

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO**

**FIGUEIRA (IMIP)**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***

**MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS**

**PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL**

**PSIQUIÁTRICO NO NORDESTE BRASILEIRO**

**LOURDES THALITA MEYER DE ANDRADE CAVALCANTI**

2019

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO**

**FIGUEIRA (IMIP)**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***

**MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS**

**PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL**

**PSIQUIÁTRICO NO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Cuidados Intensivos

Aluna: Lourdes Thalita Meyer de Andrade Cavalcanti

Orientador: Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Coorientadora: Maria do Carmo Vieira da Cunha

Coorientador: Bruno Marcello Mendonça Nascimento

Linha de pesquisa: Gestão e Avaliação em Cuidados Intensivos

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP  
Ficha Catalográfica BAB-013/2020  
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

---

C376p Cavalcanti, Lourdes Thalita Meyer de Andrade

Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes internados em um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro / Lourdes Thalita Meyer de Andrade Cavalcanti. Orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa. Coorientadores: Maria do Carmo Vieira da Cunha; Bruno Marcello Mendonça Nascimento – Recife: Do Autor, 2019.

85 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2019.

1. Saúde mental. 2. Cuidados paliativos. 3. Hospital psiquiátrico. I. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes: orientador. II. Cunha, Maria do Carmo Vieira da: coorientadora. III. Nascimento, Bruno Marcello Mendonça. IV. Título.

CDD 616.89

---

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES  
INTERNADOS EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO  
NORDESTE BRASILEIRO**

**Dissertação de Mestrado em Cuidados Intensivos do Instituto de Medicina Integral**

**Prof. Fernando Figueira (IMIP), submetida à defesa pública na Diretoria de**

**Ensino do IMIP e aprovada pela banca examinadora em 16/09/2019**

---

Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

---

Dra. Maria de Fátima Costa Caminha

---

Dra. Taciana Duque de Almeida Braga

16/09/2019

## DEDICATÓRIA

*À minha amada e sempre presente tia Márcia,  
pelas suas palavras de candura  
e pelos seus gestos de carinho  
que tive a oportunidade de desfrutar.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por sua luz que percorre em todo meu caminho.

Aos meus pais, Helio e Martha, pelo sentimento mais verdadeiro que já experimentei em minha vida.

A dr. Leopoldo Barbosa, pela inspiração, confiança e serenidade de sua orientação.

À dra. Maria do Carmo, por sua ética e direcionamento dentro e além da Psiquiatria.

A dr. Bruno Marcello, pela disponibilidade do acervo bibliográfico indispensável para essa dissertação.

Aos meus amigos e irmãos, André Ayalla, Luis Henrique e Luiz Antônio, pelos exemplos de profissionais e de apoio durante a minha formação e após.

Aos funcionários Severino e Lau, pela disponibilidade sincera ao viabilizar a coleta de dados no arquivo do Hospital Ulysses Pernambucano.

À direção do Hospital Ulysses Pernambucano, por tornar viável a pesquisa em um serviço que exala a riqueza da Psiquiatria em seus alicerces.

Aos docentes e discentes do mestrado, pelo aprendizado acadêmico.

À equipe da Psiquiatria do IMIP, pela demonstração de carinho e de profissionalismo durante a residência médica.

Aos pacientes, por tornar meu amor pela Psiquiatria cada vez maior.

*“O psiquiatra é o protetor do doente mental. Essa função é inerente à sua pessoa. Quando um Governo nomeia um diretor para um hospital de psicopatas, não faz um funcionário de sua confiança. Designa antes um curador nato para esses doentes, um defensor de seus direitos a tratamento humano, à alimentação sadia, a cuidados de enfermagem, à dedicação dos médicos. Aquele que, entre o doente que sofre e o Governo que paga e distribui benefícios, prefere este — não é um psiquiatra.*

*O que permite que sejam desorganizados serviços que encontrou em boa ordem—não é um psiquiatra.*

*O que permite que seus doentes andem nus, cobertos de vermina e cheios de equimoses — não é um psiquiatra.*

*O que consente, ainda que por simples omissão de protesto, que se destrua um grande hospital psiquiátrico, ligado por tantos títulos, ao desenvolvimento e história da assistência a alienados — não é um psiquiatra.*

*O que não afronta os poderosos para defender o doente mental, quando privado de qualquer dos seus sagrados direitos à assistência e proteção, por comodismo, interesse pessoal ou receio de represálias — não é um psiquiatra.”*

Ulysses Pernambucano, 1943.

## RESUMO

**Introdução:** A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas compreende que o apoio aos pacientes com transtorno mental, atendidos no Sistema Único de Saúde, engloba a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual engloba vários níveis de atendimento, entre eles a internação hospitalar psiquiátrica. Em Pernambuco, o Hospital Ulysses Pernambucano (HUP) está inserido na RAPS e se configura como o maior hospital psiquiátrico de Pernambuco. Apesar da importância desse serviço para a assistência dos pacientes com transtornos mentais graves, não há informações sobre o perfil clínico e sociodemográfico de seus pacientes internados, prejudicando a avaliação do funcionamento da RAPS e o estabelecimento de medidas para a qualificação do atendimento na rede. **Objetivo:** Determinar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em 2016 no HUP, hospital psiquiátrico de referência no estado de Pernambuco, localizado no nordeste brasileiro. **Métodos:** Este estudo é transversal, descritivo e retrospectivo e conteve amostra por conveniência. Os dados sociodemográficos e informações sobre o perfil clínico foram resgatados através de prontuários de pacientes internados durante 2016. Para a análise dos dados, foi utilizado o Software SPSS 13.0, com aplicação de 95% de confiança. A coleta das informações iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP, sob o parecer de número 2.130.041. **Resultados:** A amostra foi composta por 245 prontuários de pacientes, em sua maioria, entre 18 a 40 anos, homens, residentes na Região Metropolitana do Recife, católicos, solteiros, internados involuntariamente. A maior parte dos pacientes estava desempregada, tinha cor parda e não possuía aposentadoria. O tempo médio de hospitalização foi de 13,5 dias e a maioria das altas hospitalares foram ofertadas por melhora do quadro psiquiátrico. A maior parte da amostra apresentou diagnóstico de alta hospitalar em concordância com o diagnóstico sugerido na admissão hospitalar. A

categoria para esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirantes foi a mais apontada como diagnóstico principal, sendo seguida pelos transtornos de humor e depois pelos transtornos mentais por uso de substância psicoativa. **Conclusões:** Uma vez que a internação hospitalar significa o agravamento do quadro psiquiátrico, as informações sobre o perfil de pacientes internados em hospitais psiquiátricos são importantes para delimitar estratégias para melhoria da RAPS.

**Palavras-chave:** saúde mental; psiquiatria; hospital especializado em psiquiatria.

## **ABSTRACT**

**Background:** The National Policy of Mental Health, Alcohol and other Drugs supports the care for patients with mental disorder, covered in the Unified Health System, embraces a Psychosocial Care Network (PCN), a group of various levels of care, including hospitalization. In Pernambuco, Hospital Ulysses Pernambucano (HUP) is part of the PCN and is the largest psychiatric hospital in this state. Despite its importance for medical care to patients with severe mental disorders, there is no information of the clinical and sociodemographic profile of its hospitalized patients, impairing the evaluation of the functioning of the PCN and the establishment of measures to provide assistance in the network. **Objective:** To determine the sociodemographic and clinical profile of patients hospitalized in 2016 at HUP, a psychiatric hospital in the state of Pernambuco, localized in the northeast Brazilian. **Methods:** This is a cross - sectional, descriptive and retrospective study, and contains a sample for convenience. Sociodemographic data and information on the clinical profile were retrieved through medical records of hospitalized patients during 2016. For the analysis of the data, SPSS Software 13.0 was used, with 95% confidence. The collection of the information began after approval of the Ethics and Research Committee of IMIP, under the opinion of number 2.130.041. **Results:** The sample consisted of 245 medical records of patients, mostly between 18 and 40 years of age, men, residents of the Metropolitan Region of Recife, Catholics, singles, and involuntary inmates. Most patients were unemployed, brown and had no retirement. The mean hospitalization time was 13.5 days and the majority of discharges were offered due to an improvement in the psychiatric situation. The majority of the sample had a diagnosis of hospital discharge in agreement with the diagnosis suggested at the hospital admission. The category for schizophrenia, psychotic and delusional disorders was the most pointed as the main diagnosis, followed by mood

disorders and then by mental disorders due to the use of psychoactive substance.

**Conclusions:** Since hospitalization means the worsening of the psychiatric situation, information on the profile of patients admitted to psychiatric hospitals is important to define strategies to improve the PCN.

**Key words:** mental health; psychiatry; psychiatric hospital.

## SUMÁRIO

	Página
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. OBJETIVOS.....	13
III. MÉTODOS.....	13
3.1. Desenho do estudo.....	13
3.2. Local do estudo.....	13
3.3. Período do estudo.....	13
3.4. População / Amostra do estudo.....	13
3.4.1. Amostragem.....	14
3.4.2. Tamanho amostral.....	14
3.5. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes.....	14
3.5.1. Critérios de inclusão.....	14
3.5.2. Critérios de exclusão.....	14
3.5.3. Procedimentos para captação dos participantes.....	14
3.6. Fluxograma de captação dos participantes.....	15
3.7. Variáveis de análise.....	15
3.8. Definição operacional de variáveis.....	16
3.9. Coleta de dados.....	19
3.9.1. Instrumento para a coleta de dados.....	19
3.10. Processamento e análise de dados.....	19
3.10.1. Processamento de dados.....	19
3.10.2. Análise de dados.....	19
3.11. Aspectos éticos.....	21

IV. RESULTADOS.....	22
V. CONCLUSÕES.....	46
VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES.....	48
VII. REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE.....	54
APÊNDICE 1- Formulário de coleta de dados.....	54
ANEXO.....	58
ANEXO 1- Carta de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/IMIP.....	58
ANEXO 2- Instruções aos autores.....	61

## LISTA DE TABELAS

	Página
<b>Tabela 1.</b> Perfil sociodemográfico de pacientes internados no HUP em 2016	29
<b>Tabela 2.</b> Perfil clínico de pacientes internados no HUP em 2016	30
<b>Tabela 3.</b> Categoria diagnóstica principal fornecida na alta hospitalar de pacientes internados no HUP em 2016, conforme a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)	32
<b>Tabela 4.</b> Relação entre sexo e idade com a categoria diagnóstica principal fornecida na alta hospitalar de pacientes internados no HUP em 2016	33
<b>Tabela 5.</b> Relação entre sexo e idade com reinternação de pacientes internados no HUP em 2016	34

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Fluxograma de captação dos participantes

16

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP/IMIP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª edição
CID-11	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 11ª edição
DALY*	Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade
DSM-5*	Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais- 5ª edição
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HUP	Hospital Ulysses Pernambucano
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
MS	Ministério da Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMR	Região Metropolitana do Recife
SPA	Substância psicoativa
SEP	Serviço de Emergência Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Transtorno Mental
UP	Ulysses Pernambucano

\*Sigla em inglês.

## I. INTRODUÇÃO

De acordo com a 11ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), os transtornos mentais, comportamentais e de desenvolvimento neurológico são síndromes caracterizadas por distúrbios clinicamente significativos na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo, que refletem uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental e comportamental. Esses distúrbios geralmente estão associados a sofrimento ou prejuízo nas áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais ou outras áreas importantes de funcionamento.<sup>1</sup>

Outro manual, especializado em diagnóstico psiquiátrico, a 5ª edição do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- 5<sup>th</sup> edition* ou DSM-5), reitera que, o transtorno mental (TM) não se deve a uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido.<sup>2</sup> Da mesma maneira, desvios sociais de comportamento (por exemplo, de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade também não são considerados transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo.<sup>2</sup>

Os transtornos mentais são frequentemente encontrados na população mundial. Em 2001, cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofriam de perturbações mentais<sup>3</sup>. Em dezesseis anos, a prevalência dos distúrbios mentais aumentou para 1.1 bilhões de pessoas no mundo, ou seja, em 2017, 15 a 20% da população mundial apresentava um TM ou mais, entre os quais, encontram-se, prioritariamente, depressão, ansiedade, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtornos alimentares, do desenvolvimento intelectual e por uso

de substâncias.<sup>3</sup> O TM mais comum, a ansiedade, acomete, aproximadamente, 4% da população mundial.<sup>4</sup>

Ainda que representem valores baixos de mortalidade (0,6% entre as causas de mortes no mundo),<sup>5</sup> os transtornos mentais representam um grande peso de incapacidade de duração longa, acarretando a redução da qualidade de vida dos indivíduos. Os transtornos mentais só foram reconhecidos como um sério problema de saúde pública a partir de 1996<sup>6</sup>, quando foi apontado que, entre as dez das principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco estavam associadas aos transtornos mentais, entre elas a depressão (13%), o transtorno por uso de álcool (7,1%), o transtorno bipolar (3,3%), a esquizofrenia (4%) e o transtorno obsessivo-compulsivo (2,8%)<sup>6</sup>. Em 2015, os transtornos mentais corresponderam a 6% dos DALY (*disability adjusted life of years* ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) e a depressão ocupou a 13ª posição no *ranking* das causas de incapacitação em todo o mundo<sup>7</sup>. Diante dos números expostos, compreende-se o alto impacto dos transtornos mentais no custo social e econômico na população.<sup>8-12</sup>

No Brasil, a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais alcança prevalência que varia entre 20% e 56% na população adulta, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores.<sup>13</sup> Entre as mulheres, prevalecem a ansiedade, os transtornos de humor e somatoformes e, entre homens, sobrepõem-se os transtornos por uso de substâncias.<sup>13</sup> Além disso, em termos de prevalência, o Brasil é o país que apresenta mais casos de ansiedade.<sup>4</sup>

O desenvolvimento de uma rede de assistência psiquiátrica segura, eficaz e humanizada às pessoas com TM tem sido um processo contínuo e medidas para fortalecer o atendimento psiquiátrico no Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo desenvolvidas. Criada pela lei 10.216/2001 e em constante processo de construção, a Política Nacional

de Saúde Mental, Álcool e outras drogas (PNSM) compreende que o apoio aos pacientes com TM, atendidos no SUS, engloba uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.<sup>14-16</sup>

Em resposta à demanda por uma rede de assistência efetiva aos portadores de TM atendidos no SUS, a PNSM desenvolveu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujos componentes são: Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento, serviço de atendimento de emergência e urgência, Comunidade Terapêutica, Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental, Hospital-dia.<sup>15,16</sup>

Também fazem parte da RAPS a Enfermaria Especializada em Hospital Geral e o Hospital Psiquiátrico, serviços destinados à internação hospitalar psiquiátrica, objetivando tratamento adequado e manejo de pacientes com TM com quadros agudizados, em ambiente protegido e com atendimento 24 horas por dia.<sup>15,16</sup>

O internamento hospitalar psiquiátrico está indicado quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes.<sup>16</sup> Sua finalidade centra-se na estabilização do paciente, minimizando riscos, levantando necessidades psicossociais, ajustando o tratamento psicofarmacológico e a reinserção social do paciente em seu meio.<sup>17</sup> Apresentam indicação para internamento os pacientes com gravidade, ou seja, os portadores das seguintes características: incapacidade grave de autocuidado, risco de vida ou de prejuízos graves à saúde, risco de autoagressão ou de heteroagressão, risco de prejuízo moral ou patrimonial e risco de agressão à ordem pública.<sup>16,18</sup> A PNSM preconiza ainda internações breves, humanizadas e com vistas ao seu retorno para serviços de base territorial.<sup>16</sup>

Ainda que a internação psiquiátrica tenha indicações específicas, ela suscita polêmica e questionamentos diversos, baseados na interpretação dúbia da finalidade de sua aplicação. Se por um lado se pretende tratar, cuidar e proteger o doente mental de comportamentos perigosos a si e/ou a outros, por outro a internação é sinônimo de institucionalizar o doente mental, ou seja, pode ser compreendida também como a limitação da autonomia do indivíduo, estendendo-se ainda à limitação de seus direitos como cidadão.<sup>16</sup> Diante dessas ideias ambivalentes, a indicação de um internamento não se trata de uma opção fácil, simples e prática.<sup>17</sup>

A interpretação ambivalente sobre a internação psiquiátrica, aliada à falta de assistência qualificada durante a instalação das primeiras instituições psiquiátricas, colabora para que o internamento em leitos psiquiátricos seja compreendido como um entrave a rede de cuidados ao paciente com TM.

### **A implantação dos hospitais psiquiátricos no Brasil**

A criação do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil remonta ao século XIX, no Rio de Janeiro, sob as influências francesas da reforma da assistência psiquiátrica conduzidas por Pinel e Esquirol.<sup>19</sup> Criado em 1852, o Hospício Pedro II era um estabelecimento médico instituído em um suntuoso palácio da época, voltado para a recuperação dos doentes mentais. Outros serviços para atendimento aos doentes mentais foram criados em moldes semelhantes no país, como o Asilo de São João de Deus em Salvador (1874), Hospício de Alienados da Tamarineira em Recife (1883), Hospício São Pedro em Porto Alegre (1884), Hospício Juqueri em São Paulo (1898).<sup>19,20</sup>

Desde a proclamação da República até o início do século XX, a despeito dos prédios majestosos, em todo o país, a falta de recursos eficazes para o tratamento dos doentes e a pobreza de sua clientela determinaram sua progressiva deterioração e declínio, ainda que

o aumento da população enferma exigisse a expansão do sistema, com a ampliação e melhoria de assistência em suas unidades.<sup>19,21</sup>

Em Pernambuco, o cuidado aos “alienados”, termo que, à época, se referia aos doentes mentais, iniciou-se no século XIX em um hospital geral, o São Pedro de Alcântara. Em 1861, foi inaugurado o novo Hospital Pedro II da Santa Casa de Misericórdia, cuja última sede foi no bairro dos Coelhos, na cidade do Recife (local do atual Hospital Pedro II, o qual faz parte do complexo hospitalar do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP).<sup>22</sup>

Em 1864, os internos foram transferidos para um antigo hospital na ladeira da Misericórdia, em Olinda, que após alguns reparos foi rebatizado com o nome de Hospital da Visitação de Santa Izabel. Durante esse período, o cuidado aos doentes mentais atingiu o seu nível mais baixo, com alta taxa de mortalidade.<sup>22</sup> Em 1874, durante o governo de Henrique Pereira de Lucena, futuro Barão de Lucena, iniciou-se a construção de um novo hospital psiquiátrico, o Hospício de Alienados da Tamarineira, o qual teve suas obras finalizadas pelo desembargador Francisco de Assis Oliveira Maciel, provedor da Santa Casa de Misericórdia. Em 1883, ainda que não estivessem concluídas as obras, pacientes foram transferidos para o primeiro pavilhão que havia sido construído.<sup>22</sup>

Sob a administração da Santa Casa de Misericórdia do Recife, o Hospício de Alienados da Tamarineira, construído para abrigar 150 enfermos, teve o número de sua lotação ultrapassada rapidamente. Apesar do excedente, uma pequena parcela dos internos, de fato, carecia de internamento em hospital fechado. Além disso, a assistência ao doente mental em todo o estado limitava-se a este serviço.<sup>21</sup>

Em 1910, o médico Joaquim Loureiro assumiu a direção geral do Hospício de Alienados e constatou que as internações não seguiam o regulamento instituído pelo hospital, ou seja, os atestados de internamento não estavam de acordo com a lei, que

regulava no período, as internações de doentes mentais no país. Além disso, muitos pacientes não apresentavam requerimento de familiares ou de outras pessoas responsáveis pelo indivíduo internado, impossibilitando a coleta de informações sobre o paciente, suas relações familiares e sua doença. O tratamento estava restrito a emprego de cadeiras ou camisas de força, reclusão em calabouços, diminuição da alimentação, banhos de emborcação, privações de visitas, passeios e fumo, carência de atividades lúdicas e laborais, além de inapropriado uso de medicamentos. Não havia assistência psiquiátrica com embasamento científico.<sup>21,22</sup>

A despeito das tentativas de melhora ao hospital com a inclusão de hidroterapia e eletroconvulsoterapia, e das solicitações de aumento do quantitativo de enfermeiros e de melhorias estruturais, como a inclusão de clinoterapia (terapia psiquiátrica moderna na época, descrita como o repouso no leito antecedido por banhos mornos prolongados a fim de acalmar pacientes agitados), o único hospital psiquiátrico pernambucano estava reduzido a um depósito de doentes.<sup>21</sup> Com a acentuada decadência deste serviço, em 1922, a Santa Casa de Misericórdia do Recife transferiu ao Estado a administração do Hospício de Alienados, o qual recebeu o nome de Hospital de Doenças Nervosas e Mentais. Com a mudança do nome e da gestão, o hospital sinalizava um tempo de mudanças.<sup>21</sup>

Entre 1924 e 1926, durante a 1ª das 2 gestões do psiquiatra Ulysses Pernambucano (UP) no hospital, foram instituídos o pavilhão de observações, a hidroterapia, o laboratório de análises, portaria e necrotério. Também foram realizadas melhorias na pavimentação do hospital, desenvolvimento de pesquisa científica, substituição da antiga instalação elétrica, criação de 5 novos pavilhões, centro cirúrgico, esgoto e aquecimento de água, exclusão de calabouços e camisas de força, como também passaram a ser realizadas observações sistemáticas em doentes. O Hospital de Doenças Nervosas e

Mentais foi o primeiro dos hospitais do estado a receber acadêmicos internos (profissionais que exerciam a função atual dos médicos residentes). Dessa forma, criava-se um hospital novo, dentro de outro antigo, com melhor qualidade estrutural e assistencial.<sup>21</sup>

Paralelamente às benfeitorias ao hospital, UP também exerceu suas atividades como professor e diretor da Escola Normal em Pernambuco, professor catedrático de Psicologia Lógica e História da Filosofia no Ginásio Pernambucano e posteriormente, foi promovido a professor catedrático de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina do Recife (atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco).<sup>21</sup> UP visava a fundação de uma Escola para Anormais (termo com que então se rotulavam os deficientes mentais) e, por isso, criou o Instituto de Psicologia, o primeiro do Brasil, a fim de obter dados psicopatológicos e aplicar testes psicológicos em deficientes mentais.<sup>21,23</sup>

Em 1930, UP reassumiu a direção do Hospital de Doenças Nervosas e Mentais pela 2ª vez. Naquela época, o serviço continha 1.128 pacientes internados, ou seja, mais do dobro de sua capacidade. Foram criados dois pavilhões para mulheres e um novo pavilhão de observações, e se realizou a reforma no laboratório de análises. Com essas mudanças, houve uma redução no número de internos para 661, em outubro de 1931.<sup>21</sup>

Em 1931, a reforma proposta por UP para a assistência aos pacientes com TM veio com a Divisão da Assistência a Psicopatas (à época, os termos “psicopata” e “alienado” se designavam ao doente mental), sendo considerada como a maior realização profissional deste psiquiatra.<sup>21</sup> A Assistência a Psicopatas compreendia: 1) Serviços para doentes mentais não internados no nível ambulatorial e em hospital aberto; 2) Serviços para doentes mentais internados: direcionamento ao Hospital de Doenças Nervosas e Mentais, se caso apresentassem agudização de doença, ou à colônia para os casos dos doentes crônicos; 3) Manicômio judiciário; 4) Serviço de higiene mental, o qual envolvia

o serviço de prevenção das doenças mentais e o Instituto de Psicologia.<sup>24</sup> Dessa maneira, UP reuniu propostas para prevenção à saúde mental, serviços diferenciados entre pacientes psicóticos agudos e crônicos, atenção extra-hospitalar ao indivíduo com TM e melhorias ao serviço hospitalar, como apoio multidisciplinar.<sup>23</sup>

Diante da reforma psiquiátrica proposta por UP, o modelo hospitalocêntrico vigente na época foi se desconstruindo e a prestação de serviços aos doentes mentais foi sendo descentralizada. Também contribuíram para a mudança desse modelo: a multiplicação das casas de saúde particulares, a transferência da clínica psiquiátrica da Faculdade para o hospital universitário (Hospital Pedro II), a ênfase pela assistência em ambulatório e hospitais-dia, a evolução do arsenal terapêutico e a entrada da Previdência Social no campo da assistência à saúde, sobretudo na década de 40. Em 1967, o Instituto Nacional da Previdência Social abarcava a maior parte da assistência previdenciária em Pernambuco. Sendo assim, aqueles que não contribuíam para a Previdência Social e os que não faziam parte da clientela particular submetiam-se à rede hospitalar financiada pelo Estado.<sup>21</sup>

### **A reforma psiquiátrica no Brasil**

No Brasil, ao fim da década de 70, emergiram os esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico. Neste período a reforma psiquiátrica ganhou força no país, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Esse Movimento passou a denunciar a violência dos manicômios e a hegemonia de uma rede privada de assistência.

Dessa maneira, passaram a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. Em 1987, surge o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção, com repercussão nacional, reforçou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico

No ano de 1989, deu-se entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país. A partir deste período, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. A década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, é o período no qual passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Em 2001, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a

alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

### **O papel do hospital psiquiátrico no novo modelo assistencial**

Por ser um procedimento importante na configuração da assistência e evolução das principais doenças psiquiátricas, as quais têm tratamento prolongado e curso grave, a internação psiquiátrica continua sendo um recurso muito utilizado atualmente.<sup>16</sup> No entanto, cabe salientar que o internamento em hospitais psiquiátricos não é sinônimo de institucionalização. Ao longo dos anos, a assistência profissional em saúde mental vem se delineando paralelamente às inúmeras discussões políticas que culminaram no processo de desinstitucionalização do cuidado aos doentes, ou seja, a assistência aos pacientes com TM deixou de ser centrada nos hospitais psiquiátricos, cedendo terreno a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade.<sup>15,17</sup>

Essa mudança do modelo assistencial resultou na diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos do país. Em 2002, o Brasil dispunha de, aproximadamente, 51.400 leitos, enquanto que em 2014, apresentava cerca de 24.000 leitos distribuídos em 167 hospitais psiquiátricos.<sup>25</sup> A redução da quantidade de leitos psiquiátricos decorreu da alteração do perfil dos hospitais psiquiátricos, determinada pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS, instituído pela Portaria nº 52, de 21 de janeiro de 2004<sup>26</sup>, que teve como objetivo a redução de leitos de hospitais psiquiátricos, de modo a garantir a transição para o modelo de atenção psicossocial de base comunitária. Conjuntamente a essa medida, a portaria do Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS) nº 2.644, de 28 de outubro de 2009, garantiu remuneração melhor para os hospitais psiquiátricos com menor quantitativo de leitos.

Somando leitos em hospitais psiquiátricos especializados e aqueles em hospitais gerais, o Brasil apresenta cerca de 0,11 leito por 1.000 habitantes, índice inferior ao

preconizado pelo Ministério de Saúde (MS), o qual é de 0,45 por 1.000 habitantes. Este valor está abaixo da média de cobertura dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, sendo reconhecidos impactos negativos quando o índice é menor que 0,30 por 1.000 habitantes.<sup>17, 16</sup>

Com a redução de leitos e de hospitais psiquiátricos, houve migração considerável de doentes mentais graves para a população prisional, sendo as cadeias o maior manicômio do Brasil na atualidade. São estimados mais de 50.000 doentes mentais graves no cárcere. Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga PNSM acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das *cracolândias*, aumento da mortalidade de pacientes com TM e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com TM, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica.<sup>15,27</sup>

Diante da falta de leitos psiquiátricos especializados e de atendimento qualificado nos hospitais, o MS passou a compreender o fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos como um prejuízo ao processo de desinstitucionalização dos pacientes com TM, de modo que, em 2017, a PNSM foi novamente reformulada.<sup>15,16</sup> Entre as novas medidas instituídas, o MS atualizou o valor pago pelas internações em hospitais psiquiátricos, visando a garantia do atendimento adequado nas internações breves, indicadas em casos agudos.<sup>15,16</sup>

Vale ressaltar que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos continua sendo incentivada pelo Governo Federal, elucidando que esses

serviços não devem ser compreendidos como locais de moradia de pacientes. Entretanto, as novas medidas do MS também esclarecem que a desinstitucionalização não é equivalente ao fechamento de hospitais psiquiátricos<sup>16</sup>, admitindo-se que, como dispositivo integrado à RAPS, o hospital psiquiátrico deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes.<sup>15</sup>

### **O Hospital Ulysses Pernambucano inserido na RAPS**

Em Pernambuco, há 1.262 leitos distribuídos em 9 hospitais psiquiátricos pertencentes ao SUS<sup>25</sup>, entre eles o maior hospital psiquiátrico do estado, o Hospital Ulysses Pernambucano (HUP), antigamente denominado de Hospital de Doenças Nervosas e Mentais. O HUP está inserido na RAPS e nele são realizados atendimentos emergenciais e internamentos hospitalares. Com uma média de 12.808 atendimentos por ano<sup>28</sup>, a única emergência psiquiátrica 24 horas do SUS em Pernambuco também encontra-se no HUP. No entanto, apesar de sua importância para a assistência dos pacientes com TM graves, não há informações sobre o perfil clínico e sociodemográfico de seus pacientes internados, prejudicando a avaliação do funcionamento da RAPS e o estabelecimento de medidas para a qualificação do atendimento na rede.<sup>29</sup>

Este trabalho se propõe a determinar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em 2016 no HUP.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Avaliar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados no HUP.

### **Objetivos Específicos**

- Descrever as características sociodemográficas (idade, sexo, procedência, religião, estado civil, emprego, cor e aposentadoria);
- Avaliar o perfil clínico (características de internação e alta hospitalar).

### **III. MÉTODOS**

#### **3.1. Desenho do estudo**

Estudo transversal, descritivo e retrospectivo.

#### **3.2. Local do estudo**

O estudo foi realizado no HUP, hospital psiquiátrico localizado em Recife, capital do estado de Pernambuco. Popularmente conhecido como Tamarineira, devido ao bairro do Recife no qual está localizado, o HUP foi tombado pelo Patrimônio Histórico do Estado e contém em seu complexo hospitalar o único serviço de emergência psiquiátrica (SEP) em funcionamento pelo SUS do estado. O SEP, cuja demanda é espontânea, realiza não apenas atendimento emergencial, como também indica acompanhamento para outros dispositivos da RAPS e ainda orienta internação hospitalar para determinados pacientes psiquiátricos.

Em 2016, o HUP dispunha de 160 leitos para homens e mulheres com indicação para internação psiquiátrica e, em 2019, vem passando por reforma estrutural, com diminuição do seu número de leitos. Com uma média anual de 2.400 internações hospitalares, essa instituição também promove atividades práticas e teóricas para graduandos e pós-graduandos em Medicina, Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional. Dessa forma, o HUP presta não só assistência à saúde, como também auxilia na formação de profissionais na área da saúde mental.<sup>28</sup>

#### **3.3. Período do estudo**

O estudo foi desenvolvido entre março de 2017 a março de 2019. A coleta de dados foi iniciada em outubro de 2017, após período de reforma estrutural no HUP, e se encerrou em abril de 2018.

#### **3.4. População / Amostra do estudo**

A população do estudo foi composta pelos dados dos prontuários dos pacientes internados no HUP.

### **3.4.1. Amostragem**

A amostragem foi por conveniência, uma vez que foram escolhidos prontuários em melhor estado de conservação durante o período destinado à coleta.

### **3.4.2. Tamanho amostral**

A amostra foi composta pelos dados dos prontuários dos pacientes internados no HUP no ano de 2016, devido à melhor conservação do estado dos prontuários no arquivo dessa instituição e de obtenção de dados registrados. Foram coletadas informações de 245 prontuários de pacientes internados em 2016 no HUP.

## **3.5. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes**

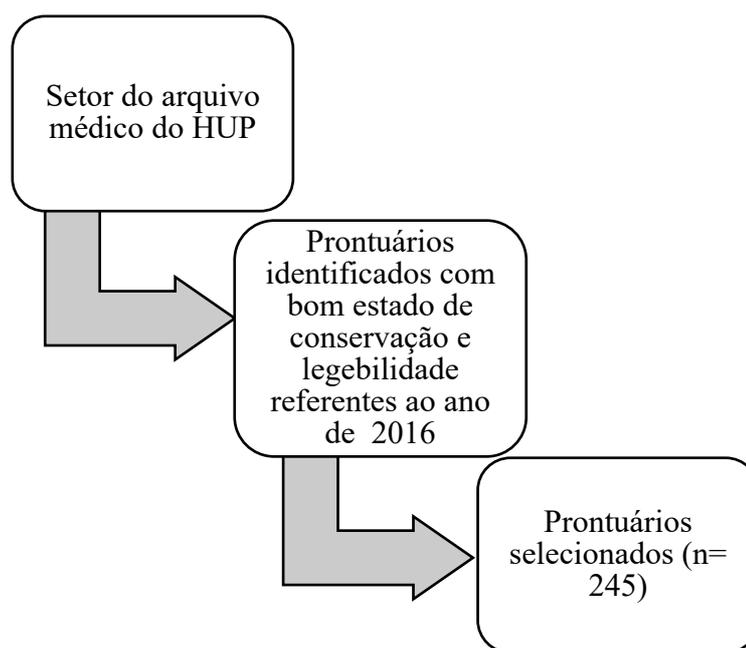
**3.5.1. Critérios de inclusão:** todos os prontuários dos pacientes no período determinado pela coleta.

**3.5.2. Critérios de exclusão:** foram excluídos prontuários cujo estado de conservação e legibilidade dos dados secundários tornassem inviáveis a leitura dos dados requisitados para este estudo.

### **3.5.3 Procedimentos para captação dos participantes**

Durante dois dias da semana no período destinado à coleta, a pesquisadora responsável identificou os prontuários com legibilidade e em estado de boa conservação, os quais pertenciam às internações do ano de 2016. Não foi necessária a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), uma vez que foi dispensada a sua presença pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP/IMIP).

## **3.6. Fluxograma de captação dos participantes**



**Figura1.** Fluxograma de captação dos participantes

### 3.7. Variáveis de análise

#### Variáveis sobre o perfil sociodemográfico

- Idade
- Sexo
- Procedência
- Religião
- Estado civil
- Emprego
- Cor
- Aposentadoria

#### Variáveis sobre o perfil clínico

- Motivo da alta
- Encaminhamento após internamento

- Concordância entre o diagnóstico psiquiátrico ofertado na admissão e na alta hospitalar
- Reinternação
- Voluntariedade da internação
- Duração do internamento
- Motivo para o internamento
- Diagnóstico principal fornecido na alta hospitalar

### **3.8. Definição operacional de variáveis**

#### **Variáveis sobre o perfil sociodemográfico**

- Idade: Os anos de vida foram mensurados a partir do nascimento até o dia no qual o paciente foi internado no HUP, instituição que só admite pacientes a partir dos 18 anos de idade. Variável categórica policotômica classificada em 18 a 39 anos, 40 a 59 anos ou 60 anos ou mais.
- Sexo: variável categórica nominal dicotômica classificado em masculino ou feminino.
- Procedência: variável categórica policotômica sobre o local de residência classificada em RMR, interior de Pernambuco ou sem informação
- Religião: variável categórica policotômica classificada em católica, evangélica, outras religiões ou sem informação.
- Estado civil: variável categórica policotômica classificada em solteiro, casado/união estável, viúvo/separado ou sem informação.
- Emprego ou situação laboral: variável categórica policotômica classificada em sim, não ou sem informação.

- Cor ou raça autorreferida: variável categórica policotômica categorizada em branca, preta, parda ou sem informação.
- Aposentadoria: variável categórica policotômica categorizada em sim, não ou sem informação.

### **Variáveis sobre o perfil clínico**

- Motivo da alta: justificativa pela qual foi ofertada alta para o paciente. Variável categórica policotômica classificada em melhorado, assinatura de termo/evasão ou transferido para outro serviço hospitalar.
- Encaminhamento após internamento: dispositivo da RAPS para o qual o paciente foi encaminhado após seu internamento. Variável categórica policotômica classificada em CAPS, ambulatório, NASF/USF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Unidade de Saúde da Família), outro serviço ou sem encaminhamento.
- Concordância entre o diagnóstico psiquiátrico ofertado na admissão e na alta hospitalar: variável categórica policotômica classificada em sim, não ou sem informação.
- Reinternação: variável categórica policotômica classificada em sim, não ou sem informação.
- Voluntariedade da internação: variável categórica policotômica classificada em sim, não ou sem informação.
- Duração do internamento ou tempo médio de hospitalização: variável numérica discreta. Foram contabilizados os dias desde a data da admissão até a data da alta hospitalar.

- Motivo para o internamento: quadro clínico apresentado pelo paciente que justificou o internamento hospitalar, de acordo com a Resolução nº 2057/2013, do Conselho Federal de Medicina<sup>18</sup> e/ou presença de ordem judicial compulsória. Variável categórica policotômica classificada em heteroagressividade (agressividade destinada a terceiros), dano à ordem pública/ privada, exposição social, autoagressão e suicídio, judicial compulsória, incapacidade grave de autocuidado.
- Diagnóstico principal fornecido na alta hospitalar: principal diagnóstico descrito em documento de alta hospitalar, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª edição (CID-10).<sup>1</sup> Embora a 11ª edição dessa classificação já tenha sido divulgada, a CID-11 só entrará em vigor em maio de 2019 e, por isso, não foi considerada nesse estudo. Variável categórica policotômica classificada em categorias diagnósticas: Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09), Transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas (F10-F19), Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29), Transtornos do humor (F30-F39), Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F48), Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69), Retardo mental (F70-F79), causas não enquadradas em transtornos mentais e comportamentais ou ausente.

### **3.9. Coleta de dados**

#### **3.9.1. Instrumento para a coleta de dados**

Os dados foram coletados utilizando o formulário desenvolvido para a

pesquisa (Apêndice 1). Inicialmente a coleta de dados se daria através da obtenção do banco de dados disponibilizado pelo setor de informática do HUP. No entanto, devido à reforma estrutural nesse serviço, foi impossível a utilização dos dados informatizados. Dessa forma, a coleta foi realizada manualmente, com o resgate dos prontuários do setor de arquivo dessa mesma instituição. Imediatamente após o preenchimento do instrumento, a pesquisadora revisou cuidadosamente cada um deles buscando lacunas e inconsistências. Ao término da coleta, os instrumentos foram armazenados e serão arquivados durante cinco anos aos cuidados da pesquisadora responsável.

### **3.10. Processamento e análise de dados**

#### **3.10.1. Processamento de dados**

Os dados foram submetidos à dupla digitação, em dois momentos distintos, pela pesquisadora responsável, no Excel versão 2010, em computador protegido por senha. Os dados foram, posteriormente, comparados, visando corrigir eventuais diferenças. A versão corrigida foi submetida a testes de consistência obtendo-se distribuições de frequência para averiguar possíveis incorreções.

#### **3.10.2. Análise de dados**

A análise dos dados foi realizada pela mestranda e orientador com o suporte de um estatístico, utilizando o Software Statistical Package for the Social Sciences versão 13.0 (SPSS 13.0). O Teste Exato de Fisher e Qui-Quadrado foram aplicados com 95% de confiança, as variáveis numéricas foram representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão e para as variáveis categóricas, foram obtidas tabelas de distribuição de frequência absoluta e relativa.

### **3.11. Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi elaborada seguindo as normas e diretrizes propostas pelo Conselho Nacional de Saúde 466/12 e somente teve início após a aprovação prévia do CEP/IMIP, sob o parecer de número 2.130.041. Foi dispensado o TCLE, uma vez que a pesquisa foi retrospectiva em prontuários de pacientes não localizáveis. Os dados coletados dos prontuários dos pacientes foram mantidos sob sigilo e armazenados em banco de dados em computador, cuja senha de acesso esteve disponível apenas para a mestranda. Dessa forma, foi protegida a privacidade e mantida a confidencialidade das informações obtidas. Também foi garantido que as consequências econômicas ou políticas dos resultados da pesquisa não prejudicariam os sujeitos do estudo.

Durante toda a pesquisa, não houve financiamento tampouco conflito de interesse por parte de quaisquer dos pesquisadores envolvidos nesse presente estudo.

#### **IV. RESULTADOS**

Os resultados desta dissertação de mestrado seguem o formato de artigo científico cujo título é “Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes internados em um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro”. Após a banca este artigo será submetido à revista *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Fator de Impacto 0.3623 (as instruções aos autores encontram-se disponíveis no Anexo 2).

Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes internados em  
um hospital psiquiátrico no nordeste brasileiro  
Sociodemographic and clinical profile of patients hospitalized in a  
psychiatric hospital in the northeast Brazilian

Contagem de palavras: 3598

Autores: Lourdes Thalita Meyer de Andrade Cavalcanti<sup>1</sup>

Maria do Carmo Vieira da Cunha<sup>2</sup>

Bruno Marcello Mendonça Nascimento<sup>3</sup>

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Psiquiatra e mestranda em Cuidados Intensivos pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP);

<sup>2</sup> Coordenadora acadêmica e preceptora da residência de Psiquiatria do IMIP;

<sup>3</sup> Professor de Psiquiatria da UFPE e supervisor da residência de Psiquiatria do Hospital Ulysses Pernambucano (HUP);

<sup>4</sup> Psicólogo do IMIP e líder do grupo de pesquisa de Saúde Mental do IMIP e Coordenador do Mestrado em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde.

## **RESUMO**

**OBJETIVO:** Determinar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em 2016 em hospital psiquiátrico de referência no estado de Pernambuco, o Hospital Ulysses Pernambucano, localizado no nordeste brasileiro.

**MÉTODOS:** Este estudo é transversal, descritivo e retrospectivo e conteve amostra por conveniência. Os dados sociodemográficos e informações sobre o perfil clínico foram resgatados através de prontuários de pacientes internados durante 2016.

Para a análise dos dados, foi utilizado o Software SPSS 13.0, com aplicação de 95% de confiança. A coleta das informações iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP, sob o parecer de número 2.130.041.

**RESULTADOS:** A amostra foi composta por 245 prontuários de pacientes, em sua maioria, entre 18 a 40 anos, homens, residentes na Região Metropolitana do Recife, católicos, solteiros, internados involuntariamente. A maior parte dos pacientes estava desempregada, tinha cor parda e não possuía aposentadoria. O tempo médio de hospitalização foi de 13,5 dias e a maioria das altas hospitalares foram ofertadas por melhora do quadro psiquiátrico. A maior parte da amostra apresentou diagnóstico de alta hospitalar em concordância com o diagnóstico sugerido na admissão hospitalar. A categoria para esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirantes foi a mais apontada como diagnóstico principal, sendo seguida pelos transtornos de humor e depois pelos transtornos mentais por uso de substância psicoativa.

**CONCLUSÕES:** Uma vez que a internação hospitalar significa o agravamento do quadro psiquiátrico, as informações sobre o perfil de pacientes internados em hospitais psiquiátricos são importantes para delimitar estratégias para melhoria da rede de assistência aos pacientes com transtorno mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Psiquiatria; Hospital especializado em Psiquiatria.

## **SUMMARY**

**OBJECTIVE:** To determine the sociodemographic and clinical profile of patients hospitalized in 2016 at a psychiatric hospital in the state of Pernambuco, Hospital Ulysses Pernambucano, localized in the northeast Brazilian.

**METHODS:** This is a cross - sectional, descriptive and retrospective study, and contains a sample for convenience. Sociodemographic data and information on the clinical profile were retrieved through medical records of hospitalized patients during 2016.

For the analysis of the data, SPSS Software 13.0 was used, with 95% confidence. The collection of the information began after approval of the Ethics and Research Committee of IMIP, under the opinion of number 2.130.041.

**RESULTS:** The sample consisted of 245 medical records of patients, mostly between 18 and 40 years of age, primarily by men, residents of the Metropolitan Region of Recife, Catholics, singles, and involuntary inmates. Most patients were unemployed, brown and had no retirement. The mean hospitalization time was 13.5 days and the majority of discharges were offered due to an improvement in the psychiatric situation. The majority of the sample had a diagnosis of hospital discharge in agreement with the diagnosis suggested at the hospital admission. The category for schizophrenia, psychotic and delusional disorders was the most pointed as the main diagnosis, followed by mood disorders and then by mental disorders due to the use of psychoactive substance.

**CONCLUSION:** Since hospitalization means the worsening of the psychiatric situation, information on the profile of patients admitted to psychiatric hospitals is important to define strategies to improve the care network for patients with mental disorders.

**Key words:** Mental Health; Psychiatry; Psychiatric Hospital.

## INTRODUÇÃO

Em 2017, os transtornos mentais (TM) acometeram 1,1 bilhão de pessoas no mundo<sup>1</sup>, mas desde 2015, já correspondiam a 6% dos *disability adjusted life of years* (DALY) ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade; e o transtorno depressivo maior ocupou a 13ª posição no ranking das causas de incapacitação em todo o mundo.<sup>2</sup> Diante dos números expostos, compreende-se o alto impacto dos TM no custo social e econômico na população.<sup>3-7</sup>

No Brasil, os TM alcançaram prevalência que variou entre 20% e 56% nos adultos.<sup>8</sup> Entre as mulheres, prevaleceram a ansiedade, os transtornos de humor e somatoformes e, entre homens, sobrepuseram-se os transtornos por uso de substância<sup>8</sup>. Além disso, em termos de prevalência, o Brasil é o país que apresenta mais casos de ansiedade.<sup>1</sup>

O desenvolvimento de uma rede de assistência psiquiátrica segura, eficaz e humanizada às pessoas com TM tem sido um processo contínuo e medidas para fortalecer o atendimento psiquiátrico no Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo desenvolvidas. Criada pela lei 10.216/2001 e em constante processo de construção, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas (PNSM) compreende que o apoio aos pacientes com TM, atendidos no SUS, engloba a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujos componentes são: Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Acolhimento, serviço de atendimento de emergência e urgência, Comunidade Terapêutica, Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental, Hospital-dia.<sup>9-11</sup>

Também fazem parte da RAPS a Enfermaria Especializada em Hospital Geral e o Hospital Psiquiátrico, serviços destinados à internação hospitalar psiquiátrica, objetivando tratamento adequado e manejo de pacientes com TM com quadros agudizados, em ambiente protegido e com atendimento 24 horas por dia.<sup>10,11</sup>

O internamento hospitalar psiquiátrico está indicado quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes.<sup>10</sup> Sua finalidade centra-se na estabilização do paciente, minimizando riscos, levantando necessidades psicossociais, ajustando o tratamento psicofarmacológico e a reinserção social do paciente em seu meio.<sup>12</sup> Apresentam indicação para internamento os pacientes com gravidade, ou seja, os portadores das seguintes características: incapacidade grave de autocuidado, risco de vida ou de prejuízos graves à saúde, risco de autoagressão ou de heteroagressão, risco de prejuízo moral ou patrimonial e risco de agressão à ordem pública. A PNSM preconiza ainda internações breves, humanizadas e com vistas ao seu retorno para serviços de base territorial<sup>10</sup>.

Em Pernambuco, o Hospital Ulysses Pernambucano (HUP) está inserido na RAPS e se configura como o maior hospital psiquiátrico de Pernambuco, que realiza atendimentos emergenciais e internamentos hospitalares. Com uma média de 12.808 atendimentos por ano<sup>13</sup>, a única emergência psiquiátrica 24 horas do SUS em Pernambuco encontra-se no HUP. Apesar de sua importância para a assistência dos pacientes com TM graves, não há informações sobre o perfil clínico e sociodemográfico de seus pacientes internados, prejudicando a avaliação do funcionamento da RAPS e o estabelecimento de medidas para a qualificação do atendimento na rede.<sup>14</sup>

Este trabalho se propõe a determinar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em 2016 no HUP, localizado no nordeste brasileiro.

## MÉTODOS

Este estudo é de caráter transversal, descritivo e retrospectivo e conteve amostra por conveniência. Foi realizado no HUP, o qual dispunha de 160 leitos para homens e mulheres, acima de 18 anos de idade, com indicação para internação psiquiátrica, durante o ano de 2016. Essa mesma instituição atende exclusivamente pelo SUS e recebe pacientes de todo o estado e também viabiliza atividades práticas e teóricas para graduação e pós-graduação, além de conter a única emergência psiquiátrica em regime de 24 horas em Pernambuco.

Optou-se pela coleta de dados dos prontuários dos pacientes internados em 2016 pela qualidade de conservação dos prontuários durante esse ano. Após reforma estrutural do arquivo do HUP, seguiu-se a coleta de dados entre outubro de 2017 a abril de 2018, através de um formulário desenvolvido para a pesquisa,

Inicialmente a coleta de dados se daria através da obtenção do banco de dados disponibilizado pelo setor de informática do HUP. No entanto, devido à reforma estrutural nesse serviço, foi impossível a utilização dos dados informatizados. Dessa forma, a coleta foi realizada manualmente, com o resgate dos prontuários do setor de arquivo dessa mesma instituição. Para a análise dos dados, foi utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences versão 13.0 (SPSS 13.0) e o Teste Exato de Fisher e Qui-Quadrado foram aplicados com 95% de confiança. As variáveis numéricas foram representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão e para as variáveis categóricas, foram obtidas tabelas de distribuição de frequência absoluta e relativa. A coleta das informações iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), sob o parecer de número 2.130.041.

## RESULTADOS

Foram coletadas informações de 245 prontuários de pacientes internados em 2016 no HUP. A amostra representou, aproximadamente, 10% do total de internamentos nesse hospital durante o mesmo período (total de 2382 internações<sup>13</sup>).

A amostra foi composta por usuários, em sua maioria, entre 18 a 40 anos (n= 134 e 54,7%), prioritariamente por homens (n=147, correspondendo a 60%). Entre os pacientes internados, 84,1% (n= 206) residiam na Região Metropolitana do Recife (RMR), 35,9% (n=88) eram católicos e 69% (n=169) eram solteiros. A maior parte dos pacientes (n= 204, equivalente a 83,3% do total) estava desempregada, 67% (n=164) apresentava cor parda e 81,7% (n=200) não tinham aposentadoria (Tabela 1).

Tabela 1

### Perfil sociodemográfico dos prontuários de pacientes internados no HUP\* em 2016

Variáveis	N	%
<b>Idade</b>		
18  - 40	134	54,7
40  - 60	77	31,4
≥ 60	34	13,9
<b>Sexo</b>		
Feminino	98	40,0
Masculino	147	60,0
<b>Procedência</b>		
RMR**	206	84,1
Interior do Estado	38	15,5
Sem Informação	1	0,4
<b>Religião</b>		
Católica	88	35,9
Evangélica	31	12,7
Outras	60	24,5
Sem Informação	66	26,9
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	169	69,0
Casado/união estável	45	18,4
Viúvo/separado	18	7,3
Sem Informação	13	5,3
<b>Emprego</b>		
Sim	35	14,3
Não	204	83,3
Sem Informação	6	2,4
<b>Cor</b>		

Preta	18	7,3
Parda	164	67,0
Branca	48	19,6
Sem Informação	15	6,1
<b>Aposentadoria</b>		
Sim	42	17,1
Não	200	81,7
Sem Informação	3	1,2
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

Nota. \*Hospital Ulysses Pernambucano. \*\* Região Metropolitana do Recife.

No que diz respeito ao perfil clínico da amostra (Tabela 2), observou-se que o tempo médio de hospitalização (TMH) foi de 13,5 dias (desvio padrão  $\pm$  22,9), havendo ampla oscilação do período entre 1 a 235 dias. Entre os dados, também se notou que 79,6% (n=195) receberam alta hospitalar por melhora do quadro psiquiátrico, enquanto 5,3% foram transferidos para outro centro hospitalar para tratamento especializado em dependência alcóolica ou para obter maior suporte clínico, uma vez que o HUP apresenta escassez de assistência clínica intensiva. Observou-se que 15,1% (n= 37) da amostra evadiram do serviço ou tiveram alta por assinatura do termo de responsabilidade, ou seja, não receberam alta por avaliação médica.

Tabela 2

**Perfil clínico dos prontuários de pacientes internados no HUP\* em 2016**

Variáveis	N	%
<b>Motivo da Alta</b>		
Melhorado	195	79,6
Assinatura de termo / Evasão	37	15,1
Transferido para outro serviço hospitalar	13	5,3
<b>Encaminhamento após alta hospitalar</b>		
CAPS**	185	75,5
Ambulatório	16	6,5
NASF***/ USF****	9	3,7
Outro serviço	14	5,7
Sem encaminhamento	21	8,6
<b>Concordância entre diagnósticos de admissão e alta</b>		
Sim	186	76,0
Não	29	11,8
Sem Informação	30	12,2
<b>Reinternação</b>		
Sim	88	35,9
Não	116	47,4

Sem Informação	41	16,7
<b>Voluntariedade</b>		
Sim	12	4,9
Não	233	95,1
<b>Motivo para internamento</b>		
Heteroagressividade	168	68,6
Dano à ordem pública/ privada	45	18,4
Exposição social	54	22,0
Autoagressão e suicídio	36	14,7
Judicial compulsória	5	2,0
Incapacidade grave de autocuidado	102	41,6

*Nota.* \* Hospital Ulysses Pernambucano. \*\*Centro de Atenção Psicossocial. \*\*\* Núcleo de Atenção à Saúde da Família. \*\*\*\* Unidade de Saúde da Família

Também foi evidenciada na amostra que a maior parte dos pacientes foram encaminhados ao CAPS (n=185, representando 75,5% do total). Além disso, no encaminhamento fornecido após alta hospitalar, 76% (n=186) da amostra apresentou diagnóstico de alta hospitalar em concordância com o diagnóstico sugerido na admissão hospitalar, ou seja, foi apresentada, na admissão e na alta hospitalar, a mesma categoria diagnóstica presente na 10ª edição do manual de diagnóstico Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). A 11ª versão desse manual, a CID-11, embora já divulgada, só entrará em vigor em maio de 2019 e, por isso, não foi considerada nesse estudo. Cabe salientar que 12,2% dos prontuários não apresentavam informações sobre diagnóstico de admissão e/ou de alta, como também o preenchimento adequado de demais dados para a pesquisa carecia nos prontuários. Além dessa ausência de informações, uma outra limitação do presente estudo foi a falta de padronização dos critérios de diagnósticos, pois no HUP os pacientes são avaliados por mais de um médico psiquiatra, e a interpretação dos sinais e sintomas que levam ao diagnóstico final pode variar entre os profissionais.

Quanto à reinternação, foi apontado que 47,4% (n=116) da amostra não apresentavam internamento prévio, enquanto 35,9% (n=88) haviam sido internados anteriormente. No entanto, 16,7% (n=41) dos prontuários não constavam relato sobre

internações psiquiátricas prévias. No que diz respeito à voluntariedade do internamento hospitalar, evidenciou-se que uma parcela majoritária da amostra (n=233, correspondendo a 95,1%) foi internada involuntariamente

No que tange às razões para internamento psiquiátrico, observou-se que um ou mais motivos foram alegados para justificar a internação para cada paciente. Entre eles, a heteroagressividade (n=168) e a incapacidade grave de autocuidado (n= 102) foram as justificativas mais comuns, e em menor escala, a internação judicial compulsória (n=5).

A presença de uma ou até três categorias diagnósticas foi evidenciada no documento da alta hospitalar; entre elas, a categoria para esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirantes (F20- F29) foi a mais apontada (n=81, correspondendo a 33,1%) como diagnóstico principal, sendo seguida pelos transtornos de humor (F30- F39), encontrados em 45 pacientes, ou seja, em 18,4% da amostra dos pacientes internados. Em terceiro lugar entre os diagnósticos principais fornecidos na alta hospitalar evidenciaram-se os transtornos mentais por uso de substância psicoativa (SPA) (n=42, equivalente a 17%). Em 12,2% dos prontuários (n=30), não havia a categoria diagnóstica descrita no documento da alta hospitalar. Cabe salientar que esse documento foi redigido não só para pacientes que recebiam alta por orientação médica, como também a pacientes cujos responsáveis optaram pela assinatura do termo de alta hospitalar (tabela 3).

Tabela 3

**Categoria diagnóstica principal fornecida na alta hospitalar dos prontuários de pacientes internados no HUP\* em 2016, conforme a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

<b>Categoria diagnóstica principal fornecida na alta hospitalar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09)	23	9,4
Transtornos mentais por uso de SPA** (F10-F19)	42	17,1
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29)	81	33,1
Transtornos do humor (F30-F39)	45	18,4
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F48)	8	3,3

Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69)	6	2,4
Retardo mental (F70-F79)	7	2,9
Causas não enquadradas em transtornos mentais e comportamentais	3	1,2
Ausente	30	12,2

Nota. \* Hospital Ulysses Pernambucano. \*\*Substância psicoativa.

Na tabela 4, observou-se diferença estatística entre sexo e a categoria diagnóstica principal fornecida na alta hospitalar ( $p < 0,001$ ). Dessa maneira, mostra que as categorias diagnósticas que dizem respeito aos transtornos de humor, os transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress”, transtornos somatoformes e transtornos da personalidade e do comportamento do adulto têm maior incidência nas mulheres. Por outro lado, os transtornos mentais orgânicos, os transtornos mentais por uso de SPA, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes e o retardo mental foram diagnósticos mais relacionados aos pacientes do sexo masculino.

Tabela 4

**Relação entre sexo e idade com a categoria diagnóstica principal fornecida na alta hospitalar dos prontuários de pacientes internados no HUP\* em 2016**

Variáveis	Categoria diagnóstica principal fornecida na alta hospitalar**							p-valor
	F00 - F09 n (%)	F10 - F19 n (%)	F20 - F29 n (%)	F30 - F39 n (%)	F40 - F48 n (%)	F60 - F69 n (%)	F70 - F79 n (%)	
<b>Sexo</b>								
Feminino	6 (26,1)	3 (7,1)	35 (43,2)	27 (60,0)	6 (75,0)	5 (83,3)	2 (28,6)	<b>&lt; 0,001</b>
Masculino	17 (73,9)	39 (92,9)	46 (56,8)	18 (40,0)	2 (25,0)	1 (16,7)	5 (71,4)	
<b>Idade</b>								
18  - 40	9 (39,1)	32 (76,2)	39 (48,2)	20 (44,4)	5 (62,5)	5 (83,3)	5 (71,4)	<b>0,024</b>
40  - 60	6 (26,1)	8 (19,0)	30 (37,0)	20 (44,4)	2 (25,0)	1 (16,7)	2 (28,6)	
≥ 60	8 (34,8)	2 (4,8)	12 (14,8)	5 (11,2)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Nota. \* Hospital Ulysses Pernambucano. \*\*Categoria Diagnóstica conforme a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Também foi notada diferença estatística entre idade e a categoria diagnóstica principal da alta hospitalar ( $p = 0,024$ ), ou seja, todas as categorias diagnósticas tiveram

predominância entre os pacientes com idade entre 18 a 40 anos de idade, exceto pelos transtornos de humor, os quais estiveram presentes em igual valor absoluto (n= 20) entre pacientes com idade  $\geq$  40 a 60 anos de idade (Tabela 4).

Na tabela 5, observou-se diferença estatística ( $p=0,001$ ) entre idade e o fenômeno da reinternação, com 41 pacientes reinternados entre 18 e 40 anos. Por outro lado, não foi evidenciada diferença estatística entre o sexo e a reinternação ( $p= 0,105$ ).

Tabela 5

**Relação entre sexo e idade com reinternação dos prontuários de pacientes internados no HUP\* em 2016**

Variáveis	Reinternação		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
<b>Idade</b>			
18  - 40	41 (36,0)	73 (64,0)	<b>0,001</b>
40  - 60	38 (62,3)	23 (37,7)	
$\geq$ 60	9 (31,0)	20 (69,0)	
<b>Sexo</b>			
Feminino	41 (50,0)	41 (50,0)	0,105
Masculino	47 (38,5)	75 (61,5)	

Nota. \* Hospital Ulysses Pernambucano

## DISCUSSÃO

Em conformidade com este estudo, outros trabalhos confirmaram a hegemonia do sexo masculino entre os pacientes internados em serviços de internação hospitalar psiquiátrica,<sup>15-18</sup> havendo predomínio na faixa etária entre 41 e 60 anos (57,1%), com idade média de 52,5 anos e variação entre 18 a 80 anos.<sup>16</sup> Em contrapartida, a faixa etária mais prevalente entre os internos em nosso estudo se encontrou entre os 18 a 40 anos de idade.

Hospitais psiquiátricos de Fortaleza conveniados ao SUS ilustraram uma predominância de internamentos com diagnóstico de transtorno por uso de álcool ou drogas ilícitas.<sup>15</sup> Por outro lado, um estudo multicêntrico em 1999 na cidade do Rio de Janeiro demonstrou que, quase metade dos pacientes internados receberam o diagnóstico de esquizofrenia,<sup>17</sup> assim como em uma unidade hospitalar neuropsiquiátrica na cidade de Bauru.<sup>16</sup>

Em nosso estudo, a categoria diagnóstica de esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirantes (F20-F29) ocupou o 1º lugar entre os diagnósticos psiquiátricos ofertados na alta, sendo seguidos pelos transtornos do humor (F30-F39) e depois por TM por SPA (F10-F19). A terceira colocação dessa última categoria pode ser explicada pela disponibilidade na RAPS de centros de referência para desintoxicação, como as unidades de pronto-atendimento (UPAs) e os hospitais gerais, além de leitos em serviços específicos para dependentes ao álcool, como o Hospital da Mirueira, minimizando, assim, internações no HUP devido a essa classe diagnóstica. Em conformidade com a reforma psiquiátrica, hospitais gerais, como o IMIP, vêm recebendo maior número de pacientes para desintoxicação, assim como os CAPS-Álcool e outras drogas 24h.

Sobre as diferenças entre os gêneros, o perfil do estudo no Rio de Janeiro observou que o transtorno bipolar foi mais evidente no sexo feminino e transtornos por uso de

álcool foram mais prevalentes entre os homens.<sup>17</sup> Corroborando com esse achado, em nossa pesquisa, foi comprovada a predominância dos transtornos de humor, entre eles o transtorno bipolar, nas mulheres e os TM por SPA foram mais relacionados aos pacientes do sexo masculino.

Com relação ao gênero e à reinternação, apesar da nossa pesquisa não evidenciar diferença estatística entre essas variáveis, outro estudo demonstrou a menor frequência de hospitalizações e menor número de internações de caráter involuntário em mulheres com menos de 45 anos em relação a homens da mesma faixa etária. Entre esse grupo de pacientes, a mesma dosagem do antipsicótico risperidona foi encontrada entre homens e mulheres e menor dose de outro antipsicótico, a clozapina, foi administrada em mulheres.<sup>19</sup> Por outro lado, mulheres com mais de 55 anos apresentaram maior número de hospitalizações, bem como maior dosagem de risperidona e clozapina e a mesma porcentagem de internações involuntárias, quando comparadas aos pacientes do sexo masculino da mesma idade. A proteção estrogênica nas mulheres férteis pode explicar essas diferenças.<sup>19</sup> Entre a reinternação e a idade houve diferença estatística em nosso estudo e outro trabalho verificou que os pacientes que mais se reinternaram apresentaram idade média de 37 anos.<sup>20</sup>

Entre 1932 a 1941, a taxa de reinternação no HUP era de 17,43%.<sup>21</sup> Durante esse período, entre os doentes mentais admitidos pela 1ª vez neste hospital, os que procediam do interior de Pernambuco e de outros estados representavam 50,26%, enquanto os pacientes procedentes de Recife e Olinda constituíam 41,85% do total. No entanto, entre as readmissões, aqueles que residiam no interior e em outros estados contribuíram com 41,14% e os egressos residentes em Recife e Olinda representavam 54,17%. Foi apontada também uma diferença entre os sexos, uma vez que as mulheres eram menos reinternadas em comparação aos homens (taxas de reinternação das mulheres 41,79% e dos homens

58,20%). Os percentuais de 1ª admissão dos pacientes entre homens e mulheres eram de 49,43% e 50,55%, respectivamente. Entre as explicações aventadas para essas diferenças seria a própria organização da rede assistencial da época, a qual contava com apenas uma colônia para pacientes crônicos, com admissão exclusiva para homens. Entre os transtornos mentais, as doenças constitucionais foram responsáveis pela maior parte das 1ª admissões e das readmissões. Doenças constitucionais eram descritas como a psicose maníaco-depressivo (atualmente classificada como transtorno bipolar), personalidade psicopática (denominada hoje como transtorno de personalidade antissocial), esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, excetuando-se aqueles por causas orgânicas.<sup>21</sup>

No que diz respeito ao tempo médio de hospitalização (TMH), uma pesquisa em um hospital psiquiátrico do Mato Grosso do Sul demonstrou TMH de 27,66 dias<sup>22</sup>, enquanto que um estudo realizado em instituições vinculadas ao SUS do Rio Grande do Sul demonstrou, durante o período de 2000 a 2011, diferenças entre o TMH pelos transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas e o TMH decorrentes dos demais TM. <sup>23</sup> Para diagnósticos decorrentes do consumo de SPA, o tempo médio de internações teve seu maior valor igual a 28,1 dias em 2001 e o menor foi de 16,1 dias em 2009. Já para o grupo dos demais transtornos, a redução foi de 31,4 dias, maior valor, correspondente ao tempo médio observado no ano 2000, para 20,0 dias, tempo médio registrado em 2010.<sup>23</sup> Em nosso trabalho, o TMH foi de 13,5 dias, ou seja, valor bem abaixo dos apresentados nos estudos citados, como também foi abaixo de 30 dias, período estabelecido como o tempo médio de internação psiquiátrica pelo Ministério da Saúde para adultos.<sup>24</sup>

## CONCLUSÕES

Uma vez que a internação hospitalar significa o agravamento do quadro psiquiátrico, as informações sobre o perfil de pacientes internados em hospitais psiquiátricos são imprescindíveis para a compreensão das características epidemiológicas e clínicas dos TM mais comuns que motivam internamento hospitalar.

Com posse dessas informações, também é possível delimitar estratégias para melhoria da rede de assistência aos pacientes com TM, estabelecendo-se medidas preventivas para evitar internamentos para os usuários da RAPS que se enquadram no perfil predominantemente apontado em nossa pesquisa: homens entre 18 a 40 anos, com procedência da RMR, religião católica, estado civil solteiro, internação involuntária e sem histórico de reinternamento.

A maioria dos pacientes estava desempregada, tinha cor parda e não possuía aposentadoria. O TMH foi de 13,5 dias e a maioria das altas hospitalares foram ofertadas por melhora do quadro psiquiátrico. Foi observada que a maior parte da amostra apresentou diagnóstico de alta hospitalar em concordância com o diagnóstico sugerido na admissão hospitalar. A categoria para esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirantes foi a mais apontada como diagnóstico principal, sendo seguida pelos transtornos de humor e depois pelos transtornos mentais por uso de SPA. Todas as categorias diagnósticas tiveram predominância entre os pacientes com idade entre 18 a 40 anos de idade, exceto pelos transtornos de humor. Além disso, a heteroagressividade e a incapacidade grave do autocuidado foram os motivos mais apontados para justificar a internação.

## **CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS**

Lourdes Cavalcanti participou da concepção e desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e resultados, redação crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Leopoldo Barbosa participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Maria do Carmo Vieira participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Bruno Nascimento participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

## **CONFLITO DE INTERESSES**

Os participantes dessa pesquisa não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

**AGRADECIMENTOS**

Ao Hospital Ulysses Pernambucano e à equipe do setor de arquivo dessa instituição pela viabilização dessa pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Heal Organ. 2017:1-24.
2. Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018.
3. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. The Lancet Psychiatry. 2016 [acesso em 2018 dez 13]; 3(5): 415-424. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27083119>.
4. World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/89966>
5. Paton F, Wright K, Ayre N et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: A rapid synthesis of the evidence for available models of care. Health Technol Assess (Rockv). 2016 [acesso em 2018 dez 14]; 20(3): 1- 162. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26771169>.
6. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. Policy and practice: The treatment gap in mental health care. Bull World Heal Organ. 2004 [acesso em 2018 dez 14]; 82(11): 858-866. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15640922>.
7. Gallassi Andrea Donatti, Elias Paulo Eduardo Mangeon, Andrade Arthur Guerra de. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas - SP. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 2008 [acesso em 2019 jan 02] ; 35( Supl 1 ): 2-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000700002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700002&lng=en).
8. Santos Élem Guimarães dos, Siqueira Marluce Miguel de. Prevalência dos

- transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2010 [acesso em 2019 jan 02]; 59 (3): 238-246. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en).
9. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2010; Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010): 88-93.
  10. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.216 de 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. [Internet]. Brasília, DF; 2001. [acesso em 2018 nov. 9]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
  11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Nota técnica: 11/2019 - CGMAD/ DAPES/ SAS/ MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. 32p.
  12. Cardoso L, Galera SA. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 [acesso em 2018 nov 10]; 45(1):87-94. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100012&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100012&script=sci_abstract).
  13. Banco de Dados do Sistema do Hospital Ulysses Pernambucano [programa de computador]. Versão 2.2. 2019.

14. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2012. Brasília; 2013.
15. Melo MCA, Albuquerque SGC, Luz JHS, de Lima Feitosa Quental PT, Sampaio AM, Lima AB. Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. Cien Saude Colet. 2015 [acesso em 2018 dez 10] ;20(2): 343-352. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200343&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200343&script=sci_abstract&tlng=pt).
16. Pereira M, Jericó M, Perroca M, Mukai H. Instituição psiquiátrica de longa permanência: perfil de pacientes e indicadores de recursos humanos . SMAD [Internet]. 1abr.2013 [acesso em 2018 mar 2]; 9(1):33-0. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/77412>.
17. Silva João Paulo Lyra da, Coutinho Evandro da S. F., Amarante Paulo Duarte. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1999 Sep [acesso em 2018 set 02] ; 15( 3 ): 505-511. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000300007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300007&lng=en).
18. Barros NHS. Características biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em hospital psiquiátrico de Campo Grande-MS [dissertação]. Campo Grande (MS). Curso de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco; 2007.
19. Polachek IS, Manor A, Baumfeld Y et al. Sex differences in psychiatric hospitalizations of individuals with psychotic disorders. J Nerv Ment Dis. 2017 [acesso em 2018 nov 14]; 205(4):313-317. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28129306>.
20. Timo LP de OAR, Campos LM, Costa CLP, Vieira IP de M, Ramos BA de A,

- Vidal CEL. Clinical and sociodemographic profile of Hospital readmissions in the Psychiatric Hospital of Barbacena in the period of 2003-2013. *Rev Médica Minas Gerais*. 2016 [acesso em 2018 dez 04]; 26(Supl 3):47-51. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1962>
21. Cavalcanti Borges J. Aspectos do reinternamento no Hospital de Alienados do Recife. *Rev Neurobiol*. 1943;4 (Tomo VI):184-193.
  22. Souza José Carlos, Souza Neomar, Magna Luís Alberto. Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico. *J. bras. psiquiatr*. [Internet]. 2008 [acesso em 2019 fev 02] ; 57 ( 2 ): 112-116. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852008000200005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000200005&lng=en).
  23. Horta Rogério Lessa, Costa Juvenal Soares Dias da, Balbinot Alexandre Didó, Watte Guilherme, Teixeira Vanesa Andina, Poletto Simone. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. *Rev. bras. epidemiol*. [Internet]. 2015 Dec [acesso 2019 Jan 02] ; 18( 4 ): 918-929. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000400918&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400918&lng=en).
  24. BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental. Brasília, DF, 1990.

## V. CONCLUSÕES

A presente pesquisa apontou que o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes internados no HUP em 2016 se caracterizou, predominantemente, por homens, entre os 18 a 40 anos, procedentes da RMR, com religião católica, estado civil solteiro, internação involuntária e sem histórico de reinternamento. A maioria estava desempregada, tinha cor parda e não possuía aposentadoria.

Também foi evidenciado em nosso trabalho que o TMH foi de 13,5 dias e que a maioria das altas hospitalares foram ofertadas por melhora do quadro psiquiátrico, além de que a maior parte da amostra apresentou diagnóstico de alta hospitalar em concordância com o diagnóstico sugerido na admissão hospitalar. A categoria para esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirantes foi a mais apontada como diagnóstico principal, sendo seguida pelos transtornos de humor e depois pelos TM por uso de SPA. Todas as categorias diagnósticas tiveram predominância entre os pacientes com idade entre 18 a 40 anos de idade, exceto pelos transtornos de humor. Além disso, a heteroagressividade e a incapacidade grave do autocuidado foram os motivos mais apontados para justificar a internação.

As categorias diagnósticas que dizem respeito aos transtornos de humor, os transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress”, transtornos somatoformes e transtornos da personalidade e do comportamento do adulto teve maior incidência nas mulheres. Por outro lado, os transtornos mentais orgânicos, os TM por uso de SPA, esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes e o retardo mental foram diagnósticos mais relacionados aos pacientes do sexo masculino.

Em nosso trabalho, foi evidenciada a falta do registro adequado de alguns dados sobre os pacientes internados. A obtenção dessas informações, incluindo o registro adequado em prontuário, bem como a sua conservação, é de fundamental importância

para o conhecimento sobre o paciente com TM grave, uma vez que a internação hospitalar é indicada quando há piora do quadro psiquiátrico. Com a posse desse conhecimento, é possível identificar quais características estão mais presentes nos pacientes com TM grave, bem como reconhecer falhas na RAPS, as quais significam o agravamento do TM.

## **VI. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES**

### **6.1. Recomendações para a prática clínica**

Uma vez que a internação hospitalar representa o agravamento do quadro psiquiátrico, as informações sobre o perfil de pacientes internados em hospitais psiquiátricos são imprescindíveis para a compreensão das características epidemiológicas e clínicas dos TM mais comuns que motivam internamento hospitalar. Com posse dessas informações, também é possível delimitar estratégias para melhoria da rede de assistência aos pacientes com TM, estabelecendo-se medidas preventivas para evitar internamentos aos usuários da RAPS que se enquadram no perfil apontado em nossa pesquisa.

Dessa maneira, são feitas as seguintes sugestões ao HUP:

- Capacitações direcionadas à equipe multidisciplinar (em particular, aos psiquiatras) sobre o preenchimento de informações dos prontuários, uma vez que foi apontada a carência o registro de diversos dados importantes, como por exemplo, o diagnóstico de alta hospitalar.
- Implementação de instrumentos, como questionários padronizados com informações sociodemográficas e clínicas, que possam ser preenchidos pela equipe.
- Melhorias direcionadas ao estado de conservação dos prontuários, sobretudo no que diz respeito ao ambiente do arquivo do HUP, o qual não dispunha de infraestrutura qualificada para estocar prontuários.
- Informatização dos dados, com a implementação de prontuários eletrônicos, de maneira a facilitar o acesso às informações sobre os pacientes.

Aos profissionais da RAPS, sugere-se:

- Observação atenta aos usuários da rede, principalmente aos que se encontram no perfil clínico e sociodemográfico apontado neste estudo, a fim de traçar estratégias que evitem o agravamento do quadro do TM e por fim, a internação hospitalar.

## **6.2. Recomendações para a pesquisa**

Apesar de sua importância para a assistência dos pacientes com TM graves, o HUP não dispunha de informações sobre o perfil clínico e sociodemográfico de seus pacientes internados, prejudicando a avaliação do funcionamento da RAPS e o estabelecimento de medidas para a qualificação do atendimento na rede. Nesse sentido, são recomendados:

- Desenvolvimento de pesquisas sobre o tema, com amostra representativa e correspondente a outros períodos de tempo, facilitando a compreensão da evolução do perfil dos pacientes internados ao longo dos anos.
- Implementação de instrumentos de pesquisa para delinear o perfil de pacientes admitidos em outros dispositivos da RAPS, de maneira que se identifiquem aqueles pacientes mais vulneráveis à internação hospitalar.

## VII. REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.
2. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
3. OMS. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: uma nova concepção, nova esperança. Lisboa; CLIMEPSI, 2001.
4. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Heal Organ. 2017;1-24.
5. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. The Lancet Psychiatry. 2016 [acesso em 2018 abril 20]; 3(2):171-178. Disponível em: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2.
6. Lopez AD, Murray CC. J. The global burden of disease , 1990 – 2020. Nat Med. 1998 [acesso em 2018 set 23]; 4(11):1241-1243. Disponível em [https://www.nature.com/articles/nm1198\\_1241](https://www.nature.com/articles/nm1198_1241).
7. Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018.
8. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. The Lancet Psychiatry. 2016 [acesso em 2018 dez 13]; 3(5): 415-424. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27083119>.
9. World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/89966>.

10. Paton F, Wright K, Ayre N et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: A rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2016 [acesso em 2018 dez 14]; 20(3): 1- 162. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26771169>.
11. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. Policy and practice: The treatment gap in mental health care. *Bull World Heal Organ*. 2004 [acesso em 2018 dez 14]; 82(11): 858-866. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15640922>.
12. Gallassi Andrea Donatti, Elias Paulo Eduardo Mangeon, Andrade Arthur Guerra de. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas - SP. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2008 [acesso em 2019 jan 02] ; 35( Supl 1 ): 2-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000700002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700002&lng=en).
13. Santos Élem Guimarães dos, Siqueira Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2010 [acesso em 2019 jan 02] ; 59 (3): 238-246. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en).
14. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 31 dez. 2010; Seção 1 :88-93.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Nota técnica: 11/2019 - CGMAD/ DAPES/ SAS/ MS. Esclarecimentos sobre as

mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. 32p.

16. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.216 de 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. [Internet]. Brasília, DF; 2001. [acesso em 2018 nov. 9]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

17. Cardoso L, Galera SA. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2011 [acesso em 2018 nov 10]; 45(1):87-94. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100012&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100012&script=sci_abstract).

18. Brasil. Resolução CFM No 2.057/2013. Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria. Diário Oficial da União, 12 de nov. de 2013, Seção I, p. 165-171.

19. Miranda-Sá Jr. Luiz Salvador de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [Internet]. 2007 Ago [ acessado 2019 Mar 02]; 29 (2): 156-158. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082007000200005&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200005&lng=pt).

20. Ferraz MP de T. História Da Psiquiatria No Brasil. Um pouco de São Paulo: estudo de caso. 1ª edição. São Paulo: Leitura Médica, 2016.

21. Coelho Filho H. A Psiquiatria No País Do Açúcar. 2ª edição. Recife: Rodovalho, 1983.
22. Bastos, Othon. A história da psiquiatria em Pernambuco e outras histórias. 2ª edição. Recife: EDUPE, 2010.
23. Marcello Mendonça Nascimento, Bruno; Coelho Bastos Filho, Othon. Escola de Psiquiatria do Recife: fundação e 1ª sucessão de Ulysses Pernambucano a José Lucena. 2007. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, Recife; 2007.
24. Pernambuco. Decreto n. 26, 10 de janeiro de 1931. Assistência a Psychopatas.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No 52, De 20 De Janeiro De 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2004 jan 20.
27. Andreoli SB, Dos Santos MM, Quintana MI, et al. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. PLoS One. 2014 [acesso em 2018 nov 15]; 9(2):1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24551174>.
28. Banco de Dados do Sistema do Hospital Ulysses Pernambucano [programa de computador]. Versão 2.2. 2019.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental. Brasília, DF, 1990.

## APÊNDICE

### Formulário de coleta de dados

**Nome do paciente:** \_\_\_\_\_

**Número do prontuário:** \_\_\_\_\_

**Data da coleta:** \_\_\_\_\_

**Número do formulário:** \_\_\_\_\_

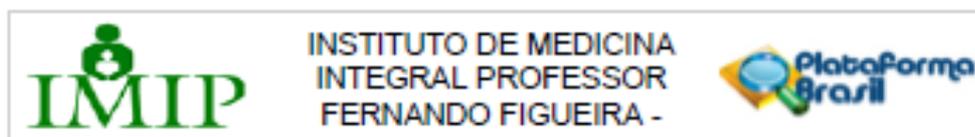
- Idade:
  - 18 a 39 anos
  - 40 a 59 anos
  - 60 anos ou mais.
  
- Sexo
  - Masculino
  - Feminino.
  
- Procedência:
  - Região Metropolitana do Recife
  - Interior de Pernambuco
  - Sem informação
  
- Religião:
  - Católica
  - Evangélica
  - Outras religiões
  - Sem informação.
  
- Estado civil:
  - Solteiro

- Casado/união estável,
- Viúvo/separado
- Sem informação.
- Emprego ou situação laboral:
  - Sim
  - Não
  - Sem informação
- Cor ou raça autorreferida
  - Branca
  - Preta
  - Parda
  - Sem informação
- Aposentadoria:
  - Sim
  - Não
  - Sem informação
- Motivo da alta:
  - Melhorado
  - Assinatura de termo / Evasão
  - Transferido para outro serviço hospitalar
- Encaminhamento após internamento:
  - CAPS
  - Ambulatório
  - NASF/ USF
  - Outro serviço

- Sem encaminhamento
- Concordância entre o diagnóstico psiquiátrico ofertado na admissão e na alta hospitalar:
  - Sim
  - Não
  - Sem informação
- Reinternação:
  - Sim
  - Não
  - Sem informação
- Voluntariedade da internação:
  - Sim
  - Não
  - Sem informação
- Duração do internamento ou tempo médio de hospitalização: \_\_\_\_\_
- Motivo para o internamento:
  - Heteroagressividade
  - Dano à ordem pública/ privada
  - Exposição social
  - Autoagressão e suicídio
  - Judicial compulsória
  - Incapacidade grave de autocuidado
- Diagnóstico principal fornecido na alta hospitalar:
  - Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09)
  - Transtornos mentais por uso de SPA (F10-F19)

- Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29)
- Transtornos do humor (F30-F39)
- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F48)
- Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto (F60-F69)
- Retardo mental (F70-F79)
- Causas não enquadradas em transtornos mentais e comportamentais
- Ausente

## ANEXOS

ANEXO 1- CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA  
PELO CEP/IMIP

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ENTRE 2015-2016: ESTUDO DESCRITIVO TRANSVERSAL

**Pesquisador:** LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68382017.8.0000.5201

**Instituição Proponente:** Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.130.041

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, com dados dos prontuários dos pacientes internados no HUP nos anos de 2015 e 2016. A coleta de dados se dará através da obtenção do banco de dados disponibilizado pelo setor de Informática do HUP, onde constam informações sociodemográficas. Para complemento dos dados sobre o perfil clínico dos pacientes, prontuários serão resgatados do banco de arquivos dessa mesma instituição

## Objetivo da Pesquisa:

## Geral:

Determinar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados no Hospital Ulysses Pernambucano.

## Específicos:

- Descrever as características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, raça, escolaridade, cidade de moradia e trabalho atual);
- Determinar o perfil clínico (diagnóstico que motivou internamento, quantidade de internações prévias, período de permanência e voluntariedade do internamento);
- Identificar o conteúdo da atividade delirante no momento da admissão hospitalar, caso esteja

Endereço: Rua dos Coelhos, 300  
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-850  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2122-4755 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comtedetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 2.130.041

presente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos advindos da pesquisa serão mínimos e os benefícios irão ocorrer a partir das informações geradas a partir do estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é factível e poderá trazer boas informações a partir do tema.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos estão descritos adequadamente.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

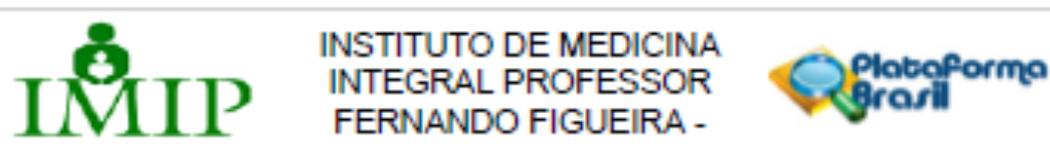
Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	ProjetoSIGAP182.pdf	19/05/2017 11:37:31	MONICA MARIA DE SOUZA MEDEIROS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_885180.pdf	12/05/2017 06:53:32		Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.jpeg	09/05/2017 15:21:35	LOURDES THALITA MEYER DE ANDRADE CAVALCANTI	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.docx	09/05/2017 15:20:43	LOURDES THALITA MEYER DE ANDRADE CAVALCANTI	Aceito
Outros	CL_Maria_do_Carmo_Vieira_da_Cunha.docx	09/05/2017 15:19:20	LOURDES THALITA MEYER DE ANDRADE CAVALCANTI	Aceito
Outros	CL_Lourdes_Thalita_Meyer_de_Andrade_Cavalcanti.docx	09/05/2017 15:19:03	LOURDES THALITA MEYER DE	Aceito

Endereço: Rua dos Coelhos, 300  
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-650  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeticos@imip.org.br



Continuação do Parecer: 2.130.041

Outros	CL_Lourdes_Thalita_Meyer_de_Andrade_Cavalcanti.docx	09/05/2017 15:19:03	ANDRADE CAVALCANTI	Aceito
Outros	CL_Leopoldo_Nelson_Fernandes_Barbosa.docx	09/05/2017 15:18:41	LOURDES THALITA MEYER DE ANDRADE CAVALCANTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_enviado_para_cep_08maio.docx	09/05/2017 15:18:03	LOURDES THALITA MEYER DE ANDRADE CAVALCANTI	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_dispensa_assinado.docx	09/05/2017 15:16:00	LOURDES THALITA MEYER DE ANDRADE CAVALCANTI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.docx	09/05/2017 15:14:38	LOURDES THALITA MEYER DE ANDRADE CAVALCANTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 21 de Junho de 2017

Assinado por:

Gláucia Virgínia de Queiroz Lins Guerra  
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300  
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-850  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeticos@imip.org.br

## **ANEXO 2- INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

### **Foco e políticas gerais**

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP) é o periódico oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Ele é o jornal psiquiátrico com maior tradição no Brasil, sendo regularmente publicado há mais de 70 anos.

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria esforça-se para publicar estudos de alta qualidade que tenham como objetivo o avanço do conhecimento sobre os transtornos mentais e a melhoria da assistência e cuidado dos pacientes que sofrem destas condições. O Jornal visa educar e atualizar clínicos, acadêmicos e pesquisadores em psiquiatria, psicologia, sociologia e em outros campos científicos relacionados à saúde mental.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica artigos originais, relatos breves, revisões, cartas ao editor e editoriais que sirvam aos objetivos acima mencionados, como também aqueles com características eurísticas, que possam auxiliar os pesquisadores a vislumbrar novas linhas de estudo e investigação. Todos os manuscritos são revisados por pareceristas anônimos o mais rápido possível.

### **Preparação dos manuscritos**

Tipos de artigos aceitos:

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica os seguintes tipos de manuscritos:

Artigos originais – Relatos de estudos originais baseados na excelência científica em psiquiatria, e que proporcionem um avanço na pesquisa clínica e experimental. Artigos originais devem conter novos dados, oriundos de um número representativo de

pacientes, utilizando métodos adequados e confiáveis. Os artigos não devem ultrapassar 4.000 palavras.

Relatos breves – Pequenos relatos de estudos originais, avaliações ou estudos-piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.

Revisões – Revisões sistemáticas objetivas e concisas desenhadas para reunir informações relevantes e atualizadas sobre um tópico específico de particular interesse e importância em psiquiatria e saúde mental. Os autores devem analisar e discutir criticamente a literatura disponível. Revisões devem conter no máximo 6.000 palavras.

Cartas ao editor – São comunicações discutindo artigos recentemente publicados neste jornal, descrevendo pesquisas originais, relato de casos ou descobertas científicas relevantes. As cartas não devem ter mais de 500 palavras e cinco referências.

Editoriais – Comentários críticos e baseados em evidências feitos por pesquisadores com grande experiência em uma área específica do conhecimento, a pedido dos editores deste jornal. Devem conter no máximo 900 palavras e cinco referências.

#### Originalidade e autoria

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria somente considera para publicação manuscritos compostos de material original, que não estão submetidos para avaliação em nenhum outro periódico, ou que não tenham sido publicados em outros meios. As únicas exceções são resumos com menos de 400 palavras. Os autores devem identificar tabelas, figura e/ou qualquer outro material que tenham sido publicados em outros locais, e obter a autorização dos proprietários dos direitos autorais antes de reproduzir ou modificar esses materiais. Ao submeter um manuscrito, os editores entendem que os autores estão de acordo e seguem estas exigências, que todos os autores participaram substancialmente do

trabalho, e que cada um deles reviu e aprovou a versão submetida. Assim, cada autor precisa declarar sua contribuição individual ao artigo na carta de apresentação (veja abaixo)

#### Declaração de conflitos de interesse e suporte financeiro

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria exige que todos os autores declarem individualmente qualquer potencial conflito de interesse e/ou qualquer tipo de suporte financeiro para o estudo obtido nos últimos três anos ou em um futuro previsível. Esta declaração inclui, mas não está limitada à compra e venda de ações, bolsas, fomentos, empregos, afiliações, royalties, invenções, relações com organizações financiadoras (governamentais, comerciais, não-profissionais, etc.), aulas, palestras para indústrias farmacêuticas, patentes (solicitadas, registradas, em análise ou fase de preparação) ou viagens; independente do valor envolvido. Se um ou mais autores não possuírem conflitos de interesse a serem declarados, isto precisa ser explicitamente informado (p.ex. Drs. Leme Lopes e Nobre de Mello não possuem conflitos de interesse a serem declarados). Os autores interessados em obter mais informações sobre este tópico podem ler um editorial publicado no British Medical Journal, intitulado "Beyond conflict of interest", que está disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/281>.

Os conflitos de interesse e declarações de suporte financeiro devem ser escritos em uma sessão separada, intitulada "Conflitos de Interesse", após a seção "Contribuições Individuais".

#### Questões éticas

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos. Assim, na seção intitulada

"Métodos", os autores devem identificar a aprovação e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo. Ainda, em caso de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem declarar explicitamente que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, os autores devem descrever os métodos empregados para avaliar a capacidade dos voluntários em entender e dar seu consentimento informado para participar do estudo, além de descrever também as estratégias utilizadas no estudo para garantir a proteção dos participantes. Finalmente, em caso de estudos envolvendo animais, os autores devem declarar que as normas institucionais e nacionais para o cuidado e emprego de animais de laboratório foram estritamente seguidas.

#### Registro de experimentos clínicos

Antes de submeter um manuscrito para avaliação pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os ensaios clínicos precisam ser registrados em uma base pública de registros de experimentos clínicos. Um ensaio clínico é aqui definido como qualquer pesquisa que recruta prospectivamente seres ou grupos de humanos para receber uma ou mais intervenções (farmacológica ou não), a fim de se avaliar seu impacto na saúde. Estes ensaios podem ser registrados antes ou durante o recrutamento dos voluntários. Para ser considerada válida, uma base de registros de ensaios clínicos precisa ser acessível gratuitamente ao público, deve possuir mecanismos que possibilitem ser pesquisáveis eletronicamente, deve ser aberta para o registro de todos os ensaios prospectivos e gerenciada por uma agência sem fins lucrativos. Alguns exemplos são a National Institutes of Health Clinical Trials (<http://www.clinicaltrials.gov>), a Netherlands Trial Register (<http://www.trialregister.nl>), a UMIN Clinical Trials Registry (<http://www.umin.ac.jp/ctr>) e o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

(<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), entre outras. O nome do estudo e sua URL, o nome da base de registro de ensaios clínicos e sua URL, assim bem como o número de registro do estudo devem ser descritos imediatamente após a seção "Conflito de Interesses".

#### Estrutura geral do manuscrito

Abreviações devem ser evitadas. Porém, abreviações oficiais podem ser usadas, desde de que a primeira menção do termo no texto seja feita de forma completa e por extenso, seguida de sua abreviação entre parênteses. Os autores devem usar o nome genérico dos medicamentos, ao invés de seus nomes comerciais.

Todas as páginas devem ser numeradas, com a contagem total de palavras indicada na primeira página (não devem ser contadas as palavras do resumo em português e inglês, das referências e das figuras e ilustrações).

A primeira página deve conter o título, o título curto (ambos em português e em inglês), a contagem total de palavras do manuscrito, o nome dos autores e suas afiliações. O título do artigo não deve conter siglas ou acrônimos. O título curto deve conter até 50 caracteres (incluindo espaços) e um máximo de cinco palavras. Diferente do título, o título curto deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (no mesmo idioma que o manuscrito foi escrito).

A segunda página deve conter o resumo em português e o número de registro do experimento (quando aplicável, ver acima). O resumo deve ser informativo, claro e sucinto, descrevendo o conteúdo do manuscrito em até 250 palavras. Para artigos originais, relatos breves e revisões, o resumo deve ser estruturado em 4 tópicos: objetivo (s), métodos, resultados e conclusões. Após o resumo, devem ser incluídas até cinco palavras-chave. Estas palavras, se possível, devem ser retiradas da lista de termos MeSH

do Index Medicus e ser escolhidas considerando sua utilidade para a localização do artigo. Para artigos escritos em português, estes termos podem ser encontrados nos Descritores de Ciências da Saúde, publicados pela BIREME.

A terceira página deve conter o resumo e as palavras-chave em inglês. Ambos devem ser equivalentes às suas versões em português.

A quarta página deve conter o início ou toda a Introdução. Em artigos originais, relatos breves e revisões, a Introdução deve ser seguida pelas seções Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesses, Agradecimentos e referências; nesta ordem. Apesar do Jornal Brasileiro de Psiquiatria não estipular um número máximo de páginas, os autores devem sempre respeitar o número máximo de palavras e referências permitidas para cada tipo de artigo. Tabelas e figuras devem vir após as referências, devem ser citadas no texto, e o local desejado para sua inserção deve ser indicado no manuscrito.

**Introdução** - Deve incluir uma revisão sucinta de toda a literatura diretamente relacionada ao assunto em questão, além disso, deve descrever os objetivos do estudo.

**Métodos** - Deve relatar o desenho do estudo e descrever detalhadamente os métodos empregados, de forma a permitir que outros autores sejam capazes de replicá-lo.

**Resultados** - Devem ser descritos de forma lógica, sequencial e sucinta, usando-se, ocasionalmente, o auxílio de tabelas e figuras.

**Discussão** - A discussão deve limitar-se a destacar as conclusões do estudo, considerando as similaridades e diferenças dos seus resultados e daqueles de outros autores, as implicações dos seus resultados, as limitações do seu estudo e as perspectivas futuras.

Conclusões - Os autores devem especificar, de preferência em parágrafo único e curto, somente as conclusões que podem ser respaldadas pelos dados do estudo, assim como sua importância clínica (sem generalizações excessivas).

Contribuições individuais - Nesta seção, o manuscrito deve descrever as contribuições específicas feitas por cada um dos autores. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve preencher, no mínimo, todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho dos estudos, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada.

Conflitos de interesse - Cada autor deve revelar qualquer potencial conflito de interesse (financeiro ou não) que possa ter potencial de ter enviesado o estudo. Caso um ou mais dos autores não possuam conflitos de interesse a serem declarados, isto deve ser afirmado explicitamente (ver seção Declaração de Conflitos de Interesse e Suporte Financeiro).

Agradecimentos - Nesta seção, os autores devem reconhecer as assistências pessoais e técnicas recebidas, assim como fornecer informação detalhada a respeito de todas as fontes de financiamento ou outras formas de auxílio econômico.

Referências - Devem seguir o estilo Vancouver ("Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" [[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)]), ordenadas de acordo com a sua citação no texto. Exemplos:

Artigos:

Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(1):27-33.

Appolinario JC, McElroy SL. Pharmacological approaches in the treatment of binge eating disorder. *Curr Drug Targets*. 2004;5(3):301-7.

Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002;38:425-34.

#### Livros:

Goodwin FFK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.

#### Capítulos de livros:

Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social Phobia – Diagnosis Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press, 1995.

#### Referências a páginas da internet:

Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para a Indústria da moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos Alimentares. [http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao\\_ta/diretrizes\\_moda.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_ta/diretrizes_moda.pdf). Acessado em 12 de Abril de 2007.

#### Tabelas e figuras:

Todas as tabelas e figuras devem seguir a formatação do estilo da APA (Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition). Além disso, todas devem ser numeradas com algarismos arábicos e ter suas respectivas legendas. Devem ainda estar em formato digital próprio para a sua reprodução. Cada tabela deve ser autoexplicativa, e não deve repetir informações apresentadas no texto. Os lugares para a inserção das tabelas devem ser claramente assinalados no texto.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, nos formatos .tif ou .jpg.

### **Submissão dos manuscritos**

Visando reduzir o tempo entre a submissão do manuscrito, a decisão final dos editores, e sua eventual publicação, o Jornal Brasileiro de Psiquiatria implementou o sistema de submissão e acompanhamento online através do ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/jbpsiq-scielo>). Desta forma, o Jornal Brasileiro de Psiquiatria não aceita mais manuscritos enviados por e-mail. Todos os manuscritos, sem exceções, devem ser submetidos através do sistema do ScholarOne. Durante o processo de submissão, os autores precisarão fornecer um título e um título curto (máximo de cinco palavras), indicar o autor de correspondência com respectivo ORCID (<https://orcid.org/signin>), incluir um resumo conciso, uma carta de apresentação e uma carta de permissão, sugerir cinco pareceristas em potencial, além de seguir os demais passos exigidos pelo ScholarOne. Atenção: os pareceristas sugeridos não podem trabalhar na mesma instituição/departamento, ter relações próximas ou ter publicado como coautor de qualquer um dos autores. O não cumprimento desta exigência poderá levar a recusa do manuscrito.

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

## **Carta de apresentação**

Na carta de apresentação os autores devem fornecer o nome completo e as afiliações de todos os autores e o endereço de contato do autor para correspondência (endereço, endereço de e-mail, telefones, fax, etc.). Além disso, os autores devem explicar por que eles acreditam que o manuscrito submetido é adequado para publicação no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, destacando sua relevância e seus aspectos inovadores. Os autores são ainda solicitados a declarar claramente que o manuscrito submetido representa um material original, que não foi publicado anteriormente e que não está sendo avaliado para publicação em nenhum outro lugar.

Se os autores receberam ajuda de escritores técnicos ou revisores de idiomas quando prepararam o manuscrito, isto deve ser explicitado na carta de apresentação, junto com a declaração de que os autores são totalmente responsáveis pelo conteúdo científico do manuscrito. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve, no mínimo, preencher todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho do estudo, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada. A supervisão/coordenação geral do grupo de pesquisa por si só não justifica a autoria. Participação somente na aquisição de verbas provenientes de fontes financiadoras ou na coleta de dados também não são suficientes para justificar autoria. A fim de garantir que todas essas condições sejam satisfeitas, os autores são solicitados a incluir uma declaração a respeito da autoria, descrevendo separadamente o papel de cada um dos autores no estudo e na preparação do manuscrito. Caso esta declaração sobre autoria não tenha sido incluída na carta de apresentação, o manuscrito não será revisto.

## **Após a submissão**

### Revisão por pares

Após receber o manuscrito através do ScholarOne, os editores julgarão se ele será revisado pelos pareceristas anônimos. Sua decisão será baseada no foco de publicação do jornal e na estrutura, originalidade e relevância do manuscrito para o campo. Em seguida, caso os revisores decidam assim, o manuscrito será enviado a pelo menos dois revisores anônimos e independentes (que não são necessariamente aqueles sugeridos pelos autores). Os editores do Jornal Brasileiro de Psiquiatria esforçam-se para manter rápido o processo de publicação. Geralmente o período entre a submissão e o aceite do manuscrito é de cerca de três meses. Os autores receberão um e-mail dos editores com sua decisão final e uma cópia dos comentários dos revisores. No caso de ter sido indicada a revisão do manuscrito, os autores devem enviar um texto final com as alterações necessárias (respondendo cada item levantado pelos revisores), seguindo as instruções dadas pelos editores. Os autores devem reproduzir o item levantado pelo revisor imediatamente antes de cada uma das suas respostas. Enviar apenas as respostas separadas dos itens levantados pelos revisores poderá lentificar o processo de avaliação do manuscrito. Todo este processo pode ser acompanhado pelos autores através do ScholarOne.

### Carta de autorização

Os autores devem submeter a seguinte carta de autorização juntamente ao manuscrito:

"Os autores abaixo-assinados aprovam, através desta, a submissão deste trabalho e da subsequente transferência de todos os seus direitos autorais para o Jornal Brasileiro de

Psiquiatria, a fim de permitir a sua publicação. Os autores atestam ainda que o seu trabalho representa um material original, que não infringe nenhum direito autoral de terceiros, e que nenhuma parte deste trabalho foi publicada ou será submetida para publicação em outro lugar, até que tenha sido rejeitado pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Finalmente, os autores concordam em indenizar os editores por qualquer dano ou prejuízo secundário a quebra deste acordo. No caso do manuscrito não ser publicado, seu direito autoral retorna a seus autores."

Todos os autores devem assinar a carta de permissão e incluir seus nomes completos, endereços, telefones e e-mails. Esta carta deve ser escaneada e submetida aos editores através do ScholarOne.