadas estão a criação da Central de Vagas Psiquiátricas (CVP) e o controle e avaliação das internações. Essa parceria deu início à inserção da Emergência Psiquiátrica de Ribeirão Preto na rede pública de Saúde Mental (DELBEN et al.,1999).

Em 1992 foram abolidas as “internações de porta” dos hospitais privados da região, medida que fora instalada em setembro de 1974 no Hospital Santa Tereza. Provavelmente, como consequência direta dessa medida, em 1993 foram desativados 330 leitos psiquiátricos e em 1995 ocorreu o descredenciamento de hospital psiquiátrico privado e o descredenciamento de leitos para internação de pacientes agudos em hospital filantrópico.

Paralelamente, houve uma ampliação dos serviços extra-hospitalares, com aumento da capacidade dos serviços já existentes e criação de novos serviços, como instalação do 1º Núcleo de Apoio Psicossocial pela Prefeitura Municipal de

Ribeirão Preto. (DEL-BEN et al.,1999). Atualmente, existem dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um para dependentes químicos (Portal Saúde, Ribeirão Preto-SP, 2006).

A Central de Vagas Psiquiátricas, Emergência Psiquiátrica e quatro serviços ambulatoriais tornaram-se as únicas referências de encaminhamento para internações em Ribeirão Preto. Segundo DEL-BEN et al. (1999), a Emergência Psiquiátrica de Ribeirão Preto, em 1997, foi responsável por 73% do total das indicações de internações na Região.

Em 1990, eram 685 leitos para as internações agudas na Região de Ribeirão Preto. Atualmente existem 108 leitos. Em 1994 a média mensal de internações psiquiátricas de moradores de Ribeirão Preto girava em torno de 150 a 200. Atualmente gira em torno de 40 a 50 (Portal Saúde, Ribeirão Preto-SP, 2006).

Hoje as internações psiquiátricas da DRS-XIII convergem, obrigatoriamente, para três Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) representados pelo Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (Santa Tereza), a Unidade de Emergência Psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da FMRP-USP (Emergência) e a Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da FMRP-USP (Enfermaria).

Toda esta rede de serviços que funciona hierarquizada e integrada, concomitantemente com as grandes mudanças ocorridas no atendimento aos portadores de transtornos psiquiátricos graves, na Região de Ribeirão Preto, fazem com que ela tenha uma grande importância no cenário nacional da Reforma do Modelo de Assistência Psiquiátrica.

A sinergia de três fatores representados pela setorização geográfica das internações, sua computação centralizada através do CPDH e a possibilidade de

acompanhamento dos resultados ao longo dos anos favoreceu o trabalho com grandes números de internações e o cruzamento entre eles. Assim a presente pesquisa procura ampliar o alcance dos estudos anteriores incluindo todos os três serviços que internam pacientes da DRS-XIII nos períodos de 1998-1999 e 2003-2004.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar todas as internações psiquiátricas ocorridas no sistema setorizado de atendimento da XIII Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS-XIII), nos períodos de 1998-1999 e 2003-2004.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Estudar a distribuição das internações psiquiátricas com destaque para o fenômeno da porta giratória (pacientes com três ou mais internações) em três serviços de internação psiquiátrica.

2.2.2. Comparar o fenômeno Porta Giratória nos períodos de 1998-1999 e 2003-2004.

2.2.3. Caracterizar em cada serviço a duração média da internação para os pacientes com até duas internações e para os pacientes da porta giratória e analisar diferenças eventuais entre eles.

2.2.4. Estudar a relação do diagnóstico psiquiátrico nas porcentagens de internação em cada um dos três serviços com destaque para os pacientes da porta giratória.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DE ESTUDO

As informações necessárias à presente pesquisa têm origem na Folha de Alta de pacientes psiquiátricos egressos do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo (Santa Tereza), da Emergência Psiquiátrica do HCFMRP-USP (Emergência) e da Enfermaria de Psiquiatria do HCFMRP-USP (Enfermaria).

Nos anos de 1998 e 1999 a DRS-XIII, com sede em Ribeirão Preto, contava com 100 leitos no Hospital Santa Tereza, seis leitos na Emergência Psiquiátrica, 14 leitos na Enfermaria de Psiquiatria, disponíveis para internações agudas (SEADE, 1999).

Na Emergência Psiquiátrica são realizadas três modalidades de atendimento como consultas de pronto-atendimento, internações breves de até 72 horas e interconsultas para pacientes internados ou em atendimentos em outras clínicas. Considerou-se internação na Emergência, para efeito do presente trabalho, aqueles pacientes, que nos períodos de estudo tiveram tempo de permanência hospitalar na Emergência Psiquiátrica igual ou superior a 12 horas. Pacientes atendidos no HCFMRP-USP, seja na Enfermaria ou na Emergência Psiquiátrica, têm o mesmo registro.

Nos cinco anos que se passaram entre 1998-1999 e 2003-2004, duas modificações importantes ocorreram no Sistema de Internação Psiquiátrica da DRS-XIII, representadas pela instalação, de oito leitos na Enfermaria de Psiquiatria e o

fechamento de 54 leitos para pacientes de longa permanência no Hospital Filantrópico Sanatório Espírita Vicente de Paula.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram solicitados ao Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CPDH), dois bancos de dados relativos às internações com diagnóstico principal referente ao Capítulo V - Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição - ocorridas no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 1999, e no período de 1º de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2004, no HCFMRP-USP e o no Hospital Santa Tereza.

Para o período de 1998-1999, o banco de dados inicial contava com 4.830 internações, sendo que 4.448 (92,1%) internações eram da especialidade Psiquiatria e 382 (7,9%) internações estavam distribuídas em outras especialidades do HCFMRP-USP, que foram excluídas do estudo. Foram excluídas também 57 internações, cujo tempo de permanência hospitalar era superior a 99 dias, 544 internações, cuja condição de saída do paciente era alta-licença e uma internação em que não constava a idade do paciente na internação.

Para o período de 2003-2004, o banco de dados inicial contava com 5004 internações, sendo que 4.894 (98,0%) internações eram da especialidade Psiquiatria e 110 (2,0%) internações estavam distribuídas em outras especialidades do HCFMRP-USP e foram excluídas do estudo. Foram também excluídas do estudo

114 internações, cujo tempo de permanência hospitalar era superior a 99 dias e 653 internações, cuja condição de saída do paciente era alta-licença.

Desta forma, o estudo contará com a somatória de 7973 internações, de ambos os sexos e de todas as faixas etárias, ocorridas no HCFMRP-USP e no Hospital Santa Tereza, com diagnóstico principal referente ao Capítulo V - Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição - ocorridas no período de 1º de janeiro de 1998 a 31 de dezembro de 1999, e no período de 1º de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2004. O período de 1998-1999 contribuiu com 3846 internações e o período 2003-2004 com 4127 internações.

3.3 INSTRUMENTOS

O CPDH utiliza uma folha-resumo – FOLHA DE ALTA – que é preenchida por ocasião da alta dos pacientes. Esta folha contém os dados mais importantes para identificar o hospital, a enfermagem, o paciente (matrícula, idade, sexo, ocupação, procedência, fonte de financiamento, os principais diagnósticos, procedimentos cirúrgicos, causas externa dos acidentes, envenenamentos e violências, duração da internação, condições de saída do paciente) (ANEXO A). O CPDH conta também com um Manual de Códigos da Folha de Alta Hospitalar (YAZLLE ROCHA; SIMÕES e GUEDES, 1997).

Para este estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

3.3.1 Número do registro do paciente (número do prontuário)

3.3.2 Hospital

3.3.3 Tempo de permanência hospitalar em dias

3.3.4 Duração média de internação

3.3.5 Reinternações por paciente no período em estudo

3.3.6 Diagnóstico principal

3.3.7 Sexo

3.3.8 Idade

A fim de consolidar os dados, os hospitais e locais geradores dos dados foram visitados e descobriu-se que a Enfermaria e o Santa Tereza, têm como parte de seu trabalho promover altas-licenças. Na Emergência Psiquiátrica não ocorrem altas-licenças.

No período de 1998-1999 não existia a variável condição de saída do paciente-alta-licença, sendo as altas-licenças quantificadas como nova internação, para o serviço de estatística do HCFMRP-USP, podendo alterar no presente estudo o número de reinternação e o tempo de permanência hospitalar. Para corrigir esta distorção realizou-se revisão dos prontuários dos pacientes internados na Enfermaria, utilizando-se um Protocolo da Enfermaria (ANEXO B). Os prontuários selecionados foram 193 que correspondiam aos registros dos pacientes internados na Enfermaria, retirando-se as repetições dos registros.

Já no período de 2003-2004 existe a variável condição de saída – alta licença, não exigindo a revisão dos prontuários para correta quantificação do número das internações.

3.4 COLETA DOS DADOS

As informações foram colhidas da FOLHA DE ALTA dos pacientes, sendo que os dados de identificação são preenchidos pela funcionária do hospital encarregada da admissão, a partir de informações e documentos apresentados pelo paciente,

familiares ou responsáveis pelo mesmo e os dados médicos são preenchidos pelo médico responsável no momento da alta.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o presente estudo adotou-se um modelo de análise que separa as internações em dois grupos: 1) grupo de pacientes com até duas internações e 2) grupo de pacientes com três ou mais internações. A fim de se conhecer o número de pacientes, em cada um desses grupos foi selecionada a FOLHA DE ALTA da última internação.

A separação das internações em dois grupos foi ainda analisada segundo a divisão em três Serviços de Internação Psiquiátrica da DRS-XIII: 1) Santa Tereza; 2) Emergência e 3) Enfermaria.

A fim de facilitar a análise dos diagnósticos da extensa lista da Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição (CID-10) foi utilizada a condensação proposta na Categoria de três Dígitos, com algumas mudanças. Essa lista consta no quadro 1:

QUADRO 1 - Lista de grupos diagnósticos (CID -10)

- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool (F10)
 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras drogas (F11 – F19)
 - Esquizofrenia (F20)
 - Transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F21 – F29)
 - Episódio maníaco e transtorno afetivo bipolar (F30 – F31)
 - Episódio depressivo e transtorno depressivo recorrente (F32 – F33)
 - Transtornos de personalidade e de comportamento do adulto (F60 – F69)
 - Outros: Transtornos mentais orgânicos (F00 – F09), Outros transtornos do humor (F34 – F39), Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com "stress" e somatoforme (F40 – F48) Retardo Mental (F70 – F79), Transtornos específicos do desenvolvimento, da fala e da linguagem (F80 – F89) e Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90 – F98).
-

O cálculo das reinternações foi feito através da contagem das repetições do número de registro de um dado paciente, durante o período de estudo. Sabe-se, no entanto, que não existe na DIR-XIII um único registro hospitalar para todos os pacientes e um mesmo paciente, repetidor de reinternações em um Serviço, pode também aparecer em outro sem ser detectado pelo método atual.

Considerou-se que a inserção histórica dos Serviços estudados no sistema de saúde local e o tipo de assistência oferecida, em cada um deles, durante a internação do paciente, são tão diferentes a ponto de valer a pena estudá-los, separadamente, do ponto de vista estatístico, quando se pretende caracterizar o fenômeno da porta giratória.

Foi também calculado o coeficiente de reinternação, isto é, o quociente entre o total de hospitalizações repetidas e o número de pacientes, para o grupo com até duas internações e para o grupo com três ou mais internações. Este coeficiente de reinternação já foi utilizado por Yazlle Rocha, Simões e Guedes (1997).

Os dados obtidos foram analisados pelo Processador de Texto, Banco de Dados e Processador Estatístico para Saúde Pública Epi-Info 6.04.

O tempo de permanência hospitalar, que não constava da folha de alta hospitalar foi calculado pela subtração da data da alta da data da internação.

Possíveis associações entre as variáveis foram inicialmente testadas através da utilização do teste do qui-quadrado. As diferenças entre médias foram calculadas através do teste *t*. Foram consideradas como significantes as associações que mostraram um valor de “p” menor ou igual a 0,001.

4 RESULTADOS

A tabela 1 mostra um aumento das internações que vão de 3846, no período 1998-1999, para 4127 no período 2003-2004, sendo que Santa Tereza e Emergência apresentam porcentagem maior de internações, quando comparados com Enfermaria.

No entanto, Santa Tereza e Emergência têm uma diminuição do atendimento do primeiro para o segundo período, enquanto que Enfermaria apresenta um aumento notável, chegando a quase triplicar o atendimento. A análise estatística revelou diferenças significativas entre as variáveis ($\chi^2_{2gl}=149,2$; $p<0,001$). No período 2003-2004 a somatória das internações em Enfermaria e Emergência superam em 52,5% as internações em Santa Tereza.

Tabela 1 – Distribuição das internações segundo três Serviços e os períodos de 1998-1999 e 2003-2004, Ribeirão Preto-SP

Serviços de atendimento	1998-1999		2003-2004	
	N	%	N	%
Santa Tereza	2011	52,0	1959	47,5
Emergência	1612	42,0	1589	38,5
Enfermaria	223	6,0	579	14,0
Total	3846	100,0	4127	100,0

A Tabela 2, correspondente ao período 1998-1999, mostra que a maioria de 2110 internações (55,0%) ocorreu uma única vez, 882 internações (23,0%) duas vezes e 854 internações (22,0%) três ou mais vezes.

Na comparação entre os Serviços a Enfermaria mostrou maior proporção do grupo com uma única internação, seguida da Emergência e, por último, Santa

Tereza. Não ocorreram diferenças significativas para o grupo com até duas internações. Já para o grupo com três ou mais internações as diferenças foram significativas, sendo o Santa Tereza o Serviço que apresentou a maior proporção delas seguido da Emergência e, por último, da Enfermaria. As diferenças acima foram dectadas pela aplicação do teste do qui-quadrado para tabelas de contingência e aplicou-se também o teste para comparação de duas proporções com correção de Bonferroni (χ^2 4gl=190,94, $p<0,001$).

Tabela 2 – Distribuição das internações em grupos com uma, duas e três ou mais segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 1998 – 1999

Grupos de Internações	Santa Tereza		Emergência		Enfermaria		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	923	46,0	1021	63,3	166	74,4	2110	55,0
2	488	24,0	346	21,5	48	21,5	882	23,0
3 OU +	600	30,0	245	15,2	9	4,0	854	22,0
Total	2011	100,0	1612	100,0	223	100,0	3846	100,0

A fim de se calcular o coeficiente de reinternação, isto é, o quociente entre o total de hospitalizações repetidas e o número de pacientes, para o grupo com até duas internações e para o grupo com três ou mais internações, foi necessário quantificar o número de pacientes existentes em cada grupo.

Observa-se na Tabela 3 que 2551 pacientes (92,5%) foram internados até duas vezes, totalizando 2992 internações e 207 pacientes (7,5%) realizaram três ou mais internações, totalizando 854 internações.

O coeficiente de reinternação para o grupo com até duas internações e com três ou mais internações, no período de 1998-1999, foi respectivamente, 1,2 e 4,1.

No grupo com até duas internações Santa Tereza com 46,0% (N=1167) e Emergência com 47,0% (N=1194), apresentam freqüências bastante próximas,

enquanto a Enfermaria cai para 7,0% (N=190). No entanto, no grupo com três ou mais internações, existe um predomínio do Santa Tereza com 69,0% (N=143) dos pacientes seguido pela Emergência com 29,5% (N=61) e, por último, a Enfermaria com 1,5% (N=3).

Tabela 3 – Distribuição do número de pacientes com até duas internações e com três ou mais segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 1998 –1999

Hospital	Pacientes com até duas internações		Pacientes com três ou mais internações		Total	
	N	%	N	%	N	%
Santa Tereza	1167	46,0	143	69,0	1310	44,3
Emergência	1194	47,0	61	29,5	1255	42,4
Enfermaria	190	7,0	3	1,5	193	6,5
Total	2551	100,0	207	100,0	2758	100,0

A Tabela 4 mostra a distribuição das internações em grupos com uma, duas e três ou mais segundo três Serviços, no período de 2003-2004. Nela observa-se que a grande maioria das internações, ou 58,4% (N=2411), ocorreu uma única vez, 17,4% (N=718) duas vezes e 24,2% (N=998) três ou mais vezes.

Análise estatística mostrou diferenças significativas no grupo que realizou apenas uma internação ($\chi^2=299,3$; $p<0,001$). A Enfermaria, como já ocorrera na Tabela 1 veio em primeiro lugar seguida da Emergência e, por último Santa Tereza. Para o grupo que realizou duas internações não existiram diferenças significativas entre os três serviços de atendimento. Já para o grupo com três ou mais internações existiram diferenças significativas, sendo que o Hospital Santa Tereza foi o serviço que mais internou seguido da Emergência e vindo a seguir a Enfermaria.

Tabela 4 – Distribuição das internações em grupos com uma, duas e três ou mais segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 2003 - 2004

Grupos de Internações	Santa Tereza		Emergência		Enfermaria		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	933	47,6	975	61,4	503	86,9	2411	58,4
2	378	19,3	280	17,6	60	10,4	718	17,4
3 OU +	648	33,1	334	21,0	16	2,8	998	24,2
Total	1959	100,0	1589	100,0	579	100,0	4127	100,0

No período de 2003-2004, também foi calculado o coeficiente de reinternação, isto é, o quociente entre o total de hospitalizações repetidas e o número de pacientes, para o grupo com até duas internações e para o grupo com três ou mais internações e, para isto, foi necessário quantificar o número de pacientes existentes em cada grupo.

A Tabela 5 mostra a distribuição do número de pacientes com até duas e com três ou mais internações segundo os três Serviços de atendimento. Observa-se que 92,0% (N=2770) dos pacientes foram internados até duas vezes e totalizaram 3129 internações e 8,0% (N=250) pacientes foram internados três ou mais vezes e totalizaram 998 internações.

O coeficiente de reinternação para o grupo com até duas internações e com três ou mais internações, foi respectivamente, 1,2 e 4,0.

No grupo com até duas internações Santa Tereza e Emergência apresentam freqüências bastante próximas, respectivamente, 40,5% (N=1122) e 40,3%(N=1115) e Enfermaria vem em terceiro lugar com 19,2% (N=530). No entanto, para o grupo de pacientes com três ou mais internações, observa-se que existe um predomínio do Hospital Santa Tereza com 64,7% dos pacientes (N=162), seguindo-se a Emergência com 33,3% (N=83) e, por último, a Enfermaria com 2,0% (N=5).

Tabela 5 – Distribuição do número de pacientes com até duas internações e com três ou mais segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 2003-2004

Serviços	Pacientes com até duas internações		Pacientes com três ou mais internações		Total	
	N	%	N	%	N	%
Santa Tereza	1122	40,5	162	64,7	1283	42,5
Emergência	1115	40,3	83	33,3	1198	39,7
Enfermaria	530	19,2	5	2,0	538	17,8
Total	2770	100,0	250	100,0	3020	100,0

A Tabela 6 compara a distribuição das internações entre períodos de 1998-1999 e 2003-2004, segundo uma, duas e três ou mais. A análise estatística revelou diferenças significativas entre os períodos para as primeiras e segundas internações ($\chi^2=38,19$ e $p<0,001$).

Observa-se que o período de 2003-2004 houve um aumento das primeiras internações para 58,4% (N=2411) e diminuição das segundas internações para 17,4% (N=718) quando comparado ao período de 1998-1999 que mostrou, respectivamente, 55,0% (N=2110) para primeiras internações e 23,0% (N=882), para segundas internações. No entanto a análise estatística para as terceiras ou mais internações revela que as diferenças entre os períodos é muito tênue, já que no período de 2003-2004 alcança 24,2% (N=998) que cai um pouco no período de 1998-1999, para 22,0% (N=854).

Tabela 6 – Distribuição das internações em grupos com uma, duas e três ou mais segundo os períodos de 1998-1999 e 2003-2004, Ribeirão Preto-SP

Grupos de Internações	1998-1999		2003-2004	
	N	%	N	%
1	2110	55,0	2411	58,4
2	882	23,0	718	17,4
3 OU +	854	22,0	998	24,2
Total	3846	100,0	4127	100,0

O Gráfico 1 mostra que no grupo com até duas internações por paciente, no período 1998-1999, o tempo de permanência hospitalar entre 1 a 7 dias predomina na Emergência com 99,0% (N=1353), enquanto no Santa Tereza a predominância de 36,1% (N=510) passa para as permanências entre 8 a 14 dias, seguidas por 29,7% (N=419) de 1 a 7 dias e 15,3% (216) com 15 a 21 dias. Na Enfermaria predominam com 53,35% (N=114) as permanências maiores de 28 dias, seguidas por 14,5% (N=31) com 22 a 28 dias e 13,1%(N=28) com 15 a 21 dias .

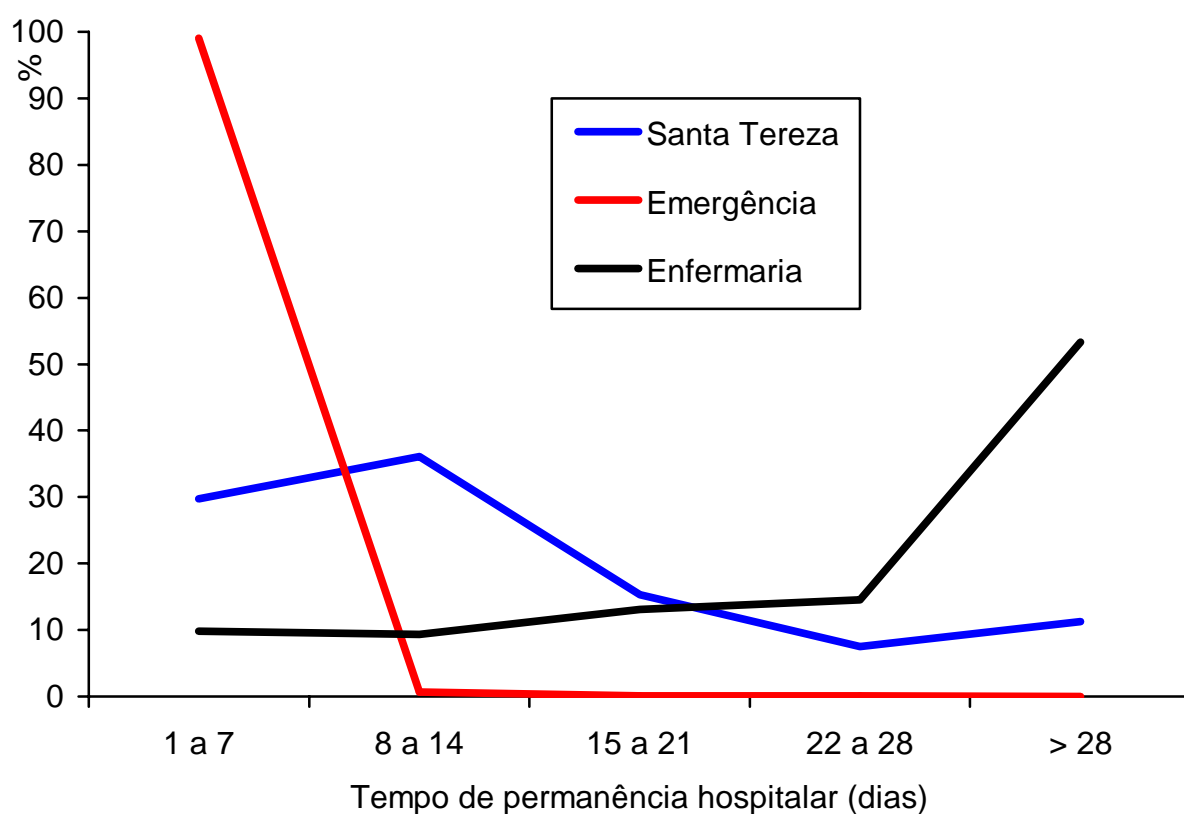


Gráfico 1 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar (dias) das internações que ocorreram até duas vezes por paciente segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 1998 – 1999

O Gráfico 2 mostra que no grupo com três ou mais internações por paciente, no período 1998-1999, o tempo de permanência hospitalar (dias) tem a maior concentração das permanências com 99,6% (N=244), entre 1 a 7 dias ocorrendo na Emergência. No Santa Tereza o período de maior concentração com 31,7% (N=190) está deslocado para o intervalo de 8 a 14 dias, em segundo lugar vem a concentração de 25,5% (N=153) para o intervalo de 1 a 7 dias e, no intervalo maior que 28 dias observa-se uma concentração de 16,3% (N=98).

A Enfermaria, comparativamente a Santa Tereza e Emergência, tem um número pequeno de pacientes com três ou mais internações, no entanto 55,6% (N=5) dessas internações mostram permanência maior de 28 dias, vindo a seguir 22,2% (N=2) com permanência de 1 a 7 e, por último 11,1% (N=1) para permanências entre 8 a 14 e 22 a 28 dias.

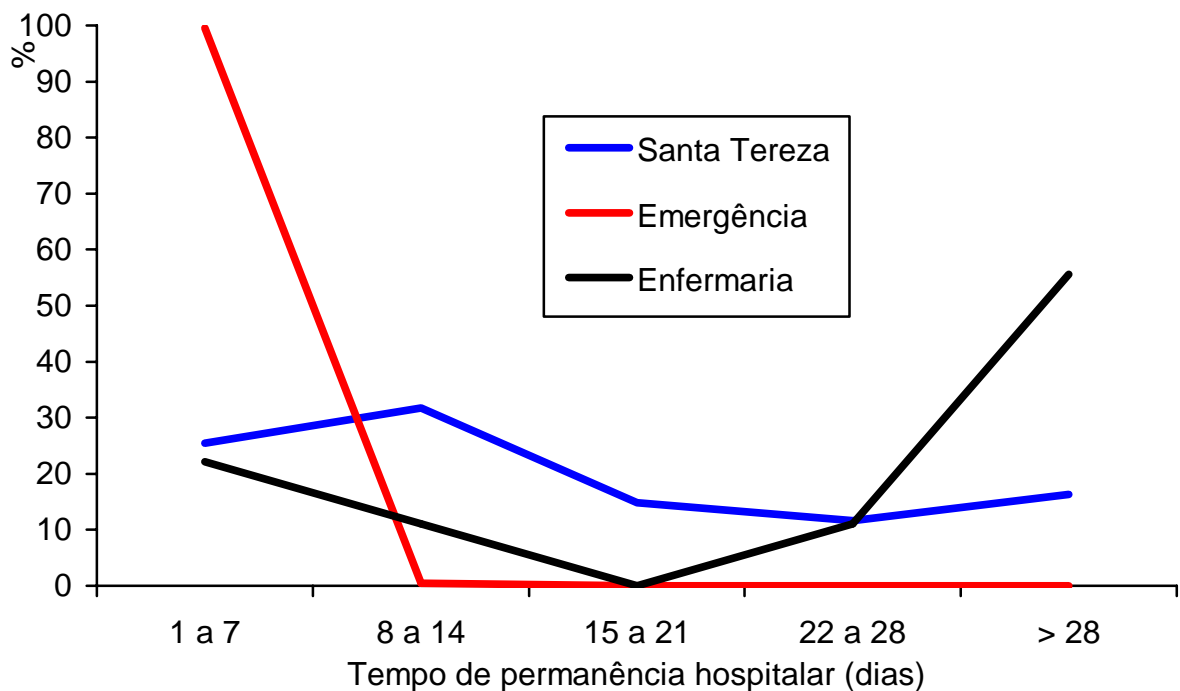


Gráfico 2 – Distribuição do tempo de permanência hospitalar (dias) das internações que ocorreram três vezes ou mais por paciente segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 1998 – 1999

O Gráfico 3 mostra que no grupo com até duas internações por paciente, no período de 2003-2004, o tempo de permanência entre 1 a 7 dias predomina na Emergência com 99,5% (N=1249), enquanto que no Santa Tereza a predominância de 34,4% (N=451) passa para as permanências entre 8 a 14 dias, seguidas por 26,4% (N=346) de 1 a 7 dias e de 15,3% (N=200) de 15 a 21 dias. Na Enfermaria predominam com 35,9% (N=202) as permanências entre 1 a 7 dias, seguidas por 35,5% (N=200), entre 8 a 14 e 16,3% (N=92) com permanência maior de 28 dias.

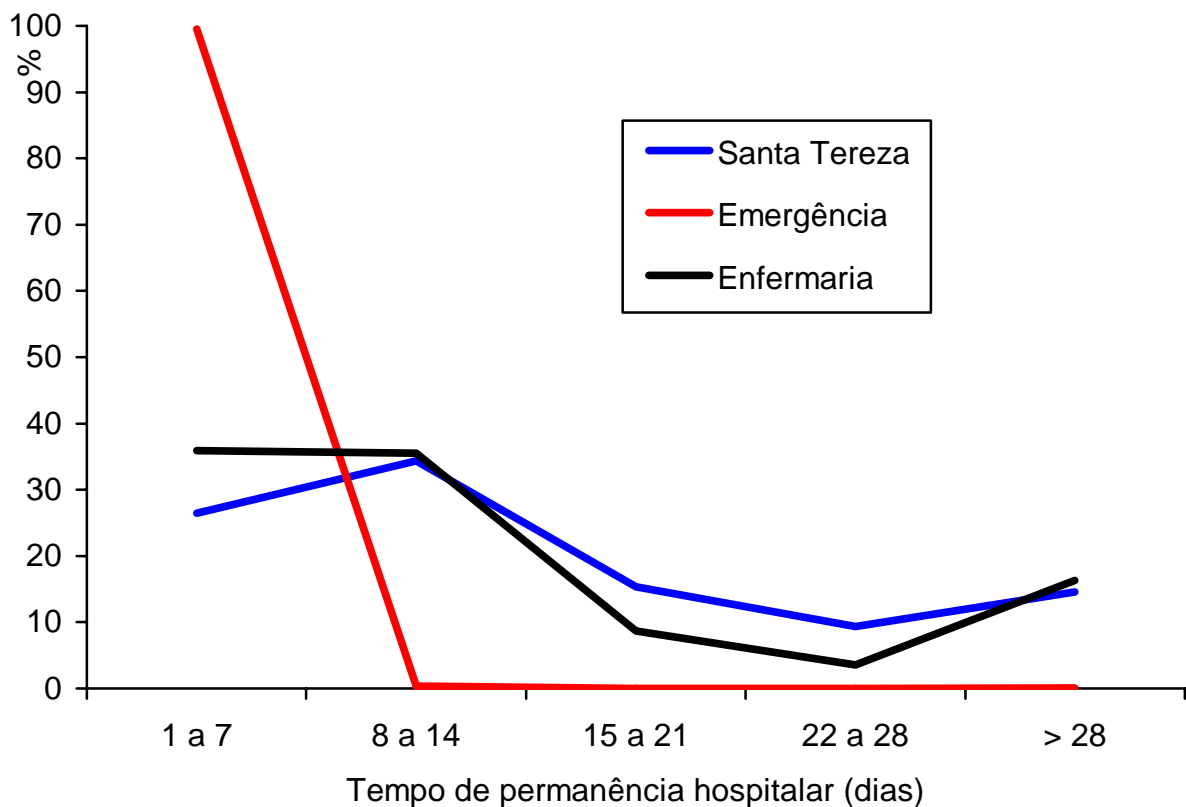


Gráfico 3 – Distribuição do tempo de permanência hospitalar (dias) das internações que ocorreram até duas vezes por paciente segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 2003-2004

O Gráfico 4 mostra o tempo de permanência hospitalar (dias) para o grupo com três ou mais internações por paciente, segundo os Serviços no período de 2003-2004. Evidencia-se que a maior concentração das permanências com 99,7% (N=333), entre 1 a 7 dias, ocorre na Emergência. No Santa Tereza o período de maior concentração com 27,5% (N=181) está deslocado para o intervalo de 8 a 14 dias e, em segundo lugar, vem a concentração de 26,5% (N=172) para o intervalo de 1 a 7 dias e, no intervalo maior de 28 dias, observa-se uma concentração de 19,6% (N=127).

A Enfermaria, comparativamente a Santa Tereza e Emergência têm um número pequeno de pacientes com três ou mais internações, no entanto 31,3% (N=5) dessas internações mostram permanência maior de 28 dias, vindo a seguir as permanências de 1 a 7 e 8 a 14 dias, ambas, com 25,0% (N=4).

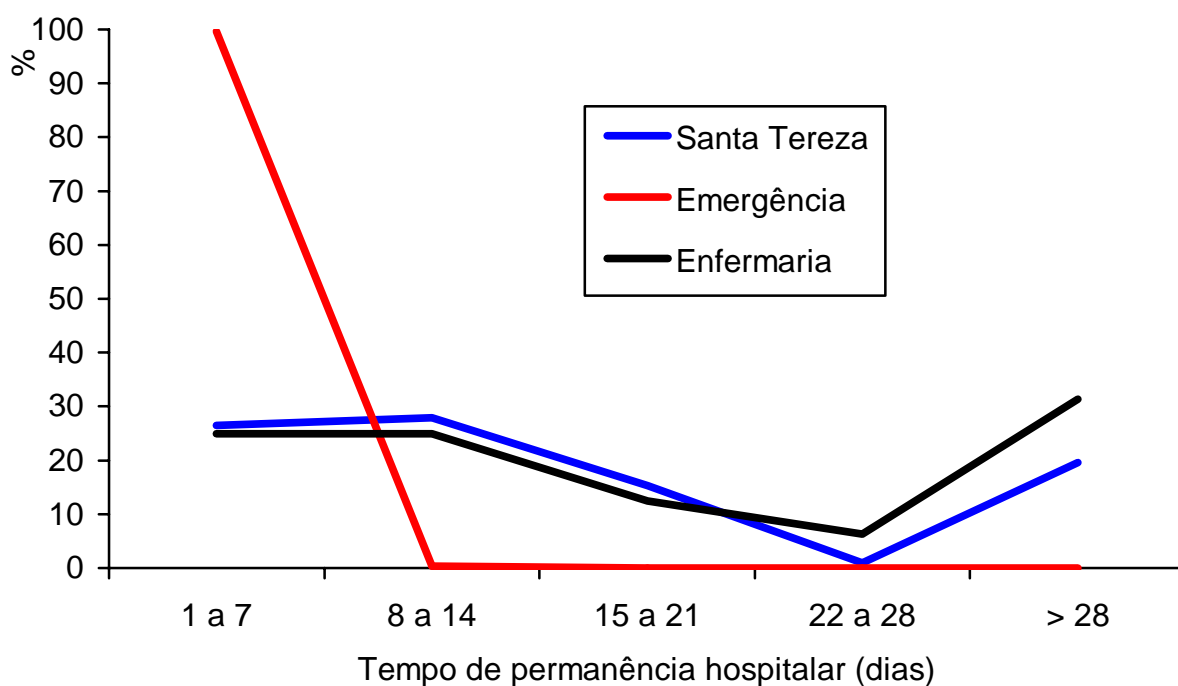


Gráfico 4 - Distribuição do tempo de permanência hospitalar (dias) das internações que ocorreram três vezes ou mais por paciente segundo três Serviços, Ribeirão Preto-SP, 2003-2004

A Tabela 7 apresenta a duração média de internação para o grupo com até duas e com três ou mais internações nos períodos de 1998-1999 e 2003-2004. Observa-se que no primeiro período a duração média de internação variou de 9 dias no grupo com até duas internações para 13 dias no grupo com três ou mais internações. A análise estatística (teste $t = -7,22$, $p < 0,001$) revelou que existe diferença significativa de quatro dias entre as médias.

Já no segundo período a duração média de internação variou de 10,7 no grupo com até duas internações para 12,8 dias no grupo com três ou mais internações. A análise estatística (teste $t = 3,76$ $p = 0,001$) revelou que existe diferença significativa de dois dias entre as médias.

Fica evidente que em ambos os períodos a duração média de internação foi maior no grupo com três ou mais internações.

Tabela 7 – Duração média de internação segundo os períodos de 1998-1999 e 2003-2004, Ribeirão Preto-SP

	1998-1999		2003-2004	
	Até duas internações	três ou mais internações	Até duas internações	três ou mais internações
Duração média de internação	9	13	10,7	12,8

Na construção das Tabelas 8, 9, 10, 11, 12 e 13, que descrevem características demográficas e clínicas, utilizou-se o número de pacientes e não o número total de internações e repetições de internações.

A Tabela 8 mostra que no período 1998-1999, os grupos diagnósticos mais freqüentes foram Transtornos Relacionados ao Álcool, Esquizofrenia e Episódio maníaco/ Transtorno Afetivo Bipolar, tanto entre pacientes com até duas internações como com três ou mais internações.

Os três diagnósticos mais freqüentes, Alcoolismo, Esquizofrenia e Episódio maníaco/ Transtorno Afetivo Bipolar correspondem a 63,4% (N=1617) dos pacientes com até duas internações e a 65,2% (N=135) dos pacientes com três ou mais internações.

No total de 2551 pacientes, com até duas internações, os Transtornos Relacionados ao Álcool são os mais freqüentes com 29,8% (N=759), vindo em segundo lugar a Esquizofrenia com 19,6% (N=501). Os valores elevados para Alcoolismo são produzidos, praticamente em partes iguais, por Santa Tereza (30,5%; N=356) e Emergência (33,6%; N=401) e de apenas 1,1% (N=2) na Enfermaria. A Esquizofrenia apresenta a mesma freqüência relativa de 22,6% no Santa Tereza (N=264) e na Enfermaria (N=43), que diminui para 16,1% (N=194) na Emergência.

No total de 207 pacientes, com três ou mais internações, a Esquizofrenia é a mais freqüente com 28,5% (N=59), vindo em segundo lugar os Transtornos Relacionados ao Álcool com 19,3% (N=40). Os valores maiores da Esquizofrenia aparecem mais no Santa Tereza, com 30,8% (N=44), na Emergência com 24,6% (N=15) e sem registro na Enfermaria. Os Transtornos Relacionados ao Álcool apresentam uma proporção de 26,2% (N=16) na Emergência, que diminui para 16,8% (N=24) no Santa Tereza e sem ocorrência na Enfermaria. É notável a quase ausência de pacientes com três ou mais internações na Enfermaria, salvo apenas três casos com diagnóstico de Transtornos Depressivos.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes com até duas e três ou mais internações segundo grupos diagnósticos (CID-10) e três Serviços, no período de 1998-1999, Ribeirão Preto-SP

GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CID-10)	PACIENTES COM ATÉ DUAS INTERNAÇÕES						PACIENTES COM TRÊS OU MAIS INTERNAÇÕES									
	SANTA TEREZA		EMERGÊNCIA ENFERMARIA		TOTAL		SANTA TEREZA		EMERGÊNCIA ENFERMARIA		TOTAL					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Alcoolismo	356	30,5	401	33,6	2	1,1	759	29,8	24	16,8	16	26,2	—	—	40	19,3
Outras dependências	78	6,7	70	5,9	4	2,0	152	6,0	8	5,6	3	5,0	—	—	11	5,3
Esquizofrenia	264	22,6	194	16,1	43	22,6	501	19,6	44	30,8	15	24,6	—	—	59	28,5
Transtornos psicóticos	108	9,3	137	11,5	30	15,8	275	10,8	21	14,7	—	—	—	—	21	10,1
Episódio maniaco/ Transtorno Afetivo Bipolar	172	14,7	137	11,5	48	25,3	357	14,0	25	17,5	11	18,0	—	—	36	17,4
Transtornos depressivos	48	4,1	70	5,9	33	17,4	151	5,9	3	2,0	—	—	3	100,0	6	3,0
Transtornos de personalidade	47	4,0	59	4,9	10	5,3	116	4,5	7	4,9	11	18,0	—	—	18	8,7
Outros	94	8,1	126	10,6	20	10,5	240	9,4	11	7,7	5	8,2	—	—	16	7,7
TOTAL	1167	100,0	1194	100,0	190	100,0	2551	100,0	143	100,0	61	100,0	3	100,0	207	100,0

A Tabela 9 mostra que no período 2003-2004, os grupos diagnósticos mais freqüentes entre pacientes com duas ou mais internações foram Esquizofrenia, Episódio Maníaco/ Transtorno Afetivo Bipolar e Transtornos Relacionados ao Álcool, no entanto, entre pacientes com três ou mais internações os Transtornos de Personalidade assumem a segunda posição depois da Esquizofrenia e à frente de Episódio Maníaco/ Transtorno Afetivo Bipolar e Alcoolismo.

Ressalta-se também que Esquizofrenia assume o primeiro lugar tanto entre pacientes com até duas como com três ou mais internações. Os Transtornos Depressivos com 10,8% (N=299), entre pacientes com até duas internações, ultrapassaram os Transtornos Psicóticos ((8,5%; N=236)

No total de 2770 pacientes, com até duas internações, a Esquizofrenia aparece em primeiro lugar com 19,4% (N=536). A seguir, em segundo lugar, aparece Episódio maníaco/ Transtornos Afetivos Bipolares com 18,4% (N=511). O Alcoolismo cai para o terceiro posto com 16,6% (N=460). Chama a atenção que os Transtornos Depressivos com 10,8% (N=299) passam a ocupar o quarto lugar e acima dos Transtornos Psicóticos (8,5%; N=236). A Esquizofrenia e Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo Bipolar apresentam a maior freqüência relativa de 24% (N=264) na Enfermaria.

No total de 250 pacientes, com três ou mais internações, a Esquizofrenia, com 25,2% (N=63) é o diagnóstico mais freqüente, vindo em segundo lugar os Transtornos de Personalidade com 15,6% (N=39). A Esquizofrenia aparece com uma maior freqüência de 30,2% (N=49) no Santa Tereza, enquanto os Transtornos de Personalidade aparecem com uma freqüência maior de 20,5% (N=17) na Emergência.

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes com até duas e três ou mais internações segundo grupos diagnósticos (CID-10) e três Serviços, no período de 2003-2004, Ribeirão Preto-SP

GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CID-10)	PACIENTES COM ATÉ DUAS INTERNAÇÕES						PACIENTES COM TRÊS OU MAIS INTERNAÇÕES									
	SANTA TEREZA		EMERGÊNCIA		ENFERMARIA		SANTA TEREZA		EMERGÊNCIA		ENFERMARIA		TOTAL			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Alcoolismo	237	21,1	199	17,8	24	4,5	460	16,6	14	8,6	15	18,1	—	—	29	11,6
Outras dependências	92	8,2	55	4,9	6	1,1	153	5,5	13	8,0	4	4,8	—	—	17	6,8
Esquizofrenia	220	19,6	188	16,9	128	24,0	536	19,4	49	30,2	12	14,5	2	40,0	63	25,2
Transtornos psicóticos	109	9,7	80	7,2	47	8,8	236	8,5	15	9,3	6	7,2	—	—	21	8,4
Episódio maníaco/ Transtorno Afetivo Bipolar	209	18,6	174	15,6	128	24,0	511	18,4	28	17,3	8	9,6	1	20,0	37	14,8
Transtornos depressivos	54	4,8	151	13,5	94	17,6	299	10,8	8	4,9	10	12,0	1	20,0	19	7,6
Transtornos de personalidade	62	5,5	83	7,4	24	4,5	169	6,1	22	13,6	17	20,5	—	—	39	15,6
Outros	139	12,4	185	16,6	82	15,4	406	14,7	13	8,0	11	13,3	1	20,0	25	10,0
TOTAL	1122	100,0	1115	100,0	533	100,0	2770	100,0	162	100,0	83	100,0	5	100,0	250	100,0

As Tabelas 10, do período 1998-1999, e 11 do período 2003-2004, exibem a distribuição dos grupos diagnósticos dos pacientes com até duas e três ou mais internações segundo o sexo. Tanto nos dois períodos como nos dois grupos a participação masculina é maior, no entanto, algumas diferenças percentuais existem e variam de acordo com o grupo diagnóstico. No período 1998-1999 a percentagem do sexo masculino era de 63% (N=1734), quando comparado ao sexo feminino de 37% (N=1024). Já, no período 2003-2004, a percentagem masculina continuou majoritária, mas diminuiu para 57%(N=1714), enquanto a feminina subiu para 43% (N=1306).

Na Tabela 10, no grupo de pacientes com até duas internações, Alcoolismo (43,2%;N=691) e Esquizofrenia (18,2%;N=292) são majoritários no sexo masculino e Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo Bipolar (23,7%;N=225) e Esquizofrenia (22,0%;N=209), são majoritários no sexo feminino. No grupo de pacientes com três ou mais internações Esquizofrenia (31,6%;N=42) e Alcoolismo (26,3%;N=35) são majoritários no sexo masculino e Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo Bipolar (29,7%;N=22), Esquizofrenia (23,0%;N=17) e Transtornos de Personalidade (13,5%;N=10), são majoritários no sexo feminino.

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes com até duas e três ou mais internações segundo grupos diagnósticos (CID-10) e sexo no período de 1998-1999, Ribeirão Preto-SP

GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CID-10)	PACIENTES COM ATÉ DUAS INTERNAÇÕES						PACIENTES COM TRÊS OU MAIS INTERNAÇÕES					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcoolismo	691	43,2	68	7,2	759	29,8	35	26,3	5	6,8	40	19,3
Outras dependências	122	7,6	30	3,2	152	6,0	10	7,5	1	1,4	11	5,3
Esquizofrenia	292	18,2	209	22,0	501	19,6	42	31,6	17	23,0	59	28,5
Transtornos Psicóticos	145	9,1	130	13,7	275	10,8	12	9,0	9	12,2	21	10,1
Episódio maníaco/ Transtorno Afetivo Bipolar	132	8,2	225	23,7	357	14,0	14	10,5	22	29,7	36	17,4
Transtornos depressivos	50	3,1	101	10,6	151	5,9	2	1,5	4	5,4	6	2,9
Transtornos de personalidade	29	1,8	87	9,2	116	4,5	8	6,0	10	13,5	18	8,7
Outros	140	8,7	100	10,5	240	9,4	10	7,5	6	8,1	16	7,7
TOTAL	1601	100,0	950	100,0	2551	100,0	133	100,0	74	100,0	207	100,0

Na Tabela 11, no grupo de pacientes com até duas internações, Alcoolismo (26,5%;N=417), Esquizofrenia (21,6%;N=341) e Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo Bipolar (12,9%;N=204) são majoritários no sexo masculino e Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo Bipolar (25,6%;N=306), Transtornos Depressivos (20,0%;N=239) e Esquizofrenia (16,3%;N=195) são majoritários no sexo feminino. No grupo de pacientes com três ou mais internações Esquizofrenia (29,%;N=40), Alcoolismo (18,8%;N=26) e Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo Bipolar (10,1%;N=14), são majoritários no sexo masculino e Transtorno de Personalidade (25,9%;N=29), Esquizofrenia (20,5%;N=23) e Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo Bipolar (20,5%;N=23), são majoritários no sexo feminino.

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes com até duas e três ou mais internações segundo grupos diagnósticos (CID-10) e sexo no período de 2003-2004, Ribeirão Preto-SP

GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CID-10)	PACIENTES COM ATÉ DUAS INTERNAÇÕES				PACIENTES COM TRÊS OU MAIS INTERNAÇÕES							
	MASCULINO N	MASCULINO %	FEMININO N	FEMININO %	TOTAL N	TOTAL %	MASCULINO N	MASCULINO %	FEMININO N	FEMININO %	TOTAL N	TOTAL %
Alcoolismo	417	26,5	43	3,6	460	16,6	26	18,8	3	2,7	29	11,6
Outras dependências	131	8,3	22	1,8	153	5,5	13	9,4	4	3,6	17	6,8
Esquizofrenia	341	21,6	195	16,3	536	19,4	40	29,0	23	20,5	63	25,2
Transtornos psicóticos	132	8,4	103	8,6	235	8,5	9	6,5	12	10,7	21	8,4
Episódio maniaco/ Transtorno Afetivo Bipolar	204	12,9	306	25,6	510	18,4	14	10,1	23	20,5	37	14,8
Transtornos depressivos	123	7,8	239	20,0	362	13,1	8	5,8	10	8,9	18	7,2
Transtornos de personalidade	41	2,6	128	10,7	169	6,1	10	7,2	29	25,9	39	15,6
Outros	187	11,9	158	13,2	345	12,5	18	13,0	8	7,1	26	10,4
TOTAL	1576	100,0	1194	100,0	2770	100,0	138	100,0	112	100,0	250	100,0

As Tabelas 12, do período 1998-1999, e 13 do período 2003-2004, exibem a distribuição das faixas etárias dos pacientes com até duas e três ou mais internações, sendo que as faixas etárias de 25 a 34 e 34 a 44 anos são as mais freqüentes.

Na Tabela 12, as duas faixas etárias compreendidas entre 25 a 44 anos correspondem a 56,2% (N= 1435) dos pacientes com até duas internações e a 70,0% (N=145) dos pacientes com três ou mais internações. Esse aumento relativo do número de pacientes para uma mesma faixa etária, entre pacientes com até duas e três ou mais internações é realçado na faixa etária entre 25 a 34 anos, que mostra um salto relativo de 27,1% (N=692) para 38,6% (N=80).

Tabela 12 – Distribuição dos pacientes com até duas e com três ou mais internações segundo faixa etária (anos) no período de 1998-1999, Ribeirão Preto-SP

Faixa etária (anos)	Pacientes com até duas internações		Pacientes com três ou mais internações	
	N	%	N	%
10 a 14	23	0,9	1	0,5
15 a 19	210	8,2	8	3,9
20 a 24	249	9,8	21	10,1
25 a 34	692	27,1	80	38,6
35 a 44	743	29,1	65	31,4
45 a 54	403	15,8	21	10,1
55 a 64	140	5,5	8	3,9
65 e +	91	3,6	3	1,4
TOTAL	2551	100,0	207	100,0

Na Tabela 13, como foi observado na Tabela 12 as duas faixas etárias compreendidas entre 25 a 44 anos correspondem a 50,5% (N= 1398) dos pacientes com até duas internações e a 64,8% (N=162) dos pacientes com três ou mais internações. Esse aumento relativo do número de pacientes para uma mesma faixa etária, entre pacientes com até duas e três ou mais internações é realçado na faixa etária entre 25 a 34 anos, que mostra um salto relativo de 24,2% (N=670) para 32,8% (N=82).

Tabela 13 – Distribuição dos pacientes com até duas e com três ou mais internações segundo faixa etária (anos) no período de 2003-2004, Ribeirão Preto-SP

Faixa etária (anos)	Pacientes com até duas internações		Pacientes com três ou mais internações	
	N	%	N	%
10 a 14	28	1,0	1	0,4
15 a 19	196	7,1	5	2,0
20 a 24	336	12,1	32	12,8
25 a 34	670	24,2	82	32,8
35 a 44	728	26,3	80	32,0
45 a 54	491	17,7	33	13,2
55 a 64	212	7,7	14	5,6
65 e +	109	3,9	3	1,2
TOTAL	2770	100,0	250	100,0

5 DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DA MORBIDADE

Ao separar-se a população de estudo em dois grupos, com até duas internações e com três ou mais internações, buscava-se avaliar se existiriam características peculiares que contribuiriam para a procura de pacientes repetidores de internações por um ou outro Serviço.

A concentração maior é de homens, em ambos os períodos, no entanto, observa-se um aumento da participação feminina naqueles pacientes com três ou mais internações. Provavelmente, porque a distribuição do sexo varia com o grupo diagnóstico, sendo que dos quatro diagnósticos mais encontrados no estudo dois deles, Transtornos Relacionados ao Álcool e Esquizofrenia, são mais prevalentes entre os homens e os outros dois, Episódio maníaco/ Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno de Personalidade, são mais prevalentes entre as mulheres. Estes resultados estão de acordo com a literatura que mostra uma alta frequência deles entre os pacientes que reinternam várias vezes. (KASTRUP, 1987; LEWIS; JOYCE, 1990; CASPER et al.,1991).

Segundo Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2001, mais de 25% dos indivíduos desenvolve um ou mais transtornos mentais e comportamentais, em algum momento de suas vidas, sendo que das dez doenças mais incapacitantes de todo mundo, cinco são de origem psiquiátrica: Depressão, Transtorno Afetivo Bipolar, Alcoolismo, Esquizofrenia e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Estimou-se que em 2000, 12,3% de todas as doenças e prejuízos foram devido aos transtornos mentais e neurológicos com projeções de aumento para 15% no ano de 2020. As

projeções indicam que as Depressões, especialmente as Unipolares, serão a principal causa de incapacitação em 2020, sendo que 5,8% de homens e 9,5% de mulheres vão experimentar um Episódio Depressivo em um período de 12 meses.

Já para a Esquizofrenia, estima-se que 24 milhões de pessoas em todo mundo sofrem deste transtorno severo, com início tipicamente na adolescência e adulto jovem que juntamente com os Transtornos Depressivos são responsáveis por 60% de todos os suicídios (OMS, 2001).

Almeida-Filho et al. (1992) estudando morbidade psiquiátrica em áreas urbanas, encontrou que as Depressões não psicóticas ocupam uma posição importante, afetando particularmente o sexo feminino, com prevalência de até 14% em uma das regiões metropolitanas pesquisadas. O mesmo estudo mostrou que o Alcoolismo acomete principalmente o sexo masculino com frequência 11 vezes maior quando comparados com o sexo feminino e alcançando prevalências globais e estimativas de demanda de até 9%.

Gastal et al.(2000) relata maior ocorrência de reinternações em jovens com diagnóstico de Esquizofrenia. Goodpastor e Hare (1991), ao estudar fatores associados com múltiplas reinternações, verificam que mais de um terço das reinternações são devidas à Esquizofrenia, variando com o sexo, sendo os Transtornos Afetivos mais prevalentes entre as mulheres e Esquizofrenia e Substâncias de Abuso, com destaque para o álcool, mais prevalentes entre os homens. Haywood et al. (1995) ao investigar o fenômeno da “porta-giratória” entre os pacientes com Esquizofrenia, Esquizoafetivos e Transtornos Afetivos, encontrou como um dos fatores complicadores a associação entre álcool e drogas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicotivas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. O uso indevido de álcool e tabaco tem a maiores prevalências globais, trazendo também as mais graves conseqüências para a saúde pública mundial. A prevalência dos transtornos relacionados ao álcool em adultos, foi estimada por volta de 1,7% mundialmente, sendo 2,8% para os homens e 0,5% para as mulheres.

Estudo realizado pelo Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde e Universidade de Harvard (MURRAY e LOPES², 1996 apud OMS, 2001) sobre a carga global das doenças estimou que o álcool seria responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, bem como 3,5% do total de anos vividos ajustados para incapacidade. Esta carga inclui transtornos físicos (como Cirrose Hepática) e lesões decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos, por exemplo) atribuídos ao álcool.

Os resultados para o Alcoolismo do presente estudo acompanham a importância que é atribuída a esse diagnóstico na literatura nacional e internacional. Nos resultados atuais cabe perguntar por que na DRS-XIII Alcoolismo é tratado apenas no Santa Tereza e na Emergência e, excepcionalmente, na Enfermaria?

As respostas a essa questão são três. O Santa Tereza tem a única Unidade Especializada para tratamento de Alcoolismo, logo a ele é encaminhada a grande maioria dos alcoolistas que demandam internação.

² MURREAY, C.J.L. e LOPEZ, A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability form disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. **Global Burden of Disease and Injury Series, vol. I.** Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.

A Emergência Psiquiátrica que compete com o Santa Tereza no tratamento do Alcoolismo assumiu, em Ribeirão Preto, importância ímpar no cenário da Reforma Psiquiátrica, pois de acordo com a política do Ministério da Saúde para prevenção e tratamento dos dependentes químicos, deve ser oferecida assistência em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), aliada aos Programas de Saúde da Família, Programas de Agentes Comunitários da Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.

Estimula-se aperfeiçoar a assistência aos casos de maior gravidade em dispositivos de maior complexidade, como os serviços de Emergências Médicas (Geral e Emergência Psiquiátrica), principalmente para o atendimento de urgências nas intoxicações e abstinências graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos; o mesmo devendo ocorrer em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais (MS, 2004). O Serviço de Emergência do presente trabalho enquadra-se como um desses dispositivos inserido em um Pronto Socorro Geral, disponível 24 horas e com todos os recursos para o diagnóstico e tratamento dos casos graves.

Resta questionar por que são tratados tão poucos alcoolistas na Enfermaria? A resposta é simples. Esses pacientes devem, modernamente, ser tratados em unidades especializadas o que não é o caso da Enfermaria que é dedicada ao tratamento das Psicoses e Transtornos do Humor. Essa especialização da Enfermaria pode ser observada na Tabela 9 onde os Diagnósticos de pacientes até duas internações como Esquizofrenia, Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo Bipolar, Transtornos Depressivos e Transtornos Psicóticos somam 73,6% de um total de 2770 pacientes tratados.

Reinaldo e Contel (1997) demonstraram que, em um período de 60 dias, um terço das emergências psiquiátricas em Ribeirão Preto corresponderam ao Alcoolismo. Oliveira e Luis (1996) encontraram que, no período de 1988-1990, da população total atendida, somando-se os diagnósticos referentes ao consumo de álcool, estes ficam em segundo lugar na relação de diagnósticos principais, no setor de Emergências Psiquiátricas de Ribeirão Preto.

No presente estudo, a exemplo das citações anteriores, a importância do Alcoolismo persiste elevada, tanto no primeiro como no segundo período de estudo. No entanto, comparativamente, diminui no segundo período. Dois eventos paralelos, um CAPS ad e leitos especializados para tratamento dessa patologia, podem ter concorrido para explicar esse resultado. Mesmo assim, a prevalência desse diagnóstico ao persistir elevada parece exigir uma ampliação da cobertura ora existente.

No entanto, há muito a ser feito nesta área, pois hoje existem no Brasil 91 CAPS ad, sendo que cada um deve dar cobertura a 100 mil habitantes (DELGADO et al., 2007) e em Ribeirão Preto, existe um único CAPS ad (Portal Saúde, Ribeirão Preto-SP, 2006) para atender uma população com mais de 500 mil habitantes. Assim, a rede de atendimento para estes pacientes não foi construída paulatinamente de acordo com o fechamento dos leitos psiquiátricos e os serviços ora existentes em Ribeirão Preto parecem estar sendo insuficientes para manter esta clientela fora das reinternações no Santa Tereza e na Emergência.

Nesse caso Ribeirão Preto seria uma de tantas regiões brasileiras que, segundo Laranjeira (2006), está carente de programas específicos financiados pelo governo federal tanto na prevenção como no tratamento para os dependentes químicos. Os familiares destes pacientes sentem-se desamparados, muitas vezes

procurando auxílio em programas que carecem de assistência técnica, tendo como opções de tratamento por internação as duas mil comunidades terapêuticas que não recebem dinheiro do SUS.

O Ministério da Saúde considera que os transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool 10 vezes maior do que o consumo das drogas ilícitas, exigindo uma articulação efetiva e inventiva entre a rede de cuidados e outras políticas setoriais, como justiça, segurança pública, trabalho, educação e ação social (DELGADO et al., 2007).

No entanto, o Brasil posicionou-se e votou contra o aumento do preço de bebidas alcoólicas como medida preventiva na reunião da Organização Mundial de Saúde (*World Health Assembly*) em 2005, na qual foi discutida uma política mundial para o álcool. Essa é uma das medidas mais eficazes para diminuir o consumo de álcool, já testada em dezenas de países e seria especialmente válida como política no Brasil, onde um litro de cachaça custa menos que meio dólar e menos que uma garrafa de dois litros de refrigerante (LARANJEIRA, 2006).

De acordo com a OMS (2001), medidas de controle do uso de bebidas alcoólicas devem ser tomadas restringindo seu consumo e disponibilidade, controlando o número, tipo e quantidade de horas abertas dos serviços que vendem estas bebidas.

Os diagnósticos de Esquizofrenia e Episódio maníaco/ Transtorno Afetivo Bipolar, estão em primeiro e segundo lugar, respectivamente, nos pacientes com três ou mais internações, no período de 1998-1999. No período de 2003-2004, estão em primeiro e terceiro lugar. Porque são mais prevalentes no Santa Tereza em ambos os períodos? Uma possibilidade de resposta seria que esses pacientes

recebem no Santa Tereza um tempo de permanência hospitalar curto, ou dito de outro modo, recebem alta hospitalar precoce de 8 a 14 dias. Na Enfermaria dois resultados, o pequeno número desses pacientes e um tempo de permanência hospitalar maior que 28 dias, parece concorrer para se evitar o fenômeno da “porta giratória”, pois foram apenas três pacientes em 1998-1999 e cinco em 2003-2004.

Estudo retrospectivo realizado por Hallak et al. (2003) mostraram uma correlação positiva entre o aumento da porcentagem de pacientes com diagnóstico de Transtornos Afetivos e Esquizofrenia e o aumento do tempo de permanência hospitalar na Enfermaria. Provavelmente, a explicação seja a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, que direcionaram estes pacientes para o hospital geral (FISHER et al.³ 1992b apud HALLAK et al. 2003). Nos Estados Unidos, entre 1969 e 1981 o tratamento dos transtornos mentais aumentou para 28,4% em hospital geral, ao passo que diminuiu em 34,9% em hospitais psiquiátricos convencionais. (GOLDMAN, H.H.; TAUBE C.A. e JENCKS, S.F.⁴ 1987 apud HALLAK et al. 2003).

A gravidade destes transtornos severos e persistentes, especialmente tratados na Enfermaria merece uma reavaliação do tempo ideal de permanência hospitalar e revisão dos programas de cuidados extra-hospitalares (HALLAK et al., 2003). Ainda que muitos estudos não mostrem vantagens em uma longa permanência hospitalar, um tempo mínimo eficaz de permanência é necessário para realização do diagnóstico correto e tratamento (MAIN⁵ et al., 1993 apud HALLAK et al, 2003; HIRSCH⁶ et al., 1992 apud HALLAK et al, 2003).

³ FISHER et al. The role of general hospitals in the privatization of inpatient treatment for serious mental illness. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 43, p. 1114-1119, 1992b.

⁴ GOLDMAN, H.H., TAUBE, C.A. e JENCKS, S.F. The organization of the psychiatric inpatient service system. **Medical Care**, v. 25, p. 6-21, 1987.

⁵ MAIN et al. Effects of treatment and alternative care on length of stay on a general hospital psychiatric unit – results of an audit. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.38, p.38-45, 1993.

⁶ HIRSCH et al. Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. **British Medical Journal**, v.1, p.442-446, 1979.

Caso consideremos 8 a 14 dias, como vistos no Santa Tereza, como altas precoces e 28 dias, como visto na Enfermaria, como altas de tempo de permanência adequado, pode-se concluir que alguma coisa está pressionando o primeiro Serviço a esse procedimento. Nesse caso haveria uma pressão agressiva para a redução do número de leitos e, como consequência, os leitos remanescentes precisariam rodar mais rápido para dar conta de uma antiga clientela, ainda sintomática que entra-e-sai, e dos novos pacientes que surgem. Não é difícil imaginar que um Serviço como o Santa Tereza que tinha 1117 leitos em 1974 e que passaram a 100 leitos, para o rodízio da pacientes denominados agudos, durante o presente estudo, esteja submetido á pressão das altas precoces. De mais esse achado não é estranho aos investigadores em psiquiatria hospitalar desde que a redução agressiva de leitos foi iniciada nos EUA, em 1991.

Outra questão importante a ser discutida é o aumento dos diagnósticos de Transtornos de Personalidade de um período para outro nos pacientes com três ou mais internações, que subiu do quinto segundo lugar no total dos diagnósticos em 1998-1999 (N=18, 8,7%) para o segundo lugar em 2003-2004 (N=39, 15,6%), sendo que na Emergência encontra-se como primeiro diagnóstico no período de 2003-2004. Esta prevalência pode indicar maior capacitação e aprimoramento da Emergência na realização do diagnóstico diferencial de tal modo que, outros transtornos antes diagnosticados com outra nomenclatura migraram para Transtornos de Personalidade.

Considerando que muitas vezes o diagnóstico psiquiátrico não escapa de sofrer influências sócio-culturais e econômicas do meio ambiente e considerando que se vive um momento de transição para um mundo globalizado, conhecido também como sociedade da informação, pode-se conjecturar-se que diante de uma

certa anomia social certos segmentos da população poderiam deixar de pautar seu comportamento pelos costumes tradicionais, correndo o risco de serem enquadrados como Transtorno de Personalidade. Cabe aqui também levantar uma questão de índole ética, ou seja, naqueles casos graves de desvio do comportamento para auto e hétero agressão que comportam dois diagnósticos, o psiquiatra pode optar para colocar em primeiro lugar o Transtorno de Personalidade, ao invés de valorizar os sintomas depressivos ou psicóticos, que com grande frequência acompanham esses casos.

Os Transtornos de Personalidade oficialmente conhecidos exibem uma gama bastante variada. Este trabalho apresenta uma limitação por não ter realizado a discriminação de cada transtorno, conforme a classificação do CID-10, tendo sido agrupados todos em Transtornos de Personalidade, mostrando somente uma distribuição bem maior no sexo feminino.

Estima-se que no conjunto da população, de 3 a 10% das pessoas atendem aos critérios diagnósticos de Transtorno de Personalidade, sendo que o Transtorno Borderline, um dos subtipos, não é incomum, pois quase um quinto de todos os pacientes submetidos à internação sofrem deste transtorno – 80% das quais são mulheres (GASCHLER, 2006). Os resultados das Tabelas 10 e 11 mostram claramente que as mulheres predominam de longe sobre os homens, como pode ser observado na Tabela 11, de 2003-2004, no grupo com três ou mais internações, onde os homens apresentam esse diagnóstico na proporção de 7,2% (N=10) e as mulheres 25,9% (N=29).

O grupo de pacientes correspondente à faixa etária predominante de 25 a 34 e 35 a 44 anos na população atendida está presente em ambos os períodos e grupos de pacientes. Esse é o grupo mais economicamente ativo da população o

que está de acordo com os relatos nas pesquisas de Gastal et al.(2000); Goodpastor e Hare (1991) e Oliveira e Luis (1996).

Desta forma, evidencia-se que os Transtornos Mentais e Comportamentais têm um grande impacto nos indivíduos, família e comunidade. Os custos podem ser diretos, relacionados aos tratamentos hospitalar, domiciliar e em serviços comunitários. Nos EUA o tratamento dos pacientes esquizofrênicos atingiu cerca de 2% do PNB em 1989. Uma estimativa do *Office of Health of Economics*, em 1989, demonstrou que os custos do tratamento da Esquizofrenia, juntamente com os custos decorrentes da perda de produtividade, somaram US\$ 4 bilhões por ano na Grã Bretanha (DUNNINGHAM; AGUIAR, 1995). Publicação da Associação Psiquiátrica Americana relatou que os transtornos mentais em geral resultaram em perdas de mais de 250 bilhões de dólares no ano de 1988 (GENTIL, 1998).

Além disso, os custos indiretos relacionados à diminuição de produção e ao sofrimento humano causado pela doença, são enormes. A doença prejudica as habilidades de enfrentamento, tornando os pacientes particularmente propensos a se moverem socialmente para baixo, ingressando em ambientes ainda mais estressantes e empobrecidos. Soares e Menezes (2001) citam o custo das oportunidades perdidas, ou seja, perdas de horas remuneradas no trabalho ou de oportunidades importantes no emprego, diminuição do tempo dispensado ao lazer e ao descanso, o que acaba contribuindo para o estresse psicológico e social e também para o aparecimento de doenças relacionadas ao estresse nos familiares que prestam assistência ao doente.

Menezes e Mann (1993) pesquisando o ajustamento social de pacientes com Esquizofrenia, encontraram que as áreas de funcionamento mais afetadas foram participação nas atividades domésticas, trabalho e isolamento social. Quase 30% da

amostra não tinha nenhuma ocupação e não recebia nenhum tipo de benefício social, e mais de dois terços tinham renda mensal de US\$ 100,00 ou menos.

5.2 REINTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Os resultados, no período de cinco anos, transcorridos entre 1998 -1999 e 2003 -2004, mostram uma nova distribuição das internações psiquiátricas na DRS-XIII, pois houve um aumento unilateral de 6% para 14% das internações na Enfermaria, ou de quase o triplo, de um estudo para outro. Os outros dois Serviços mostraram uma estabilização ou uma tendência para diminuir o número de internações. É provável que esse achado esteja relacionado com a inauguração de oito novos leitos psiquiátricos na Enfermaria, a partir de 2000. Esses leitos tiveram por finalidade destrancar a sobrecarga clínica dos seis leitos da Emergência, na medida em que eles passaram a ser pressionados pela desospitalização agressiva em andamento na DRS-XIII, em especial do Santa Tereza. Esses novos leitos passaram a privilegiar pacientes que, após avaliação na Emergência, supostamente, viriam a ter altas precoces em até duas semanas, caracterizando uma curta permanência.

No entanto, esse resultado, caso Gentil (2004) tenha razão ao dizer que “as pessoas não deixaram de ficar doentes, a demanda é que foi reprimida”, podem indicar uma compressão da demanda regional para internações.

Neste trabalho as durações médias de permanência hospitalar variaram de 9 a 13 dias no período 1998-1999 e de 10,7 a 12,8 dias no período 2003-2004, mostrando uma grande rotatividade dos leitos existentes. Ou seja, acompanhando

as mudanças da Reforma Psiquiátrica o tempo de permanência hospitalar também mudou, sendo reduzido.

Como já se viu anteriormente, com a curta permanência atende-se uma demanda maior com um mesmo número menor de leitos e como os pacientes saem, ainda, com necessidade de atendimento intensivo do ponto de vista psicofarmacológico e psicossocial, o serviço de ambulatório e a família são mais exigidos e precisam responder a essa nova demanda para evitar novas internações dos mesmos pacientes. Considerando-se ainda a possibilidade daqueles pacientes que antes viviam asilados durante longas internações, estarem hoje circulando de hospital em hospital através de curtas internações.

Ainda em relação às altas precoces é preciso citar o estudo realizado por Noranha, Portela e Lebrão (2004), que faz comparações entre Ribeirão Preto e Estado Unidos quanto ao tempo médio de permanência hospitalar de *All Patient Diagnosis Related Groups (AP-DRG)* mostrou que o DRG 430, classificado como psicoses, apresenta uma média de permanência hospitalar muito inferior à verificada nos Estados Unidos, apontando para uma necessidade de uma melhor averiguação do processo de atendimento a estes pacientes, pois seria possível dizer que eles podem estar tendo alta hospitalar precoce. Os AP-DGR constituem-se em um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais gerais que reúne pacientes em grupos, considerando diversas características como impacto no consumo de recursos hospitalares e critérios clínicos.

A presença de uma porcentagem importante de pacientes que repetem três ou mais internações nos dois períodos de estudo caracteriza a existência e a persistência, no tempo de cinco anos transcorrido entre um estudo e outro, do fenômeno da porta giratória no Santa Tereza e na Emergência.

A porta giratória é demonstrada pelos coeficientes de reinternação nestes dois Serviços, isto é, o quociente entre o total de hospitalizações repetidas e o número de pacientes responsáveis pelas mesmas, que no período de 1998-1999 foi de 4,1, mantendo-se em 4,0, no período de 2003-2004. A prevalência da porta giratória foi diferente de um Serviço para outro, sendo maior no Santa Tereza nos dois períodos de estudo quando variou de 30% a 33,1%, e de 15,2% a 21% na Emergência, respectivamente em 1998-1999 e 2003-2004.

As mudanças no modelo de assistência psiquiátrica da DRS-XIII, a partir de 1981, deram origem a uma sinergia entre muitos fatores como a disponibilização de atendimento nas 24 horas aberto à população portadora de transtornos psiquiátricos graves, a desospitalização acelerada, com dramática redução do número de leitos para uma população que cresce menos, mas não para de crescer, a visibilidade do sistema para usuários potenciais, a redução do preconceito para a procura de serviço psiquiátrico, a mudança do paradigma para o atendimento extra-hospitalar, em detrimento das longas internações de outrora, a inserção decidida do hospital universitário no sistema e a administração centralizada das internações e reinternações através da Regulação de Vagas psiquiátricas.

Dois fatores, entendidos como correlatos precisam ser levados em consideração. Um deles foi à diminuição dos atendimentos em Pronto Atendimento e aumento, concomitante, dos atendimentos em Unidade aberta para internação, aqui descrita Emergência, e sua consolidação ao longo de 25 anos, contados a partir de 1981. O outro foi o processo de desinstitucionalização que levou a uma diminuição da população internada no Santa Tereza de 1300 pacientes, em 1969, para 450, vinte anos depois, em 1989. A inauguração do Ambulatório do Santa Tereza, em setembro de 1974 colaborou, em grande medida, para essa diminuição espetacular

de 850 leitos. Na ocasião da sua inauguração esse Ambulatório, de imediato, suprimiu as internações automáticas de porta que, muitas vezes, representava abusos cometidos por familiares, policia e políticos. O Ambulatório instalou e regulamentou o seguimento pós-alta sistemático pelo qual todo paciente que saia de alta tinha garantido seu tratamento psicofarmacológico até o primeiro retorno, criteriosamente agendado. Desde então as internações no Hospital Santa Tereza despencaram.

O índice assustador de reinternações, configurado no passado como um perfil negativo no Ambulatório do Santa Tereza, era relacionado como parte do estoque de problemas assistenciais herdados do hospital-asilo - o Santa Tereza - que lhe dera origem. Hoje, no entanto, esse perfil se desloca para a Emergência e sua capacidade de observação e internação em seis leitos próprios e em, provavelmente, seus oito leitos subsidiários, de curta permanência, localizados na Enfermaria, desde 2000. A administração do fluxo e direção das internações a partir desses 14 leitos chamou para o Hospital Geral Universitário, grande parte do que era antes a clientela que constituía o perfil negativo da assustadora repetição de reinternações no Ambulatório do Santa Tereza. Tanto é assim que no período 2003-2004 os Enfermaria e Emergência suplantaram em número de internações o Serviço Santa Tereza.

Tal resultado visto na Tabela 1, merece ser repetido porque parece representar uma mudança de paradigma na assistência psiquiátrica da DRS-XIII. A comparação do número de internações no Santa Tereza (47,5%), no período 2003-2004, com a soma das internações na Emergência (38,5%), mais as internações na Enfermaria (14,0%) mostra que o hospital geral universitário atende 52,5% do total das internações na DRS-XIII.

No presente trabalho fica evidente que o perfil de depositário predominante de pacientes repetidores de reinternações, na DRS-XIII, migrou passado 25 anos, de um Serviço de Ambulatório para um Serviço de Internação.

Essa sinergia atuando na DRS-XIII há pelo menos 25 anos, desde 1981, criou a necessidade da utilização do conceito da “Porta Giratória”. Esse conceito passa a estudar no hospital um problema que antes era visto como sendo do ambulatório. Expressa nada mais e nada menos que a conjunção de três fatores: um representado pela redução dramática do número de leitos no sistema de atendimento da DRS-XIII, outro pela prática crescente das internações breves e o terceiro pelo inescapável e importante número de pacientes que, apesar, de todos os progressos terapêuticos biopsicossociais e, em especial, dos recursos psicofarmacológicos disponíveis para tratá-los, repetem, mais e mais reinternações.

Qualquer sistema universal, minimamente setorizado, centralizado e compreensivo, organizado para o atendimento aberto, nas 24 horas, à população de pacientes psiquiátricos graves, predominantemente com diagnósticos de Esquizofrenia, Transtornos Relacionados ao Álcool, Episódio Maníaco/Transtorno Afetivo Bipolar e Transtornos de Personalidade com traços demográficos peculiares, ao qual hoje se aproxima o Sistema de Serviços representado por SantaTereza, Emergência e Enfermaria, acaba elegendo um deles como depositário, predominante, de pacientes repetidores de reinternações. No Sistema em questão o Santa Tereza, parece assumir, no tempo histórico atual, essa função, a qual, no passado recente, era assumida, há 25 anos, entre 1976 e 1981, pelo Ambulatório do Santa Tereza.

Merece consideração o fato de não existir um único registro hospitalar e assim, as reinternações foram detectadas em um mesmo paciente somente quando

ocorreram no mesmo Serviço. Tal fato também ocorreu no trabalho de Yazlle Rocha, Simões e Guedes (1997), que estudaram reinternações em 56.293 internações não psiquiátricas de pessoas residentes em Ribeirão Preto-SP, hospitalizadas em 12 hospitais.

Segundo estes autores, para o conhecimento pleno das reinternações seria necessário que houvesse um único registro hospitalar para todos os pacientes do município. Mas apesar desta limitação, os autores acreditam que os resultados do trabalho subestimam, certamente a realidade das reinternações.

No trabalho atual, como no anterior, não foi possível cruzar dados das reinternações de cada paciente em cada um dos três Serviços durante o período de estudo. Assim, um paciente repetidor de reinternações em um serviço não será detectado como ele mesmo, mas como outro, em outro serviço, caso lá também apareça como repetidor.

Sabe-se que existe uma padronização de registro no HCFMRP-USP, de tal modo que um paciente da Emergência leva o mesmo registro quando passa pela Enfermaria e, vice-versa, quando recebe alta da Enfermaria leva de volta o mesmo registro ao ser atendido na Emergência. No entanto, no período de estudo, casos de pacientes repetidores de reinternações no HCFMRP-USP, como esse, não terão somado essas repetições de reinternações, pelo método atual, caso venha a ser internado no Santa Tereza e vice-versa. Ou seja, existe a possibilidade de se subestimar o total das reinternações para um dado paciente que no período de estudo freqüentou os três Serviços como repetidor maior ou menor de reinternações.

Esta limitação poderá ser resolvida com a instituição do Cartão Nacional de Saúde – CARTÃO SUS – como regulamentado pelo Ministério da Saúde do Brasil em Portaria Nº 14, de 4 de janeiro de 2001. Trata-se de um documento pessoal que

identifica o usuário do SUS, reunindo informações pessoais do paciente e dados sobre procedimentos clínicos que já realizou, visando a integração dos sistemas de cadastramento no âmbito do SUS e possibilitando identificar os fluxos dos usuários dos serviços de saúde.

Assim, caso o CARTÃO SUS estivesse disponível, facilmente conseguiríamos realizar a contagem de quantas vezes o mesmo paciente internou em cada Serviço. No entanto, neste trabalho, mesmo com esta limitação, observou-se que a prevalência da porta giratória é diferente de um serviço para o outro.

Rotelli et al. (2001) relatam que a desinstitucionalização psiquiátrica acabou sendo praticada como desospitalização - políticas de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos, redução no período das internações e por um aumento complementar de altas e recidivas. Neste novo cenário os hospitais psiquiátricos seriam reorganizados segundo a lógica do "revolving door". Os resultados do presente trabalho parece ser um retrato atual desse processo em evolução acelerada na DRS-XIII.

Segundo Relatório da Organização Mundial de Saúde (2001), a desinstitucionalização é uma importante parte na reforma do tratamento da doença mental, mas isto não é sinônimo de desospitalização. A desinstitucionalização é um processo complexo que inclui uma rede sólida de serviços alternativos na comunidade. O fechamento dos hospitais sem serviços alternativos na comunidade é tão arriscado como criar serviços alternativos sem fechar os hospitais. Ambos ocorrem simultaneamente; um sadio processo de desinstitucionalização tem três componentes essenciais: 1) prevenção de internações psiquiátricas que poderiam ser mantidas facilmente na comunidade; 2) mudança para a comunidade de pacientes institucionalizados por longo tempo com preparação adequada; e 3)

estabelecimento e manutenção de um sistema de suporte para pacientes não institucionalizados.

Sem dúvida, tais programas devem ser bem dotados de pessoal habilitado e em constante processo de aprimoramento e reavaliações, estimulando a participação de enfermeiras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, recreacionistas, reconhecendo a necessidade de programas multidisciplinares inovadores, os quais extrapolam os limites da psiquiatria (CONTEL 1980; 1984, 1991).

A desinstitucionalização não tem sido um sucesso incondicional e o tratamento na comunidade tem passado por muitos problemas. Uma das razões para a carência de melhores resultados estão nos governos que não alocam recursos conseguidos com o fechamento dos hospitais para a comunidade; os profissionais não tem sido preparado para aceitar as mudanças; e o estigma relacionado aos transtornos mentais ainda é forte, resultando em atitudes negativas para as pessoas com transtornos mentais. Em muitos países há um crescimento da população de desabrigados e pacientes psiquiátricos presos em cadeias (WHO, 2001). Pesquisa realizada no Brasil no ano de 2000 indicava que 23% dos moradores de rua apresentavam problemas mentais graves. Pesquisas semelhantes realizadas nos EUA apontavam que entre 30 à 70% da população de “homeless” tinha doenças mentais graves (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2006). Em Ribeirão Preto essa pesquisa está, ainda, por ser desenvolvida.

Tanto que em vários países já existem discussões a respeito das conseqüências da maciça desospitalização e em especial no Brasil, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), juntamente com a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos, em 9 de

dezembro de 2006, apresentaram ao país As Diretrizes para um Modelo de Assistência em Saúde Mental no Brasil, com várias considerações sobre a política de saúde mental implantada pelo Ministério da Saúde.

Atualmente a assistência aos portadores de Transtornos Mentais tem sido cada vez mais reduzida aos Centros de Atenção Psicossocial, trocando-se um modelo hospitalocêntrico obsoleto por um modelo Capscêntrico ineficaz e insuficiente para atender às necessidades dos pacientes. Em quinze anos o Brasil desativou 80 mil leitos psiquiátricos e segundo Relatório de Avaliação de Programa – Ações de Atenção à Saúde Mental do Tribunal de Contas da União, o número de unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais é baixo em todos os estados visitados, havendo pouca disponibilidade desses leitos, mesmo em hospitais universitários (ABP, 2006).

O Coordenador Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde em debate na Revista Ser Médico de dezembro de 2006, afirmou existir no país 2.500 leitos em hospitais gerais e que deveria existir mais, posto que o CAPS precisa deste leito. Já o número encontrado pela Associação Brasileira de Psiquiatria foi menor do que 2000.

Segundo resumo comparativo realizado pela ABP, o Brasil conta com 0,23 leitos por mil habitantes, sendo mesmo abaixo do padrão definido pelo Ministério da Saúde de 0,45 leitos por mil habitantes e com recursos em Atenção Primária praticamente inexistente e Secundária, mal estruturada, insuficiente e sobrecarregada. Comparando-se com países como Canadá, Inglaterra e Estados Unidos, onde o número de leitos psiquiátricos por mil habitantes é 1,92, 0,58 e 0,95, respectivamente. Considerando-se ainda que Canadá e Inglaterra têm uma rede de Atenção Primária e Secundária bem estruturada e eficaz.

Em relação ao financiamento, o Canadá gasta em média 11% do orçamento total da assistência à Saúde com Saúde Mental; a Inglaterra destina cerca de 10%;

nos Estados Unidos o financiamento consome cerca de 10% e no Brasil, o orçamento que era de 5,8% é hoje cerca de apenas 2,3% (ABP, 2006; MS, 2006).

Andreoli (2007) ao realizar um exame das despesas com ações e serviços em Saúde Mental *per capita* mostra uma queda de 40% (0,05 para 0,03 reais *per capita*), sendo que em 2003, a internação foi o principal gasto com saúde, consumindo 32% das despesas com internações hospitalares realizadas pelo SUS e 86% das despesas de Saúde mental. As demais ações e serviços alternativos aos hospitais consomem apenas os 14% restantes destinados à Saúde Mental.

Os recursos oriundos de aproximadamente 60% dos leitos psiquiátricos do país foram retirados da Saúde Mental e não aplicados na construção de uma rede integrada e eficiente de serviços extra-hospitalares (ANDREOLI, 2007; ABP, 2006).

Segundo Josimar França, Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, os psiquiatras não são contra ou a favor do fechamento de leitos, mas sim a favor da assistência como um todo. A rede substitutiva não tem sido suficiente, sendo necessária uma rede mais ampla com alternativa e que garanta uma assistência de qualidade para a demanda disponível, com base em estudos epidemiológicos (PSIQUIATRIA HOJE, 2006).

Os resultados do presente trabalho ao definir a “porta giratória”, parece demonstrar que o fechamento progressivo de leitos na DRS-XIII, a partir de 1974, data da instalação do Ambulatório Santa Tereza, foi acelerada agressivamente com a atual Reforma Psiquiátrica, a partir de 1992. No momento o sistema de internações centrado nos três Serviços estudados parece estar estressado, em especial, pelos “Pacientes da Porta Giratória” e pela impossibilidade física da Emergência e Enfermaria receber mais pacientes.

6 CONCLUSÕES

- No período de 1998-1999, 207 pacientes, com três ou mais internações, foram responsáveis por 22% das internações o que correspondeu a um coeficiente de reinternação de 4,1.
- No período de 2003-2004, 250 pacientes, com três ou mais internações, foram responsáveis por 24,2% das internações, o que correspondeu a um coeficiente de reinternação de 4,0.
- Os resultados acima caracterizam a existência e persistência do fenômeno da porta giratória, ao longo de cinco anos, nos Serviços estudados.
- A prevalência da porta giratória é diferente de um Serviço para outro, sendo maior no Hospital Santa Tereza nos dois períodos estudados. No período 1998-1999 foi de 30%, subindo para 33,1% no período 2003-2004.
- A duração média da internação de 9 a 13 dias no período 1998-1999 e de 10,7 a 12,8 dias no período 2003-2004 mostra uma grande rotatividade dos leitos existentes.
- Os diagnósticos mais prevalentes foram: Transtornos relacionados ao Álcool, Esquizofrenia, Episódio maníaco/ Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno de Personalidade, compatíveis com a literatura.

- A rotatividade, à custa da curta permanência e a prevalência de diagnósticos graves são duas condições necessárias para o surgimento e persistência do fenômeno da porta giratória no sistema de atendimento psiquiátrico estudado.
- A dramaticidade que sempre acompanha qualquer internação hospitalar e, em especial as internações psiquiátricas involuntárias, a mudança de um ambiente aberto para outro fechado, a contagem do tempo entre o entrar e o sair de alta foram utilizadas no presente trabalho para datar a situação e medir o número de dias transcorridos nas internações e as repetições do evento.

REFERÊNCIAS⁷

ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A.; KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Artmed, 2007. cap.3, p. 84-99.

ALMEIDA-FILHO et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP-APAL**, v.14, n.3, p.93-104, 1992.

APPLEY, L. et al. Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public psychiatric hospital patients. **American Journal of Psychiatry**, Chicago, v.15, n.1, p.72-76, 1993.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil, 2006. Disponível em: <http://abpbrasil.org.br>. Acesso em:

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.40, n.7, p.355-60, 1991

_____. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.42, n.4, p.491-98, 1993

BRASIL. Portaria Nº.189 de 19 de novembro de 1991. Cria procedimentos no atendimento a Saúde Mental. Adota sistemática para internação em psiquiatria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 dez. 1991a, volume 1, p.113.

BRASIL. Portaria Nº.224 de 29 de janeiro de 1992. Normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em psiquiatria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 agos. 1992b, volume 1, p.143.

BRASIL. Portaria Nº 17 de 4 de janeiro de 2001. Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta sua implantação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Nº. 4-E, 5/01/01 ISSN 1415-1537.

⁷ De acordo com: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Lei Nº. 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 69-E, 09 abr. 2001c. Secção 1, p.2.

CAMAROTTI, M. H. Instituição aberta de saúde mental: um novo paradigma de atendimento. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, Brasília, v.8, n.4, p.32-35, 1997.

CATON, C.L.M. et al., Young chronic patients and substance abuse. . **Hospital and Community Psychiatric**, New York, v.40, n.10, p.1037-40, 1989.

CASPER, E. S., ROMO, J. M., FASNACHT, R. C. Readmission patterns of frequent users of inpatient psychiatric services. **Hospital and Community Psychiatric**, New York, v.42, n.11, p.1166-67, 1991.

CONTEL, J. O. B. Hospital Psiquiátrico Regional: Considerações sobre sua origem, atualidade e futuro. **Neurobiologia**, Recife, v.43, n.3, p.265-82, 1980

CONTEL, J. O. B. Diagnóstico psiquiátrico e alternativas de alta médica entre pacientes psiquiátricos de longa permanência hospitalar. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.6, n.3, p. 33-38, 1984

CONTEL, J. O. B. Pensão Protegida: Alternativa Comunitária para Pacientes Psiquiátricos Cronicamente Hospitalizados. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, v.3, n.3, p.186-90, 1981a.

CONTEL, J. O. B. Hospital Psiquiátrico Tradicional: Uma Aproximação aos Diagnósticos da Situação. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.3. n.3, p. 185-9, 1981b.

CONTEL, J. O. B. Quinze anos de hospital-dia: contribuição ao estudo da prática de comunidade terapêutica, psicoterapia de grupo e princípios psicanalíticos em hospital psiquiátrico no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.40, n.4, p.163-69, 1991

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

CONTEL, J. O. B. O Cuidado às Psicoses no Contexto Regional de Ribeirão Preto. In: CICLO DE ESTUDOS EM SAÚDE MENTAL, 6.,1998, Ribeirão Preto. **Anais Esquizofrenias e Outras Psicoses**, Ribeirão Preto: USP, p.41-52, 1998.

DEL-BEN, C. M. et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.5, p.470-76, 1999.

DELGADO, P. G. G. Reforma na assistência à saúde mental. **Revista Ser Médico**, São Paulo, n.37, ano IX, p. 17-23, out/nov/dez-2006

DELGADO, P. G. G. et al. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A.; KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Artmed, 2007. cap.2, p. 38-79.

DUNNINGHAM, W. ; AGUIAR, W. M. O custo social dos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.44, n.8, p. 419-22, 1995.

FISHER, W. H. et al. The relationship between community resources and state hospital recidivism. ". **American Journal Psychiatry**, Chicago, v.149, n.3, p.149-385, 1992a.

FISHER et al. The role of general hospitals in the privatization of inpatient treatment for serious mental illness. **Hospital and Community Psychiatry**, v. 43, p. 1114-1119, 1992b.

GASCHLER, K. Doentes ou algoses?. Tradução de Sérgio Tellari. São Paulo: Viver Mente Cérebro, n.6, p.22-25, 2006.

GASTAL, L. B. et al. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, 2000.

GELLER, J. F. A Historical Perspective on the Role of State Hospitals Viewed From the Era of the "Revolving Door". **American Journal Psychiatry**, Chicago, v.149, n.11, p.526-1533, 1992a.

GELLER, J. F. A report on the "Worst" State Hospital Recidivists in the U.S. **Hospital and Community Psychiatry**, New York, v.43, n.9, p.904-908, 1992b.

GENTIL, V. Reforma Psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.25, n.4, p.148-50, 1998.

GENTIL, V. A ética e os custos sociais da Reforma Psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.5, n.1, março, 2004.

GOLDMAN, H.H., TAUBE, C.A. e JENCKS, S.F. The organization of the psychiatric inpatient service system. **Medical Care**, v. 25, p. 6-21, 1987.

GREEN, J. H. Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. **Hospital and Community Psychiatry**, New York, v. 39, n. 9, p.963-966, September, 1988.

GOODPASTOR, W. A.; HARE, B. K. Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital. **Hospital and Community Psychiatry**, New York, v.42, n.1, p.85-87, 1991.

HALLAK, J. E. C. et al. Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length stay in a general hospital psychiatric unit. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 36, p. 1233-1240, 2003.

HAYWOOD, T. W. et al. Predicting the “revolving door” phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. **American Journal Psychiatry**, Chicago, v.152, n.6, p.856-61, 1995.

HIRSCH et al. Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. **British Medical Journal**, v.1, p.442-446, 1979.

KAPLAN, I. H., SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Contribuições das ciências psicossociais para o comportamento humano. In: _____. **Compêndio de Psiquiatria**, 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a. cap. 4, p. 158-216.

KASTRUP, M. Who became revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. **Acta Psychiatry Scandinavian**, New Zealand, v. 76, n.1, p.80-8, 1987a.

KASTRUP, M. The use of a psychiatric register in predicting the outcome “revolving door patient”. **Acta Psychiatry Scandinavian**, New Zealand, v. 76, n.1, p.552-60, 1987b.

KUMAR, S.; ROBINSON, E.; SINHA, V. K. What leads to frequent re-hospitalisation when community care is not well developed?. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 37 (9), p. 435-440, Sep. 2002.

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

LARANJEIRA, R. Desassistência ao dependente químico e a política do Ministério da Saúde. **Jornal Bimestral da Associação Psiquiátrica de Brasília**, n.7, set/out, 2006.

LAURENTI, R. et al. Fontes de dados de morbidade. In:_____. **Estatísticas de Saúde** 2ª ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1987. cap. 5, p. 77

LEWIS, T; JOYCE, T. R. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. **Acta Psychiatry Scandinavian**, New Zealand, v. 82, n.2, p.130-5, 1990

MAIN et al. Effects of treatment and alternative care on length of stay on a general hospital psychiatric unit – results of an audit. **Canadian Journal of Psychiatry**, v.38, p.38-45, 1993.

MENEZES, P. R.; MANN, A. H. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.5, p.340-9, 1993

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, 2ª edição revista e ampliada, 2004. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A20%política.pdf>. Acesso em 04 abril. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde**. Distribuição dos leitos psiquiátricos SUS e por UF e Hospitais Psiquiátricos Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/visualizar_texto.cfm?idtxt=22919&janela=1 Acesso em 24 junho. 2006.

MORGADO, A.; LIMA, L. A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.43, n.1, p.19-28, 1994.

MURREAY, C.J.L. e LOPEZ, A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. **Global Burden of Disease and Injury Series, vol. I.** Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.

NORANHA, F. M.; PORTELA, M. C.; LEBRÃO, M. L. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup. 2: S242-S255, 2004.

OLIVEIRA, E. R.; LUIS, M. A. V. Distúrbios relacionados ao álcool em setor de urgências psiquiátricas. Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 1996. Disponível em: http://www.scielo.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X19960002000 Acesso em 12 jan. 2003

PATEL, N. C.; DORSON, P. G.; EDWARDS, N.; MENDELSON, S.; CRISMON, M. L. One year rehospitalization rates of patients discharged on atypical versus conventional antipsychotics. **Psychiatric Services**, v.53, n. 7, p. 891-893, July 2002.

PEREIRA, M. G. Morbidade. In:_____. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan,1995b. cap. 5, p. 76-104.

PSIQUIATRIA HOJE. Rio de Janeiro, RJ: Jornal da Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano XXVIII – Número 2 - 2006

REINALDO, M. C.; CONTEL, J. O. B. Reinternações psiquiátricas em pronto-socorro geral universitário: perfil clínico e demográfico. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, v.19, n.2, p.45-52, 1997.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental d dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**, 2ª ed. São Paulo: Hucitec 2001. cap. 1, p. 17-59.

SAARENTO, O.; CHRISTIANSEN, L.; GOSTAS, G.; KAKKO, H.; LONNERBERG, O.; MUUS, S.; SANDLUND, M.; OIESVOLD, T.; HANSSON, L. The nordic comparative study on sectorised psychiatry: repeated emergency admissions to inpatient care during a 1-year follow-up. **European Psychiatry**, Paris, v. 13 (8), p. 385-91, Nov. 1998.

SANTOS, M. E. S. B. et al. Serviços de emergência psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.468-74, 2000.

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

SEADE. Fundação do Sistema Estadual de Análises de Dados. Perfil Municipal – Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php> Acesso em: 10 setem. 2006

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Portal da Cidade de Ribeirão Preto**. A política de Saúde Mental. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/mental/i16atendimento.htm> Acesso em 12 out. 2006

SYTEMA, S.; PHILIP, BURGESS.; TANSELLA, M. Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with Schizophrenia Disorders? A comparative case reister study in Ghoningen, the Netherlands; Victoria, Australia; and South-Verona, Italy. **Schizophrenia Bulletin**, v. 28, n. 2, p. 273-281, 2002.

SURBER, R. W. et al. Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. **Hospital and Community Psychiatry**, New York, v.38, n.10, p.1112-1114, 1991.

SOARES, C. R.; MENEZES, P. R. Avaliação do impacto econômico em famílias de pacientes com transtornos mentais graves. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.28, n.4, p.183-190, 2001.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001: Mental Health: New Understand, New Hope**. Geneva. Disponível em: http://www.who.int/health_topics/mental_health/en/ Acesso em 10 agos. 2002

YAZLLE ROCHA, J. S. Utilização de leitos gerais hospitalares em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.9, p.477-93, 1975.

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

YAZLLE ROCHA, J. S.; SIMÕES, B. J. G.; GUEDES, G. L. M. A assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, 1997 Disponível em: <http://.../scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034891099/000600006&lng=em&nrm=is>. Acesso em. 19/06/2001.

ZUARDI, A. W. Terapêutica Farmacológica. In: CAETANO, D.; FROTA-PESSOA, O.; BECHELLI, L.P.C. **Esquizofrenia: Atualização em Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Atheneu, 1993. cap.13, p.163-71.

ANEXO A – Estrutura da Folha de Alta Hospitalar*

CAMPO	VARIÁVEL	CÓDIGO
HOSPITAL	Nome do hospital	Tabela de hospitais
INICIAIS DO NOME DO PACIENTE	ABCDEFGH...VXZ Maiúsculas	Alfabetica
ENFERMARIA	Berçário Geral	01 15
ESPECIALIDADE	Tipo de especialidade	Tabela de especialidades
N.º DO PACIENTE (Nº PRONTUÁRIO)	000001 a 999999	Transcrição
SEXO	Masculino Feminino Indeterminado	1 2 9
IDADE	recém nascido 01d a 29 dias 01m a 11 meses 01a a 99 dias além de 99 anos Prejudicado	00d 01 - 29d 01m - 11m 01a - 99a 99a 000
OCUPAÇÃO	Adaptação da Classificação Brasileira de Ocupações adotadas pelo Ministério da Saúde	
CATEGORIA DA INTERNAÇÃO	Tipo de convênio	Tabela de categorias de internação
PROCEDÊNCIA	Município do paciente	Tabela de procedência
DATA DA INTERNAÇÃO	Transcrição	
DATA DA ALTA	Transcrição	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Classificação Internacional das Doenças	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	Classificação Internacional das Doenças	
OUTRO DIAGNÓSTICO	Classificação Internacional das Doenças	
DATA OPERAÇÃO	Transcrição	
OPERAÇÃO	Classificação Internacional de Procedimentos em Medicina - OMS	
OUTRAS OPERAÇÕES	Classificação Internacional de Procedimentos em Medicina - OMS	
REOPERAÇÃO	Classificação Internacional de Procedimentos em Medicina - OMS	
CAUSA ACIDENTE, ENVENENAMENTO E VIOLÊNCIA	Classificação Internacional das Doenças	
COMPLICAÇÃO HOSPITALAR	Classificação Internacional das Doenças	
MÉDICO RESPONSÁVEL	Transcrição	CREMESP
CONDIÇÃO DE SAÍDA	Ordem Médica A Pedido Transferido Fuga Óbito c/ autopsia Óbito s/ autopsia	1 2 3 4 7 8
PROCEDIMENTO	Transcrição de código	Tabela SUS

* Extraída do Manual de Códigos – Folha de Alta Hospitalar do Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)