



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

DEMANDAS DE CUIDADO EM SAÚDE DO PACIENTE COM TRANSTORNO
MENTAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

EMILIANE CUNHA FERREIRA

RIO DE JANEIRO

2014

EMILIANE CUNHA FERREIRA

DEMANDAS DE CUIDADO EM SAÚDE
DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL
EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção de Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

Rio de Janeiro

2014

Ferreira, Emiliane Cunha

Demandas de cuidado em saúde do paciente com transtorno mental em processo de envelhecimento / Emiliane Cunha Ferreira. - Rio de Janeiro, 2014.

134f.:

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2014.

Orientador: Jaqueline Da Silva

Enfermagem psiquiátrica. 2. Comorbidades. 3. Envelhecimento. I.Título. II.Silva, Jaqueline Da.

EMILIANE CUNHA FERREIRA

DEMANDAS DE CUIDADO EM SAÚDE
DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL
EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção de Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 25 de julho de 2014, por

BANCA EXAMINADORA

Profª Jaqueline Da Silva, PhD – Presidente
Escola de Enfermagem Anna Nery –EEAN / UFRJ

ProfªDrª Maria Tavares Cavalcanti – 1ª Examinadora
Instituto de Psiquiatria – IPUB / UFRJ

Profª Drª Maria Manuela Vila Nova Cardoso – 2º Examinador
Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN / UFRJ

Profª Drª Glaucia Valente Valadares - Suplente
Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN / UFRJ

Profª Drª Fátima Helena do Espírito Santo – Suplente
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa –EEAAC / UFF

Dedico este trabalho:

Ao meu eterno amor, companheiro e amigo, **Ronaldo**, que nunca me deixou desistir dos sonhos, e cuidou de mim nas horas difíceis.

As minhas lindas e preciosas filhas **Luana e Dayane**, que a cada dia me ensinam a viver, e por compreenderem os momentos de ausência

Aos meus pais **Altair e M^a Luiza**, que com determinação e amor me ajudam a enfrentar os desafios da vida

A minha avó e madrinha, **Maria Emília - “Cheirosa”** - que com carinho e sabedoria torna a minha caminhada mais suave.

Ao meu avô **Álvaro** “in memoriam”, que foi um grande inspirador e incentivador na busca do conhecimento.

Amo Vocês!

AGRADECIMENTOS

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso”.

Charles Chaplin

A *Deus e aos amigos de luz*, que tem me ajudado no equilíbrio durante esta caminhada. Por me amparar nos momentos difíceis, me mostrar o caminho nas horas incertas e por ter colocado em meu caminho pessoas tão especiais, sem as quais certamente não teria dado conta.

Aos meus pais, *Altair e Maria Luiza*, por ter me ensinado à caminhar. A vocês, que muitas vezes renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho a alegria deste momento.

A minha avó e madrinha *Maria Emília* (Cheirosa), dizem que avó é mãe 2x, imagina avó e madrinha, me sinto abençoada 4x, obrigada por fazer parte da minha vida.

A meu avô *Álvaro* “in memorian”, com quem pude aprender que o bem maior a ser adquirido está no aprendizado, sem o qual não podemos compartilhar sonhos.

A minha alma gêmea, *Ronaldo*, companheiro, amigo, parceiro na vida. A você que me completa como pessoa, obrigada pelo carinho, cuidado e amor indispensáveis em cada fase deste trabalho.

As minhas filhas *Luana e Dayane*, pela paciência e incentivo nos momentos críticos. A vocês que me fazem melhorar a cada dia, obrigada por existirem em minha vida.

Aos irmãos *Elisandro e Elisiane*, minha cunhada *Sabrina* e meu cunhado *Humberto* pelo incentivo e presença em minha vida.

A mais nova membro da família *Maria Clara*, estamos todos aguardando ansiosos sua chegada com muito carinho e amor.

Aos meus sogros, *Jorgina e Floriano*, pelo apoio incondicional, quando nas minhas ausências, cuidaram do meu bem mais precioso, minhas filhas.

Ao meu irmão “emprestado”(cunhado), *Carlos Alberto* pelo incentivo e parceria .

A minha amiga e cumadre, *Vânia Scarpi*, que mesmo reclamando da minha ausência, procurou entender e apoiar minha caminhada.

A *todos da minha família*, e amigos, que apesar da distância torcem de coração pela minha vitória.

A minha querida orientadora, *Profª Jaqueline Da Silva*, pela paciência e incentivo. Sua dedicação e carinho me ajudaram na construção de um sonho. Exemplo de vida e profissional que ilumina os caminhos por onde passa. Obrigado por acreditar mais em mim do que eu mesmo. Quando “crescer”, quero ser como você”.

Ao meu eterno “chefe”, *José Carlos*, a quem devo o crescimento profissional. Nos momentos difíceis, sua segurança e carinho, me incentivou a não desistir.

A *Profª Maria Tavares*, que acompanhou meu início na enfermagem psiquiátrica, e tem contribuído com valorosas observações para o desenvolvimento profissional e acadêmico.

A *Profª Maria Manuela Vila Nova Cardoso*, pela acolhida em um momento de derrota, que incentivou a buscar forças para continuar. Muito obrigado pelo carinho e sempre disponibilidade.

As minhas amigas, parceiras de trabalho *Claudia Barbastefano, Neide Angélica Ruffino, Emília Jales, Rosa Gomes e Felicidade Afonso, Débora Cardoso, Vanessa Andrade*, no corre-corre da vida, vocês me dão coragem e força para continuar.

Em especial a minha amiga, *Marli Alves*, o seu olhar crítico foi impar na construção do conhecimento, sua sabedoria e tranquilidade me confortou nos momentos difíceis.

A *Direção do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB / UFRJ*, por permitirem a elaboração deste estudo, compreendendo sua importância.

A *Gerente de Enfermagem do Instituto Estadual Ary Parreiras, Ilma Bayão*, pelo incentivo e ajuda sempre que possível, contribuindo para a formação dos profissionais de enfermagem.

As *Enfermeiras Rita Quintanilha, Vânia Caldas, Ana Lúcia Santos, Maria Elizabete de Oliveira, Carla Moema*, que nos plantões de segunda-feira, contribuíram para as reflexões.

A *todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem* que com seu cuidado diferenciado conseguem transformar o sofrimento do ser humano.

A *todos os funcionários do Ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro*, pelo auxílio e respeito durante todo o período de coleta de dados.

A *todos os pacientes*, com os quais tenho aprendido muito mais do que ensinado.

A *todos os integrantes do Programa de Valorização do Envelhecimento, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, PROVE / IP / UFRJ*, pelo apoio e carinho.

RESUMO

FERREIRA, Emiliane Cunha. Demandas de Cuidados em Saúde ao Paciente com Transtorno Mental em Processo de Envelhecimento. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Pesquisa de abordagem quantitativa, teve como objetivo geral analisar à luz da integralidade e com base em dados demográficos e clínicos demandas de cuidados de enfermagem dos pacientes com transtornos mentais, em processo de envelhecimento, internados em uma unidade psiquiátrica hospitalar. E, objetivo específico, caracterizar potenciais grupos ou tipologias de demandas de cuidados em saúde a pacientes com transtorno mental em processo de envelhecimento na internação em psiquiatria. Foram coletados 1.356 prontuários de pacientes internados de 2010 a 2012, organizados em planilhas do Excell® e transportados para o software SPSS® para análise estatística simples. Os dados demográficos comprovaram aumento no número de internações de homens. Os grupos etários internados com mais frequência adultos jovens (18 a 33 anos) e de meia-idade (34 a 49 anos). Dentre os transtornos psiquiátricos, os mais frequentes foram o transtorno bipolar e a esquizofrenia, sendo a esquizofrenia em 2010-2011, predominante entre homens de meia idade (34 a 49 anos) e o transtorno bipolar em mulheres de mesma faixa etária. Para o ano de 2012 houve predomínio de internações de homens com esquizofrenia e transtorno bipolar, jovens (18 a 33 anos). Concluímos que os pacientes internados na instituição apresentam demandas de cuidados de ordem mental e física, confirmados pelos diagnósticos, problemas de saúde, uso de múltiplas medicações, e cuidados de enfermagem. Portanto, considerando a complexidade do cuidado ao paciente com transtorno mental, que pode apresentar comorbidades de ordem física e está em processo de envelhecimento, é importante a identificação precoce de agravos à saúde física, assim como, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, durante e após a internação. Acreditamos também, ser necessária a construção de propostas terapêuticas concretas que visualizem as múltiplas dimensões do cuidado que envolvem o paciente com transtorno mental.

ABSTRACT

FERREIRA, Emiliane Cunha. Health Care Demands of Patients with Mental Health Disorders and the Aging Process. Master's dissertation (Master's degree in Nursing). Anna Nery Nursing School Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Quantitative research. Key objective was to analyze, under the light of integrality and with basis on demographic and clinical data, nursing care demands of patients with mental health conditions in the aging process, admitted to a psychiatric hospital. And, the specific objective was to characterize potential health care demands' groups or types on these patients. A total of 1,356 patient files admitted between 2010 and 2012, organized in Excel® and transported into SPSS® software spreadsheets for descriptive statistical analysis. Demographic data showed increase in the number of male admissions. Most inpatients were young (18-33 years old) and middle-aged (34-39 years old) adults. The most frequent psychiatric conditions were bipolar disorder and squizofrenia. In 2010 squizofrenia was predominant in middle-aged men and bipolar disorder in women at the same age group. In 2012 there were more admissions of young men with squizofrenia and bipolar disorder. In conclusion, patients admitted to hospital presented not only mental, but also physical health care demands, confirmed by formal diagnosis, health problems, use of multiple medications and delivered nursing care. Thus, considering the complexity of nursing care to the patient with mental health conditions, who may present physical comorbidities and is living through the aging process, early identification is key. In particular to identify potential for harm reduction, prevention of chronic conditions, health protection and promotion during admission, stay, and after discharge. Therefore, interventions towards competent care of mental health patients ought to be truly not only designed but also implemented in a multidimensional, interdisciplinary approach are in demand.

RESUMEM

FERREIRA, Emiliane Cunha. Demandas de Cuidados en Salud al Paciente con Trastorno Mental en Proceso de Envejecimiento. Disertación de Maestría (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Pesquisa de abordaje cuantitativa, tuvo como objetivo general analizar a la luz de la integralidad y con base en datos demográficos y clínicos, las demandas de cuidado de enfermería de los pacientes con trastornos mentales, en proceso de envejecimiento, internados en una unidad psiquiátrica hospitalar. Y, objetivo específico, caracterizar potenciales grupos o tipologías de demandas de cuidados en salud a pacientes con trastorno mental, en proceso de envejecimiento en la internación en psiquiatría. Fueran coleccionados 1.356 expedientes de pacientes internados desde 2010 hasta 2012, organizados en planillas de Excel® y transportados hasta el software SPSS® para análisis estadística simples. Los datos demográficos comprobaran aumento del número de internaciones de hombres. Los grupos etarios internados con más frecuencia fueran los adultos jóvenes (18 a 33 años) y de media edad (34 a 49 años). Entre los trastornos psiquiátricos, los más frecuentes fueran el trastorno bipolar y la esquizofrenia, siendo la esquizofrenia en 2010-2011, predominante entre hombres de media edad (34-49 años) y el trastorno bipolar en mujeres del mismo grupo de edad. Para el año de 2012, hubo predominio de internaciones de hombres jóvenes (18-33 años) con esquizofrenia y trastorno bipolar. Nosotros concluimos que los pacientes internados en la institución presentan demandas de cuidados de orden mental y física, confirmados por los diagnósticos, problemas de salud, uso de múltiples medicaciones y cuidados de enfermería. Por lo tanto, considerando la complejidad del cuidado al paciente con trastorno mental, que puede presentar comorbilidades de orden física y está en proceso de envejecimiento, la detección precoz es fundamental. En particular, identificar el potencial de reducción de daños, prevención de enfermedades crónicas, protección y promoción de la salud durante la admisión, permanencia y después de la alta. Por eso las intervenciones para el cuidado de paciente de salud mental debe ser no solo concebido, pero verdaderamente implementado en una abordaje multidimensional y interdisciplinar.

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro I: Produção Científica	31
Quadro II: Distribuição da População do Estudo	42
Quadro III: Intervalos de Idade	47
Quadro IV: Agrupamento de Diagnósticos Psiquiátricos	48
Quadro V: Agrupamento de Problemas de Saúde Mental	48
Quadro VI: Agrupamento de Diagnóstico Clínico	49
Quadro VII: Agrupamento de Problemas de Saúde Física	49
Quadro VIII: Agrupamento de Medicação Psiquiátrica	50
Quadro IX: Agrupamento de Medicação Clínica	50
Quadro X: Pacientes e (Re)Internações	90

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1: Sexo-Ano 2010	53
Tabela 2: Sexo-Ano 2011	54
Tabela 3: Sexo-Ano 2012	54
Tabela 4: Faixa Etária-Ano 2010	55
Tabela 5: Faixa Etária-Ano 2011	56
Tabela 6: Faixa Etária-Ano 2012	57
Tabela 7: Tempo de Internação-Ano 2010	58
Tabela 8: Tempo de Internação-Ano 2011	59
Tabela 9: Tempo de Internação-Ano 2012	60
Tabela 10: Tipo de Alta-Ano 2010	61
Tabela 11: Tipo de Alta-Ano 2011	62
Tabela 12: Tipo de Alta-ano 2012	63
Tabela 13: Diagnóstico Psiquiátrico-Ano 2010	64
Tabela 14: Diagnóstico Psiquiátrico-Ano 2011	65
Tabela 15: Diagnóstico Psiquiátrico-Ano 2012	66
Tabela 16: Problema em Saúde Mental-Ano 2010	67
Tabela 17: Problema em Saúde Mental-Ano 2011	68
Tabela 18: Problema em Saúde Mental-Ano 2012	70
Tabela19: Diagnóstico Clínico-Ano 2010	71
Tabela 20: Diagnóstico Clínico-Ano 2011	72
Tabela 21: Diagnóstico Clínico-ano 2012	73
Tabela 22: Problemas em Saúde Física-Ano 2010	74
Tabela 23: Problema em Saúde Física-Ano 2011	76
Tabela 24: Problema em Saúde Física-Ano 2012	77
Tabela 25: Medicação Psiquiátrica-Ano 2010	78
Tabela 26: Medicação Psiquiátrica-Ano 2011	80
Tabela 27: Medicação Psiquiátrica-Ano 2012	81
Tabela 28: Medicação Clínica-Ano 2010	82
Tabela 29: Medicação Clínica-Ano 2011	84
Tabela 30: Medicação Clínica-Ano 2012	85

LISTA DE TABELAS (CONTINUAÇÃO)

		Página
Tabela 31:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental-Ano 2010	86
Tabela 32:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Física-Ano 2010	87
Tabela 33:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental-Ano 2011	88
Tabela 34:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Física-Ano 2011	88
Tabela 35:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental-Ano 2012	89
Tabela 36:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Física-Ano 2012	90

LISTA DE GRÁFICOS

		Página
Gráfico 1:	Sexo-Ano 2010	53
Gráfico 2:	Sexo-Ano 2011	54
Gráfico 3:	Sexo-Ano 2012	54
Gráfico 4:	Idade-Ano 2010	55
Gráfico 5:	Idade-Ano 2011	56
Gráfico 6:	Idade-Ano 2012	57
Gráfico 7:	Tempo de Internação-Ano 2010	58
Gráfico 8:	Tempo de Internação-Ano 2011	59
Gráfico 9:	Tempo de Internação-Ano 2012	60
Gráfico 10:	Tipo de Alta-Ano 2010	61
Gráfico 11:	Tipo de Alta-Ano 2011	62
Gráfico12:	Tipo de Alta-ano 2012	63
Gráfico 13:	Diagnóstico Psiquiátrico-Ano 2010	64
Gráfico 14:	Diagnóstico Psiquiátrico-Ano 2011	65
Gráfico 15:	Diagnóstico Psiquiátrico-Ano 2012	66
Gráfico 16:	Problema em Saúde Mental-Ano 2010	67
Gráfico 17:	Problema em Saúde Mental-Ano 2011	68
Gráfico 18:	Problema em Saúde Mental-Ano 2012	70
Gráfico19:	Diagnóstico Clínico-Ano 2010	71
Gráfico 20:	Diagnóstico Clínico-Ano 2011	72
Gráfico 21:	Diagnóstico Clínico-ano 2012	73
Gráfico 22:	Problemas em Saúde Física-Ano 2010	74
Gráfico 23:	Problema em Saúde Física-Ano 2011	76
Gráfico 24:	Problema em Saúde Física-Ano 2012	77
Gráfico 25:	Medicação Psiquiátrica-Ano 2010	78
Gráfico 26:	Medicação Psiquiátrica-Ano 2011	80
Gráfico 27:	Medicação Psiquiátrica-Ano 2012	81
Gráfico 28:	Medicação Clínica-Ano 2010	82
Gráfico 29:	Medicação Clínica-Ano 2011	84
Gráfico 30:	Medicação Clínica-Ano 2012	85

LISTA DE GRÁFICOS (CONTINUAÇÃO)

		Página
Gráfico 31:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental-Ano 2010	86
Gráfico 32:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Física-Ano 2010	87
Gráfico 33:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental-Ano 2011	88
Gráfico 34:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Física-Ano 2011	88
Gráfico 35:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental-Ano 2012	89
Gráfico 36:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Física-Ano 2012	90
Gráfico 37:	Síntese Sexo / Ano	91
Gráfico 38:	Síntese Idade / Ano	92
Gráfico 39:	Síntese Tempo de Internação / Ano	93
Gráfico 40:	Síntese Tipo de Alta / Ano	95
Gráfico 41:	Síntese Diagnóstico Psiquiátrico / Ano	96
Gráfico 42:	Síntese Problema em Saúde Mental / Ano	97
Gráfico 43:	Síntese Diagnóstico Clínico / Ano	98
Gráfico 44:	Síntese Problema em Saúde Física / Ano	100
Gráfico 45:	Síntese Medicação Psiquiátrica / Ano	101
Gráfico 46:	Medicação Clínica / Ano	102
Gráfico 47:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental / Ano	103
Gráfico 48:	Cuidados de Enfermagem em Saúde Física / Ano	104

LISTA DE ESQUEMAS

		Página
Esquema 1:	Demandas e Comorbidades Crescentes	28

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDC	Centers for Diseases Control
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças versão 10
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT's	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEMC	Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
GEPESM	Grupo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde Mental
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPE	Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica
IPUB	Instituto de Psiquiatria
LILACS	Índice de Literatura Científica e Técnica Latino-Americana e do Caribe
MS	Ministério da Saúde
NUPENH	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PI	Pesquisadora Principal
PNAD	Programa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais
PRH	Programa de Reestruturação Hospitalar
PROVE	Programa de Valorização do Envelhecimento
PUBMED	National Library of Medicine/National Institute of Health
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SOMÁRIO

CAPÍTULO I	19
1.1. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO	19
1.2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	21
1.2.1. A Mortalidade em Pacientes com Transtorno Mental	21
1.2.2. Processo de Envelhecimento – Teorias do Envelhecimento - Envelhecimento Acelerado	22
1.2.3. Programas de Saúde Propostos pelo Ministério da Saúde	23
1.3. QUESTÕES NORTEADORAS	24
1.4. OBJETO DE ESTUDO	25
1.5. OBJETIVOS	25
1.5.1. Geral	25
1.5. 2. Específicos	26
1.6. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	26
1.7. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	29
CAPÍTULO II	31
2.1. PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A TEMÁTICA	31
2.2. Produção Científica: Dissertações e Teses – Portal CAPES	32
2.3. Produção Científica: LILACS e PUBMED	33
CAPÍTULO III	40
3. REFERENCIAL TEÓRICO E ABORDAGEM METODOLÓGICA	40
3.1. Referencial Teórico: Cartesianismo	40
3.2. Desenho da Pesquisa	40
3.3. Técnicas de Coleta de Dados	41
3.4. Instrumentos	41
3.5. Cenário do Estudo	41
3.6. Sujeitos / Amostragem	42
3.7. Aspectos Éticos	43
3.8. Coleta de Dados: Operacionalização, Desafios, Parcerias e Avanços	43

3.9. Dados: Organização e Tratamento	45
CAPÍTULO IV.....	53
4. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, DESCRIÇÃO E ANÁLISE.....	53
4.1. Apresentação e Descrição.....	53
4.2. Discussão	91
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
6. PLANO DE DISSEMINAÇÃO	110
7. REFERÊNCIAS.....	111
Apêndice A: Carta de Autorização Institucional.....	119
Apêndice B: Instrumento de Coleta de Dados.....	116
Apêndice C: Termo de Confidencialidade.....	117
Apêndice D: Orçamento da Pesquisa.....	118
Apêndice E: Cronograma	119
Apêndice G: Proposta de Formulário para Teste	125

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I

1.1. TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Egressa do curso de graduação em enfermagem Universidade Federal Fluminense (UFF), em 1999 iniciei na profissão em unidade de internação clínica-cirúrgica. Após concurso público, em 2004 fui convocada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para assumir como enfermeira em unidade de internação psiquiátrica, contexto de trabalho que me causou intensa ansiedade, pois não tinha experiência na área. A assistência de enfermagem que prestava em unidade clínica-cirúrgica de outra instituição de saúde baseava-se em cuidados gerenciais e fundamentais; no acompanhamento da equipe de enfermagem, realização de curativos e orientações, cuidados com feridas, administração de medicamentos, essencialmente no tratamento e prevenção de agravos crônicos à saúde física, como por exemplo, diabetes e hipertensão arterial.

A mudança na área de atuação me fez perceber a especificidade do tratamento ao paciente com transtorno mental. Embora o transtorno psiquiátrico também seja um agravo crônico à saúde mental, exige uma atenção duplamente qualificada, pois este pode cursar com a desestruturação não somente da função mental, mas também física e social. Em relação à desestruturação social, pude observar que a cada reinternação do paciente com transtorno mental, há desgaste também da família, e quando não há familiares, ocorre uma (re)inserção na sociedade mais difícil, permeada de grande resistência e preconceitos.

No cotidiano da prática profissional no hospital psiquiátrico, a assistência de enfermagem ao paciente com transtorno mental e suas comorbidades impôs desafios e reflexões, em particular quando a internação em uma unidade psiquiátrica pode ter potencial para agravar ou desenvolver comorbidades de ordem física, e levar a óbito quando não diagnosticadas e tratadas a tempo.

A elaboração do projeto de pesquisa que antecedeu o presente relatório foi influenciado pela experiência do cotidiano da prática e do cuidado de enfermagem em um hospital psiquiátrico que, por não ser uma unidade de porta de entrada no sistema, os pacientes com transtornos mentais chegam provenientes de emergências psiquiátricas diversas, transferidos via Central de Regulação de Vagas

do Estado do Rio de Janeiro¹, e geralmente são admitidos desacompanhados de familiares, que muitas vezes não sabem da transferência interinstitucional e conseqüentemente chegam à unidade dias após a admissão.

Na admissão no hospital psiquiátrico, alguns pacientes podem chegar sedados, agitados ou tão desorganizados que nem mesmo têm condições de informar sobre si ou contatos de familiares. Em tais situações, pode ocorrer que dados de ordem pessoal e de saúde iniciais sejam coletados tardiamente junto a visitantes e / ou terceiros como amigos, vizinhos, outros pacientes e funcionários que trabalham em mais de uma instituição de saúde mental.

No ato da internação psiquiátrica são registrados em prontuários o diagnóstico psiquiátrico e o histórico de saúde mental, não constando muitas vezes informações sobre comorbidades físicas. A precariedade das informações pode configurar risco com potencial para comprometimento do cuidado integral ou agravo das condições de saúde do paciente, ressaltando que alguns podem permanecer na unidade por vários dias, ou até mesmo meses, até que estejam em condições para retorno ao convívio social.

Na prática do cotidiano assistencial, agravos à saúde de ordem física e demandas relacionadas de cuidados de enfermagem somente são identificados quando este paciente apresenta alguma intercorrência física, como por exemplo, aumento ou diminuição da pressão arterial, elevação da temperatura corporal, alteração de níveis glicêmicos ou queixas de dor. Cada vez mais frequentes, em situações de crise, observamos agravos, sinais e sintomas cujas causas podem ser de ordem física ou mental, como polifagia² por ansiedade extrema (ex.: no transtorno bipolar) ou por desequilíbrio hormonal ou bioquímico sanguíneo (ex.: no diabetes mellitus), que aumentam a complexidade do paciente, das demandas e do cuidado em saúde.

¹ A partir de maio de 2003, o Programa de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio de Janeiro iniciou uma série de ações visando o melhor controle das internações psiquiátricas no município. Neste período foi implantada a regulação das internações psiquiátricas via web 24h/dia numa Central de Regulação. A avaliação da internação psiquiátrica é realizada em 4 Unidades Públicas de Saúde. A partir destas avaliações o paciente pode permanecer nesta Unidade ou é encaminhado para os demais leitos universitários e privados contratados pelos SUS.

² Polifagia: ingestão aumentada de alimentos quando se carece da sensação de saciedade

Com o passar dos anos de atuação assistencial em saúde mental, a prática vem me exigindo iniciativas em educação permanente, não só sobre cuidados em saúde mental, mas também sobre agravos à saúde física dos pacientes com transtorno mental. Reiterando, portanto, a necessidade de estudar demandas de cuidados em saúde, na vertente da integralidade e baseados em evidências dos pacientes com transtorno mental da instituição cenário que me levaram a procurar o mestrado.

1.2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.2.1. A Mortalidade em Pacientes com Transtorno Mental

Estudos sobre a história do cuidado em psiquiatria apontam que no passado condições precárias nas unidades de internações e os tratamentos dispensados aos pacientes psiquiátricos eram causas importantes pela excessiva mortalidade precoce dos internos. Um exemplar desses estudos é a publicação de Mogadouro (2009) em que:

...antes da introdução dos antipsicóticos muitas mortes eram causadas pelos tratamentos, como leucotomia, insulino-terapia e choque cardiazólico. Na coorte seguida por Manfred Bleuler, de 1942 a 1965, no Hospital Burgholzi (Zurique), 17% das mortes estavam associadas às técnicas terapêuticas utilizadas (MOGADOURO et al., 2009, p.119)

Com o passar dos anos e de avanços nos diagnósticos e tratamentos (Mogadouro et.al 2009) e reorientação do modelo assistencial no campo da saúde mental (Gomes, et al., 2002), houve melhoria de condições de tratamento ao paciente psiquiátrico. Entretanto, resultados continuam a evidenciar a mortalidade precoce de pacientes psiquiátricos que embora menos elevada, ainda é maior quando comparadas com a população em geral (MOGADOURO et al., 2009; SILVA et al., 2008; SAMPAIO e CAETANO, 2006; WEINER et al., 2011).

Estudo longitudinal, retrospectivo realizado por Silva et al. (2008), sobre a sobremortalidade de pacientes psiquiátricos com base no Censo da População de Internos em Hospitais Psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro, entre 31 de outubro de 1995 e 31 de março de 2000, confirmou excesso de óbitos, em grande parte por causas evitáveis com destaque as doenças cardiovasculares, nos pacientes psiquiátricos em relação a população do estado.

1.2.2. Processo de Envelhecimento – Teorias do Envelhecimento - Envelhecimento Acelerado

No contexto macro social o avanço nas tecnologias da saúde e do cuidado, reduzindo a mortalidade, aumentando a expectativa de vida têm contribuído para a mudança do perfil demográfico da população em geral, em que temos pessoas vivendo por mais tempo. Entretanto, alcançar fases mais avançadas da vida ou envelhecer, do ponto de vista biológico é um processo contínuo que para Teixeira e Guariento (2010, p.2846) “se inicia no nascimento e continua até que ocorra a morte”, portanto para fins deste estudo serão considerados todos os pacientes internados na instituição cenário, uma vez que todos encontram-se em processo de envelhecimento.

Ainda para Freude et al. (2010, p.21), “a idade biológica refere-se a capacidade funcional do ser humano que pode ser diferente entre pessoas de mesma idade no calendário”. Algumas pessoas podem ser mais saudáveis, mais jovens biologicamente do que se espera para sua idade no calendário e vice-versa. Em particular na experiência em tela, nos oito anos de trabalho na unidade, também tem sido possível observar o acelerado processo de envelhecimento dos pacientes com transtorno mental (Simon; 2006; Rizo, 2013; Sibille, 2013) que são atendidos pela enfermagem na instituição cenário. Com o passar dos anos o transtorno mental visivelmente tem impacto na aparência física / idade ou desgaste biológico e no aumento das demandas de cuidados em saúde física por maior vulnerabilidade e fragilidade dos pacientes que passam por eventuais crises ou frequentes internações (Simon, 2006; Sibille, 2013).

São múltiplos os fatores envolvidos no processo de envelhecimento, de ordem biológica, comportamental, cognitiva e social (Santos, 2009), por este motivo teorias tem surgido no intuito de explicar esse processo, cuja complexidade etiológica representa um desafio (Teixeira e Guariento, 2010) de grande magnitude.

Considerando a complexidade do processo de envelhecimento se faz necessário entender as teorias biológicas específicas e exposição a agressores do envelhecimento, que podem contribuir para o processo de envelhecimento acelerado do paciente com transtorno mental, conforme indicado em estudos específicos, dentre eles, “controle precário da condição clínica e a não aderência a

tratamentos psiquiátricos” (Vinogradova et al., 2010, p.275; Douzenis et al., 2012, p.166), “a presença de uma ou mais condições clínicas” (Krishnan, 2005, p.04; Kemp et al., 2010, p.405; Oreski et al., 2012, p.382; Vinogradova et al., 2010, p.272; Oreski et al., 2012, p.382; Douzenis et al., 2012, p.166), e também teorias psicossociais do processo de envelhecimento que abordam fatores como o abandono familiar, a exclusão e o isolamento social (Silva et al., 2011, p.130).

Em estudo realizado por Tomiyama et al. (2012), a exposição prolongada ao estresse e seus mediadores, principalmente o cortisol pode levar à deficiência na manutenção dos telômeros. Embora as respostas fisiológicas ao estresse agudo tenham funções importantes, a longo prazo pode induzir um acelerado encurtamento dos telômeros.

Para Simon (2006), indivíduos com doenças crônicas como o transtorno bipolar ou depressão maior tem telômeros mais curtos do que pessoas de mesma idade que não apresentam problemas psiquiátricos, o estresse crônico associado com o transtorno do humor pode colaborar para aumentar a vulnerabilidade a doenças do envelhecimento, tais como as doenças cardiovasculares e alguns tipos de cânceres através do acelerado envelhecimento do organismo, devido ao dano oxidativo nas células por estresse.

Em outro estudo realizado por Rizo et al. (2013) um grupo de pacientes com depressão (n=15) e um grupo controle de indivíduos saudáveis (n=70), foram submetidos a um teste de tolerância a glicose e contagem de linfócitos. O grupo de pacientes com depressão apresentaram valores mais altos de glicose e uma contagem menor de linfócitos do que o grupo controle. O conteúdo dos telômeros foi significativamente menor no grupo de pacientes depressivos em que tolerância a glicose, linfopenia e um telômero reduzido estavam presentes no curso da depressão, sustentando o conceito de depressão maior como uma doença que acelera o envelhecimento.

1.2.3. Programas de Saúde Propostos pelo Ministério da Saúde

Por ser o processo de envelhecimento multidimensional, os aspectos biológicos tem como complementares aspectos psicossociais. Ambos influenciados por recursos, oportunidades e oferta de serviços e cuidados em saúde. Embora não localizadas evidências na literatura por ocasião desse estudo, observamos no

cotidiano da prática que via de regra, os pacientes internados em instituições psiquiátricas não se beneficiam de programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde, como: Saúde da Mulher, Prevenção de Câncer de Mama, Prevenção de Câncer de Colo do Útero, Prevenção de Câncer de Próstata, entre outros.

Mais uma preocupação, é o fato de que não sabemos a dimensão real do problema no que se refere ao paciente com transtorno mental que tem comorbidades de ordem física e vice-versa. Essencialmente porque não se tem como cruzar dados com as informações disponíveis no DATASUS.

A título ilustrativo, ao observarmos dados de morbidade, segundo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o número de internações para as principais doenças crônicas não transmissíveis foram câncer de mama com 49.075, câncer de colo de útero com 20.142, câncer de próstata com 24.208, somente ficando atrás para as doenças do aparelho circulatório que chegou a 86.268 para infarto agudo do miocárdio, 232.300 para insuficiência cardíaca congestiva, e 77.803 para hipertensão arterial sistêmica essencial (DATASUS, 2013).

Cabe ressaltar que, para este mesmo período, as internações psiquiátricas estavam em torno de 234.994 (DATASUS, 2013). Números isolados que não informam se o paciente com transtorno mental apresentou algum agravo de saúde de ordem física. Um ponto obscuro e grave, pois estes são, certamente, pacientes mais frágeis e de muito maior complexidade de cuidados.

São desafios que podem ser cumulativos ou não, e vivenciados na prática da saúde e em particular do exercício da enfermagem, em contexto com a legislação em saúde vigente e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. E, que certamente nos remetem à pesquisa sobre questões fundamentais para o aprimoramento da prática do cuidado em saúde mental aos pacientes com quem trabalhamos.

1.3. QUESTÕES NORTEADORAS

À luz da Lei 8.080, (Brasil, 2012) em conformidade com os princípios do Sistema Único Saúde (SUS), de universalidade, integralidade e equidade, e em contexto da consolidação da Reforma Psiquiátrica, não há como separar o corpo da mente de pacientes com transtorno mental que passam por eventuais ou frequentes internações e que estão em contínuo, porém possivelmente acelerado, processo de

envelhecimento. Um processo que pode vir acompanhado de comorbidades de ordem física, como tem sido observado na prática.

Ao procurar evidências na base oficial do Ministério da Saúde / DATASUS, não existe disponibilidade de cruzamento de dados sobre pessoas que foram internadas por (i) transtorno mental e (ii) com comorbidades de ordem física, configura, portanto, uma limitação ao conhecimento. Porém, na prática essa tem sido uma ocorrência constante e em franco crescimento do número de pacientes mais complexos, assim como suas demandas de cuidados à equipe de saúde, em particular à equipe de enfermagem.

Portanto, as demandas dos pacientes internados na instituição cenário nos remetem a duas questões norteadoras:

Qual o perfil clínico dos pacientes em processo de envelhecimento internados na instituição psiquiátrica e quais as demandas de cuidado em saúde de seu corpo físico e mental?

Quais os potenciais cuidados de enfermagem a serem incluídos – baseados em evidências - em um protocolo de atendimento da admissão hospitalar psiquiátrica até a alta com encaminhamento dos pacientes em processo de envelhecimento internados na instituição psiquiátrica?

1.4. OBJETO DE ESTUDO

As demandas de cuidado à saúde de pacientes com transtorno mental em processo de envelhecimento internados em unidade hospitalar psiquiátrica.

1.5. OBJETIVOS

Para fins de guiar a operacionalização do estudo em tela foram traçados um objetivo geral e dois específicos.

1.5.1. Geral

Analisar, à luz da integralidade e com base no perfil demográfico e clínico, demandas de cuidados de enfermagem dos pacientes com transtornos mentais, em processo de envelhecimento, internados em uma unidade psiquiátrica hospitalar.

1.5. 2. Específicos

Caracterizar potenciais grupos ou tipologias de demandas de cuidado em saúde a pacientes com transtorno mental em processo de envelhecimento na internação em psiquiatria.

Desenvolver produtos na modalidade protocolos, com base nas demandas de cuidados de enfermagem, a serem testados na unidade cenário.

1.6. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Do ponto de vista físico, estudo realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estima que de um número total de 58 milhões de óbitos por todas as causas, as doenças crônicas³ responderam por 35 milhões deles. O dobro do número de mortes causadas por todas as doenças infecciosas (incluindo HIV/AIDS, tuberculose e malária), condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas (OPAS/OMS, 2005).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008), no Brasil, 59,5 milhões de pessoas, o que corresponde a 31,3% da população afirmou apresentar pelo menos uma doença crônica, 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas e esses percentuais aumentam com a idade (IBGE, 2010). O número de indivíduos com 65 anos e mais que relataram apresentar pelo menos uma doença crônica chegava a 79,1%. Considerando que o Brasil tem apresentado um envelhecimento populacional rápido, o número de doenças crônicas no país tende a aumentar, exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população (BRASIL, 2008).

Dentre as doenças crônicas isoladas, as cardiovasculares e o diabetes mellitus, lideraram, e lideram as causas de morbidade e mortalidade, gerando grandes e prolongadas demandas aos serviços de saúde. Em um estudo realizado por SCHMIDT et al. (2011) as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil foram responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes, com destaque

³ A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus (Brasil, Ministério da Saúde, 2008, p.13).

para as doenças do aparelho circulatório (30%), seguido pelas neoplasias (15,6%) (BRASIL, 2011).

Portanto, não por acaso, em 2007 o Ministério da Saúde iniciou o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA) para investigar o desenvolvimento de doenças crônicas na população brasileira e coletar dados para ampliação de políticas públicas, considerando as realidades regionais e execução de medidas preventivas que levarão a melhoria na qualidade de vida dos portadores, reduzindo assim, a morbimortalidade associada a essas doenças. Com amostra populacional projetada de aproximadamente 15 mil pessoas, com idade entre 35 e 74 anos, que serão monitoradas e acompanhadas durante mais de duas décadas este estudo vem apontando que a doença crônica tem potencial de impacto na qualidade de vida do indivíduo, risco de produzir incapacidades físico-funcionais e pode levar a morte prematura das pessoas (BRASIL, 2007).

Em vinte anos de estudo, pacientes vão envelhecer, com potenciais transtornos de ordem física, e não estarão imunes a agravos de ordem mental, da mesma forma que, apontado por Loyola (1999), pacientes com transtornos mentais não estão imunes contra intercorrências clínicas ou agravo à saúde física.

Do ponto de vista mental, o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da OPAS assinala que os transtornos mentais correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, quando menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental (Santos e Siqueira, 2010).

Em uma pesquisa realizada pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (ICPE) da OMS, dentre os países da América Latina, o Brasil apresentou a maior prevalência de transtorno mental na população adulta de 15-59 anos, com índices elevados para os transtornos da ansiedade, do humor e os relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Embora ainda não haja um estudo representativo dos índices de prevalência dos transtornos mentais no Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral brasileira sofrem com transtorno mental grave e persistente, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves recorrentes do uso de álcool e outras drogas, e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual (Santos e Siqueira, 2010).

Portanto, do ponto de vista clínico, o estudo se justifica considerando os princípios do SUS e a maior complexidade de pacientes (1) em processo de

envelhecimento potencialmente acelerado, (2) portadores de agravos crônicos do tipo (a) mental, (b) com comorbidade física e (3) internados em unidade psiquiátrica, é mister o acompanhamento, e o cuidado integral à sua saúde.

Ainda do ponto de vista clínico, outro desafio real a ser considerado para a realização do estudo em tela, é que os pacientes com transtornos mentais graves podem ter dificuldade em comunicar objetivamente suas queixas somáticas. Podem não ser adequadamente “ouvidos” pelos médicos em geral, pois o estigma de “louco” invalida suas queixas somáticas (Dalgallarrondo, 2000).

Do ponto de vista legal, o presente estudo se justifica, pela necessidade de qualificar a assistência de enfermagem hospitalar ao paciente em sofrimento psiquiátrico, considerando as mudanças advindas pela reforma psiquiátrica através da Lei 10.216/01, e atendendo aos princípios de integralidade do SUS através da Lei 8.080/90.

Do ponto de vista prático, o presente estudo se justifica, pois ao procurar evidências na base oficial do Ministério da Saúde / DATASUS não existem dados cruzados sobre pessoas que foram internadas por (i) transtorno mental e (ii) com comorbidades de ordem física – e também não é possível fazer o cruzamento das informações disponíveis de forma isolada. Configurando, portanto, uma limitação ao conhecimento, com impacto direto na prática.

Trata-se, portanto, de um estudo que, representado no esquema:

Esquema 1: Demandas e Comorbidades Crescentes

Parcela	1	adultos com transtornos de ordem mental	
+Parcela	2	com transtornos de ordem (mental e) física combinados	
+Parcela	3	em processo de envelhecimento	+
+Resultado=		> demandas > complexidade	

É essencialmente alinhado aos princípios do SUS, e relevante por tratar da realidade vivida no cotidiano do cuidado em saúde e de enfermagem a um grupo de pacientes de maior complexidade, que configuram ocorrências sub ou não notificadas, porém cada vez mais frequentemente observadas em níveis de atenção hospitalar à saúde mental.

1.7. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Inicialmente temos a expectativa de prover contribuições a nível de assistência, ensino e pesquisa em enfermagem.

Para a assistência, propor ações de enfermagem baseadas nas demandas de saúde dos pacientes em situação de internação; elaborar um formulário para admissão e alta de enfermagem, e construir listagem de tópicos de educação continuada para a equipe de enfermagem.

Para o ensino, contribuir para a formação acadêmica de alunos de graduação, pós-graduação e residentes multiprofissionais que desenvolvem atividades práticas na instituição cenário, um hospital de ensino.

Para a pesquisa, contribuir para a produção de conhecimento em enfermagem em saúde mental e gerontológica com potencial para desenvolvimento de pesquisas subsequentes junto ao NUPENH / DEMC / EEAN / IPUB / UFRJ, ao Laboratório de Projetos e Estudos em Gerontologia e Enfermagem / EEAN, ao Projeto de Valorização do Envelhecimento (PROVE) / EEAN-IP / e ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental e Enfermagem / EEAN.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II

2.1. PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A TEMÁTICA

Para encaminhamento deste estudo fez-se necessário a revisão da literatura através de consulta a produções científicas sobre a temática "demandas de cuidados de enfermagem ao paciente com transtorno mental, em processo de envelhecimento e com comorbidades físicas." O Quadro I apresenta as publicações encontradas e selecionadas conforme critérios de inclusão.

Quadro I – Produção Científica

DESCRITORES \ BASES	PORTAL CAPES		LILACS		PUBMED		TOTAL
	E	S	E	S	E	S	
Comorbidades	785	01					01
Enfermagem Psiquiátrica	221	0					0
Envelhecimento	4.043	02					02
Comorbidades AND Envelhecimento			12	01	496	05	06
Comorbidades AND Enfermagem Psiquiátrica			01	01	24	02	03
Envelhecimento AND Enfermagem Psiquiátrica			02	01	11	01	02

Fonte: Ferreira, E.C., Rio de Janeiro, 2013

Legenda:

E – Encontrados

S – Selecionados

Na consulta a bases de dados conforme indicadas no Quadro I acima, em combinações com um e dois descritores, em levantamento por produções científicas que abordassem a temática, verificamos a existência de lacuna no conhecimento, reiterado a necessidade de realização de presente proposta de pesquisa.

2.2. Produção Científica: Dissertações e Teses – Portal CAPES

A pesquisa por produções científicas, referentes à temática comorbidades físicas em pacientes com transtorno mental em processo de envelhecimento, foi inicialmente realizada no Banco de Teses e Dissertações Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES).

Como critério de inclusão, delineamos: (a) produções científicas (dissertações e teses) realizadas no período de 2001 a 2011(ano limite disponibilizado no portal CAPES); (b) comorbidades físicas em pacientes com transtorno mental em processo de envelhecimento; (c) cuidados de enfermagem ao paciente com transtorno mental com comorbidades físicas.

Através desta investigação não foram encontradas teses referentes à temática. Foi possível identificar apenas três (03) dissertações que apresentaram relevância para com a temática. São elas:

Fernandes (2008). **O envelhecimento do doente mental crônico institucionalizado**, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Objetivos: traçar o perfil sociodemográfico do indivíduo que envelhece em uma instituição psiquiátrica, identificando o motivo de permanecer institucionalizado após movimento da reforma psiquiátrica, e verificar como o doente mental percebe o seu envelhecimento e como compreende o vínculo familiar; Sujeitos: 13 idosos doentes mentais crônicos, moradores do Instituto de Reabilitação e Prevenção em Indaia; Resultados: verificou-se que 84,61% dos sujeitos foram institucionalizados antes dos 60 anos; a esquizofrenia e a psicose orgânica foram as doenças psiquiátricas de maior prevalência, com grave comprometimento cognitivo. Na análise qualitativa percebeu-se uma ruptura das biografias pela falta de vínculo familiar e contato com o mundo exterior.

Hansel (2008). **Envelhecimento institucionalizado do portador de transtorno mental: o viver e o cuidar dos profissionais de enfermagem de um hospital psiquiátrico**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Objetivos: descrever o envelhecimento institucionalizado dos portadores de transtorno mental através da vivência e do cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem de uma instituição psiquiátrica da Região

Serrano do Estado do Rio de Janeiro; Sujeitos: 12 auxiliares de enfermagem e 02 técnicos de enfermagem; Resultados/discussão: nos dados quantitativos foi verificado a esquizofrenia como o diagnóstico de internação de maior frequência nos clientes idosos e que a doença clínica associada aos transtornos mentais de maior frequência foi a hipertensão arterial na instituição em estudo, que também está associada ao processo de envelhecimento fisiológico. Os dados qualitativos evidenciaram as dificuldades dos profissionais de enfermagem para ir além do prestar cuidados básicos à saúde física e mental de clientes com mais de 60 anos de idade.

Paes (2009). **Cuidado de Enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no pronto atendimento de um Hospital Geral.** Universidade Federal do Paraná. Objetivos: conhecer o cuidado de enfermagem desenvolvido ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica; Sujeitos do estudo: 27 profissionais, sendo 06 enfermeiros, 07 técnicos de enfermagem e 14 auxiliares de enfermagem; Resultados/ discussão: os resultados evidenciaram a existência de dificuldades da equipe de enfermagem relativas à percepção das necessidades psiquiátricas e dos cuidados específicos dos pacientes com comorbidades clínico-psiquiátricas no hospital-geral.

Na análise dos três documentos, verificamos que uma inquietação por parte dos autores em estudar as questões que envolvem o envelhecimento do paciente com transtorno mental, assim como o cuidado de enfermagem para este paciente com comorbidades de ordem física, ainda que de forma isolada.

2.3. Produção Científica: LILACS e PUBMED

Para dar continuidade ao estudo foram consultados o Índice de Literatura Científica e Técnica Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e a National Library of Medicine / National Institute of Health (PUBMED).

Para a inclusão dos estudos, foram elaborados preliminarmente os seguintes critérios: (a) artigo original e disponibilizado na íntegra; (b) publicado no período de 2003 a 2013 (quando disponível); (c) idiomas português, inglês e espanhol; d)

comorbidades físicas em pacientes com transtorno mental em processo de envelhecimento; (e) cuidados de enfermagem ao paciente com transtorno mental com comorbidades físicas.

Para explorar os dados, atendendo aos critérios de inclusão estabelecidos, utilizamos os descritores: (1) comorbidades AND enfermagem psiquiátrica; (2) envelhecimento AND enfermagem psiquiátrica; (3) comorbidade AND envelhecimento.

A pesquisa utilizando os descritores comorbidade AND enfermagem psiquiátrica resultou na base de dados LILACS – apenas um artigo.

Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. Paes, Marcio Roberto; Maftum, Mariluci Alves; Mantovani, Maria de Fátima (2010).

Para os descritores envelhecimento AND enfermagem psiquiátrica foram encontrados dois (02) artigos, sendo que apenas um (01) apresenta aproximação com o estudo.

Envelhecimento institucionalizado do portador de transtorno mental: o viver e o cuidar dos profissionais de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Hansel, Cristina Gonçalves (2008).

Para os descritores comorbidade AND envelhecimento foram selecionados doze (12) artigos, porém apenas um (01) foi selecionado.

Estudio de funcionalidad y de comorbilidad en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital de Peñablanca. Cruz Ch., Rodrigo; Espejo G., Patricia; Castillo R., Sandra (2004).

Na base de dados PUBMED, utilizando os descritores comorbidity AND psychiatric nursing foram selecionados vinte e quatro (24) artigos. Destes apenas dois (02) apresentam aderência ao estudo.

Vulnerable long-term psychiatric inpatients need screening for physical-health problems: an audit of regular hospital statistics and clinical files.

Krüger C. (2012). Objetivos: identificar os problemas urgentes de saúde física em paciente em longa permanência e identificar subgrupos vulneráveis, como parte de um projeto de avaliação de programas multi-facetados para melhorar a prestação de serviços e a qualidade do atendimento aos pacientes em longa permanência; Sujeitos: pacientes internados em longa permanência no Weskoppies Hospital; descritivo exploratório; Resultados/discussão: os problemas de saúde física com maior urgência encontrados em pacientes em longa permanência no Weskoppies Hospital foram hipertensão, epilepsia, infecções do trato respiratório e quedas. O grupo de pacientes mais vulneráveis foi o do sexo masculino, idosos, com deficits cognitivos.

Medical comorbidity and functional status among adults with major mental illness newly admitted to nursing homes.

Aschbrenner KA, Grabowski DC, Bartels SJ, Mor V. (2011). Objetivos: comparar as comorbidades clínicas e o estado funcional entre pessoas idosas recém admitidas em lares de idosos; Sujeitos: pessoas recém admitidas em lares de idosos com doença mental; Resultados/Discussão: a maioria (60,3%) das admissões recentes de adultos com esquizofrenia com menos de 65 anos apresentavam menores índices de doenças clínicas, ao contrário, das admissões de adultos com depressão com idade de 65 anos ou mais que apresentavam altos índices de comorbidades clínicas. Dentre estas comorbidades foram identificadas a diabetes, doenças cardíacas e acidente vascular cerebral com grande prejuízo funcional, com maior dependência requerendo mais assistência se comparado com adultos com menos de 65 anos com diagnóstico de distúrbio bipolar e esquizofrenia.

Para os descritores aging AND psychiatric nursing encontramos onze (11) artigos, apenas um apresenta aproximação com o estudo.

Medical comorbidity and functional status among adults with major mental illness newly admitted to nursing homes.

Aschbrenner KA, Grabowski DC, Bartels SJ, Mor V. (2011).

Para os descritores comorbidity AND aging foram encontrados 496 (quatrocentos e noventa e seis) artigos, porém apenas cinco (05) atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Hypertension in the elderly: some practical considerations. Chaudhry KN, Chavez P, Gasowski J, Grodzicki T, Messerli FH, Cleve Clin J. (2012).
Objetivos: apresentar cenários comuns encontrados durante o manejo de pacientes idosos com hipertensão; Resultados/Discussão: com o aumento da expectativa de vida é estimado que mais de 70% das práticas médicas sejam direcionadas para as necessidades geriátricas, daí a importância de estudos de manejo da hipertensão arterial em idosos. O tratamento da hipertensão em idosos pode reduzir substancialmente os riscos de doenças cardiovasculares e óbitos, no entanto o tratamento permanece um desafio por causa das múltiplas comorbidades em idosos que afetam o gerenciamento da hipertensão.

Medical comorbidity and functional status among adults with major mental illness newly admitted to nursing homes. Aschbrenner KA, Grabowski DC, Bartels SJ, Mor V. (2011).

Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. Schäfer I, von Leitner EC, Schön G, Koller D, Hansen H, Kolonko T, Kaduskiewicz H, Wegscheider K, Glaeske G, van den Bussche H. (2010).
Objetivos: aumentar o conhecimento de processos específicos de multimorbidades em uma população idosa não selecionada para identificar padrões estatisticamente significativos associados à comorbidades; Sujeitos: Idosos com 65 anos ou mais, que foram permanentemente assegurados por uma empresa de seguros de saúde da Alemanha; Resultados/Discussão: a prevalência de todos os padrões aumenta com a idade do paciente, neste estudo ficou comprovado que 50% de todos os pacientes com 65 anos ou mais pertencem a pelo menos um padrão de multimorbidade. Reconhecendo a complexidade das multimorbidades deve-se melhorar a habilidade para prever as necessidades e alcançar possíveis benefícios para os pacientes idosos que sofrem de múltiplas doenças crônicas.

Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes in a national sample of middle-aged and older adults: the English longitudinal study of aging. Demakakos P, Pierce MB, Hardy R. (2010). Objetivos: analisar a associação entre sintomas depressivos elevados e incidência de diabetes tipo 2 em uma amostra nacional de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos; Sujeitos: adultos com 50 anos ou mais que participaram de um Inquérito de Saúde para a Inglaterra, para ser uma amostra representativa da população na comunidade de adultos envelhecidos; Resultados: em uma amostra nacional composta por homens e mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, foi encontrado elevado sintomas depressivos que foram associados com o risco de desenvolver diabetes tipo 2.

Chronic disease in the elderly: a vital rationale for the revival of internal medicine. Panaszek B, Machaj Z, Bogacka E, Lindner K. (2009). Objetivos: rever métodos disponíveis para avaliar comorbidades, que haviam sido utilizados em estudos clínicos ao longo dos anos 1966-2000; (c) Resultados: os autores identificaram 13 métodos diferentes, sendo apenas 04 considerados validados e fiáveis, para mensuração de comorbidades seus efeitos nos diagnósticos, prognósticos, tratamento e resultados. As comorbidades crônicas em pacientes idosos podem agravar o quadro clínico, tornando tanto o diagnóstico como o tratamento difícil. Há uma necessidade de adequação da medicina contemporânea no que se refere ao paciente com comorbidades para uma abordagem holística do paciente.

A análise dos estudos encontrados no Banco de Teses e Dissertações e Base LILACS e biblioteca PUBMED, em consonância com os critérios de inclusão estipulados para a busca e análise desses estudos, nos demonstra que:

Apesar da mudança no modelo de assistência psiquiátrica reforçada pela reforma psiquiátrica, ainda podemos encontrar pessoas que envelheceram em instituições psiquiátricas. Sendo um desafio para a equipe de enfermagem no que se refere a assistência ao paciente com transtorno mental que envelheceu (Fernandes, 2008; Hansel 2008).

A concomitância de agravos à saúde mental e física, tornando a assistência ao paciente psiquiátrico de maior complexidade (Hansel, 2008; Paes, 2010; Aschbrenner, 2011; Krüger, 2012).

Um estudo (Paes, 2010) demonstra que há uma dificuldade por parte da equipe de enfermagem quanto ao cuidado ao paciente com transtorno mental e que apresenta comorbidades físicas.

Coexistência de múltiplas doenças com comprometimento do quadro clínico de pessoas idosas (Hansel, 2008; Panaszek, 2009; Schäfer, 2010; Aschbrenner, 2011; Chaudhry, 2012).

As produções científicas encontradas nas bases de dados nos fornecem informações de forma isolada sobre (i) pacientes com transtornos mentais que envelheceram, (ii) pacientes com comorbidades de ordem física, porém as demandas de cuidados em saúde aos pacientes com transtornos mentais com comorbidades de ordem física e em processo de envelhecimento, ainda configuram uma lacuna do conhecimento, reiterando a importância da realização desta pesquisa.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III

3. REFERENCIAL TEÓRICO E ABORDAGEM METODOLÓGICA

Estudo de abordagem quantitativa. A construção do estudo foi orientada pelo Cartesiano, utilizou estatística descritiva simples e medidas de tendência central para tratamento e análise dos dados.

3.1. Referencial Teórico: Cartesiano

O cartesianismo brota da reflexão sobre a matemática como paradigma metodológico e, ao mesmo tempo, da reflexão sobre os poderes resolutivos espontâneos possuídos por nossa razão. A matemática serve de ocasião para que a racionalidade revele seu modo de operar e seus poderes (Battisti, 2010).

O racionalismo cartesiano tem como uma de suas marcas mais profundas a de que tudo o que é passível de ser pensado e conhecido deve ser transparente à faculdade ou ao sujeito que pensa ou conhece. O conhecimento significa, de início, domínio e manipulação das coisas pela capacidade de conhecer. (Battisti, 2010)

Para Descartes, todo objeto, para poder ser tratado pelo intelecto, deve poder ser medido e ordenado pela razão. Descartes reconhece que os objetos, de qualquer espécie que sejam, devem preencher determinados requisitos para que a mente possa pensá-los, examiná-los, enfim, conhecê-los. A mente deve, primeiramente, poder medi-los e, para tal, é preciso que os objetos tenham uma "grandeza" (noção que não se restringe à grandeza matemática) e, sob esta, uma unidade comum de medida. Em segundo lugar, se os objetos são homogêneos ou têm uma natureza comum, o que os distingue é seu grau de complexidade ou de composição. O segundo critério, é a ordem, visto que as coisas ordenam-se dentro do critério da simplicidade e da dependência: elas formam relações entre si, cujo ordenamento ocorre pela relação de composição e de dependência. Conhecer é, portanto, ordenar e medir os objetos entre si pela razão (Battisti, 2010, p.575).

3.2. Desenho da Pesquisa

Estudo de abordagem quantitativa, corte temporal. Para tratamento e análise dos dados foi utilizada estatística descritiva simples, cuja organização e sistematização tiveram a finalidade de fazer com que dados quantitativos em documentos institucionais deixassem de ser uma massa de números. Em particular

porque se acordo com Polit, Beck, Hungler (2004, p.312) os procedimentos estatísticos permitem que a pesquisadora resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica - na forma de subsídios tratados - para utilização em favor da equipe e dos pacientes da instituição cenário.

Assim, a abordagem, quantitativa, trata de probabilidades, associações estatisticamente significantes, para se conhecer uma realidade como as demandas de cuidados em saúde a pacientes com transtornos mentais, em processo de envelhecimento, internados em unidade psiquiátrica.

3.3. Técnicas de Coleta de Dados

Para operacionalizar o estudo a técnica de coleta de dados utilizada foi consulta documental. A consulta documental foi realizada em prontuários e impressos de pacientes com transtornos mentais internados na unidade psiquiátrica que foi o cenário deste estudo.

A etapa coleta de dados foi realizada através do levantamento em documentos institucionais e dos pacientes de dados como idade, sexo, tempo de permanência, cuidados de enfermagem, diagnósticos clínicos, psiquiátricos, e medicações utilizadas nas enfermarias; a fim de realizar o levantamento das demandas de cuidados de enfermagem durante o período de internação.

3.4. Instrumentos

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram:

A) Planilha elaborada no software Excel® (Apêndice B)

Para registro de dados obtidos juntos a documentos institucionais e dos pacientes como relatórios estatísticos e prontuários.

B) Documentação em diário de campo.

Para anotações de observações acerca deste estudo.

C) Planilhas elaboradas nos software SPSS®

Para análise dos dados coletados junto a documentos institucionais.

3.5. Cenário do Estudo

O cenário da pesquisa é uma instituição psiquiátrica universitária, localizada no município do Rio de Janeiro. Escolha que se justifica por ser local motivador dos

questionamentos chave do estudo e também por ser a instituição de atuação da pesquisadora.

Trata-se de uma instituição com 106 leitos psiquiátricos sendo distribuídos em: Enfermaria I com 56 leitos femininos e a Enfermaria II com 50 leitos masculinos. As Enfermarias I e II possuem quatro leitos, em área reservada, destinados ao atendimento de pacientes com intercorrências de ordem física e/ou mental. A documentação dos diagnósticos psiquiátricos e clínicos, assim como as demandas e os cuidados de enfermagem é feita no prontuário do paciente, sendo um desafio os diferentes estilos e níveis de detalhamento dos registros profissionais. Entretanto, tais registros são um caminho para mapear as diferentes demandas de cuidado em saúde dos pacientes. É uma instituição que se encontra em momento de avaliação de processos de trabalho e de significativas mudanças na assistência de enfermagem.

3.6. Sujeitos / Amostragem

Os sujeitos da pesquisa foram prontuários de pacientes internados entre os anos de 2010 a 2012. A população correspondeu ao total de internações no período de 2010 a 2012. O número total corresponde aos prontuários localizados, conforme detalhado na seção coleta de dados.

Quadro II: Distribuição da População do Estudo

Ano	Nº de Internação	Prontuários Localizados
2010	477	427
2011	505	460
2012	520	467
TOTAL	1.502	1.354

Fonte: Cunha, E.F. Rio de Janeiro, 2014.

Crerios de inclusão: pacientes que passaram pelo processo de internaco com registro na instituio cenário entre os anos de 2010 e 2012.

3.7. Aspectos Éticos

Em observância aos princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil, foi solicitado (i) autorização institucional para a coleta de dados quantitativos e qualitativos (Apêndice A e D), sendo aprovado pelo (i) Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery Hospital/Escola São Francisco de Assis (EEAN/HESFA/UFRJ) sob o parecer nº: 377.875 e (ii) Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) sob o parecer nº: 437.773.

3.8. Coleta de Dados: Operacionalização, Desafios, Parcerias e Avanços.

A coleta de dados quantitativos teve início no mês de novembro após aprovação pela Plataforma Brasil / Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Na operacionalização do estudo foram necessários ajustes. Na extensão do cronograma, com previsão anterior para início da coleta de dados em setembro de 2013, ocorreu devido a duração, maior do que a antecipada, do tempo necessário pelo CEP para análise e aprovação do projeto. A redução na abrangência da amostra, incluindo prontuários de pacientes que passaram pela internação no período de 2008 a 2013, ficou por demais abrangente e pouco operacional para ser coletado, tratado, analisado e inserido no prazo - total de dois anos - para conclusão do Curso de Mestrado. Logo, a coleta de dados documentais foi realizada em prontuários de pacientes internados entre 2010 e 2012.

A partir da autorização do CEP, foi solicitada ao Setor Administrativo, listagem com número de prontuários e nome dos pacientes internados no período proposto para o estudo. Na semana seguinte ao receber a listagem, teve início a coleta de dados junto aos prontuários.

Operacionalização

Em termos logísticos a operacionalização dessa etapa ocorreu em etapas. Primeiro, foi realizada a identificação de atividades, responsabilidades e fluxo do trabalho naquele setor. Nessa oportunidade, foi verificado que os prontuários dos pacientes são arquivados em uma sala do Ambulatório, setor com três funcionários

com funções administrativas de fazer a recepção dos pacientes para atendimento ou agendamento e de proceder retiradas e arquivamentos dos prontuários.

Em seguida foi apresentada proposta de pesquisa a chefe do setor e solicitadas informações de como proceder e do que seria necessário para acesso aos prontuários. A sugestão foi para deixar cópia da listagem de prontuários de pacientes a serem consultados em livro específico para controle do setor. Desta forma, caso algum profissional necessitasse do prontuário, saberia como localiza-lo prontamente. Também houve orientação para chegar próximo às 07:00h, horário mais tranquilo para o funcionário separar os prontuários a serem consultados.

Na consulta documental para levantamento das demandas de cuidados em saúde, no contexto da internação, foi realizada coleta manual em prontuários das variáveis demográficas idade e sexo e das variáveis de cada evento hospitalização: tempo de internação, diagnósticos psiquiátricos, diagnósticos clínicos e medicações utilizadas entre 2010 e 2012.

Desafios

Entretanto, com o decorrer da etapa de coleta de dados um desafio de fluxo não antecipado foi de que o funcionário do ambulatório apenas poderia separar em torno de quinze prontuários por dia, devido às demandas do setor. Inicialmente, como a Principal Investigadora (PI) estava de férias da instituição de que também é funcionária, utilizou uma das salas ou consultórios disponíveis para a coleta dos dados. Com decorrer da pesquisa e com melhor estimativa e otimização do tempo utilizado para consulta de cada prontuário houve necessidade de ampliar número de prontuários/dia para quantidade superior à inicialmente separada pelo funcionário. Assim, foi solicitada e recebida autorização junto à chefia do setor ambulatório para que a própria PI separasse os prontuários. Como o sistema e espaço de armazenamento de prontuários permite que apenas uma pessoa por vez tenha acesso aos documentos, houve momentos em que foi necessário interromper a seleção e consulta para que os funcionários pudessem fazer busca e retirada de prontuários de pacientes a serem atendidos naquele dia. Cada um desses eventos resultou em perda aproximada de uma hora entre a separação os prontuários até o (re)início da coleta de dados.

Houve desafios operacionais na coleta e consulta documental. Durante a busca documental houve dificuldades em localizar alguns prontuários. Com a

finalidade de refinar controle, assegurar o mínimo possível de perda de dados e, para certificar de que os prontuários não localizados inicialmente não se encontravam (i) arquivados; (ii) em uso por outros profissionais ou setores; (iii) com equipes clínicas; ou (iv) em processo de higienização por firma terceirizada, foram realizadas, por três vezes, em semanas alternadas, entretanto sem o êxito esperado: (i) conferência da lista de pacientes e de posicionamento de prontuários nas estantes / arquivos do ambulatório; e (ii) verificação junto à pessoa responsável na firma de higienização.

Durante a consulta, com prontuários em mãos, os desafios resultando em perda de dados foram (i) caligrafia ilegível; (ii) ausência de dados essenciais, dentre eles data de nascimento do paciente, (iii) prescrição de medicamentos sem documentação escrita da indicação em evolução; (iv) evoluções sem data, (v) pacientes com outras comorbidades evidenciadas em documentação, porém com apenas um diagnóstico registrado.

Parcerias e Avanços

O tamanho da base de dados foi de 1.354 prontuários ou internações. Em quatro intensos meses de coleta de dados, mesmo com os importantes desafios acima descritos, foi possível coletar 60% de todos os dados. Sobretudo com o cuidadoso senso crítico e de observação, com a inestimável, valiosa e competente ajuda – sempre que possível - de uma técnica de enfermagem, que não mediu esforços para contribuir com a pesquisa.

Com os desafios nos caminhos percorridos até o momento e com as parcerias estabelecidas com a chefia e funcionários, já na fase da coleta e análise preliminar de dados, a PI teve novas questões e preocupações levantadas, mas, sobretudo a satisfação de observar avanços em direção à confirmação empírica das vivências do cotidiano da prática assistencial em saúde mental em contexto de internação hospitalar, a serem apresentadas e discutidas nas seções subsequentes.

3.9. Dados: Organização e Tratamento

A coleta dos dados quantitativos em prontuários originou material extenso que foi organizado inicialmente como base dados registrada em planilha construída

no software Excell®, que é de fácil transporte e exportação para aplicativos estatísticos específicos (Apêndice B).

Na codificação e agrupamentos dos dados para análise foi realizada exportação de recorte dos anos 2010, 2011 e 2012 em planilha Excell® para planilha do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 20. Seguindo recomendações dos autores e estudioso do software SPSS® (Bruni, 2009), ao exportar os dados os códigos correspondente aos pacientes passaram a ser considerados casos. Informações clínicas como diagnóstico psiquiátrico/clínico, medicações psiquiátricas e clínicas, os problemas de saúde mental e física e os cuidados de enfermagem em saúde mental e física foram rotulados como variáveis, que foram codificadas e agrupadas para melhor manejo do processamento dos dados. Decisões para agrupamentos e preparo para processamento das variáveis foram realizados individualmente, respaldados em consultas a bases de dados e na literatura, como nos exemplos que se seguem.

A variável “tipo de alta” teve origem nas nomeclaturas utilizadas pela instituição no preenchimento do censo hospitalar. Estas nomeclaturas são padronizadas conforme a Portaria nº 312, de 30/04/02 de Padronização da Nomeclatura do Censo Hospitalar. Segue abaixo tipos de nomeclaturas utilizadas na instituição e suas definições conforme a portaria (BRASIL, 2002).

Alta regular: ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, finalização da internação hospitalar.

Alta por evasão: é a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.

Alta à termo: é a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável legal.

Alta por abandono: é uma modalidade da alta à termo, sendo que neste caso o paciente recebe uma licença médica com data de retorno, porém o mesmo não retorna a instituição, por este motivo é considerada como abandono de tratamento.

Alta por transferência: é a mudança de um paciente de um hospital para outro. Na instituição geralmente ocorrem dois tipos de transferências, sendo uma para outra clínica particular, e outra por intercorrências clínicas apresentadas pelo paciente.

Óbito: é o óbito que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.

A variável “idade” do paciente foi calculada a partir de fórmula / equação subtraindo a data de nascimento da alta. Para classificação dos resultados em intervalos padronizados da enorme variabilidade interna entre as idades foram consultadas as bases DATASUS / Brasil, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Centers for Diseases Control (CDC), onde verificamos que cada uma utiliza critérios ou intervalos diferenciados. No DATASUS a classificação da idade inicia-se em 15 aos 19, seguindo intervalos de dez em dez anos. Como no IPUB as internações são a partir dos 18 anos, não seria adequada a utilização destes intervalos como referência. A OMS apresenta intervalos de dez em dez anos a partir dos 19 anos. A utilização desta referência e intervalos, não permitiria a visualização das internações de pacientes que são internados aos 18 anos. O Centers for Diseases Control (CDC), utiliza intervalos a partir de 5-18, não sendo possível a utilização desta como referência, pois não há internação de menores de 18 anos na instituição. Portanto, para fins de comparabilidade, a PI optou pelo do agrupamento da variável “idade” em intervalos de quinze anos para facilitar a visualização da distribuição dos resultados.

Quadro III: Intervalos de Idade

CÓDIGO	IDADE
1	18 a 33
2	34 a 49
3	50 a 65
4	66 a 81

Fonte: Ferreira, E.C., Rio de Janeiro, 2014.

Nas variáveis “diagnóstico psiquiátrico” e “diagnóstico clínico” foi utilizada como referência a Classificação Internacional de Doenças Versão 10 (CID-10). Para o Diagnóstico Psiquiátrico foram identificados inicialmente 70 códigos, que foram agrupados em 11 códigos.

Quadro IV: Agrupamento de Diagnósticos Psiquiátricos

CID	DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	AGRUPAMENTO
F20.0	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia
F20.1	Esquizofrenia hebefrênica	
F20.2	Esquizofrenia catatônica	
F31.0	Transt. afetivo bipolar, episódio atual maníaco	Transtorno Afetivo Bipolar
F31.1	Transt. afetivo bipolar, episódio atual maníaco s/sintomas psicóticos	
F31.2	Transt. afetivo bipolar, episódio atual maníaco c/ sintomas psicóticos	
F10.0	Transt mentais e comport. / uso de álcool / intoxicação aguda	Transt. Mentais e Comport. / Uso de Álcool
F10.1	Transt. mentais e comport. / uso de álcool / uso nocivo para saúde	
F10.2	Transt. mentais e comport./ uso de álcool / síndrome de dependência	

Fonte: Ferreira, E.C., Rio de Janeiro, 2014

Para a variável “problemas de saúde mental” foram identificados 71 códigos, que foram agrupados em 35 códigos em conformidade com Cheniaux (2011) e Dagalarrondo (2000).

Quadro V: Agrupamento de Problemas de Saúde Mental

PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL	AGRUPAMENTO
Delírios persecutórios	Delírios
Delírios de grandeza	
Delírios místicos	
Heteroagressividade	Agressividade
Agressividade	
Autoagressividade	
Alucinação visual	Alucinação
Alucinação cenestésica	
Alucinação auditiva	

Fonte: Ferreira, E.C., Rio de Janeiro, 2014

Para a variável “diagnóstico clínico” foram identificados inicialmente 77 códigos, que foram agrupados em 18 códigos em consonância com o CID-10.

Quadro VI: Agrupamento de Diagnósticos Clínicos

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	AGRUPAMENTO
Hipertensão arterial sistêmica	Doenças do Aparelho Circulatório
Acidente vascular encefálico	
Insuficiência cardíaca congestiva	
Diabetes mellitus	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas.
Hipotireoidismo	
Obesidade	
Pneumonia bacteriana	Doenças do Aparelho Respiratório
Bronquite asmática	
Rinite alérgica	

Fonte: Ferreira, E.C., Rio de Janeiro, 2014.

Para a variável “problemas de saúde física” foram identificados 40 códigos que foram agrupados em 21 códigos em consonância com Brunner / Suddarth (2009) e Perry (2010).

Quadro VII: Agrupamento de Problemas de Saúde Física

PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA	AGRUPAMENTO
Tosse produtiva	Problemas do Sistema Respiratório
Dispneia	
Náuseas	Problemas do Sistema Digestivo
Vômitos	
Epigastralgia	
Crise convulsiva	Problemas Sistema Nervoso
Rebaixamento de nível de consciência	

Fonte: Ferreira, E.C., Rio de Janeiro, 2014.

Para a variável “medicação psiquiátrica” foram identificados inicialmente 61 códigos que foram agrupados em 12 códigos seguindo a classificação utilizada em Arana (2006).

Quadro VIII: Agrupamento de Medicação Psiquiátrica

MEDICAÇÃO PSQUIÁTRICA	AGRUPAMENTO
Haldol	Neurolépticos e Antipsicóticos Típicos
Neuleptil	
Clorpromazina	
Ácido valpróico	Anticonvulsivantes
Carbamazepina	
Fenitoína	
Citalopram	Antidepressivos
Amitriptilina	

Fonte: Ferreira, E.C., Rio de Janeiro, 2014.

Para a variável “medicação clínica” foram identificados inicialmente 95 códigos que foram agrupados 22 códigos seguindo a classificação utilizada em Schellack (2006).

Quadro IX: Agrupamento de Medicação Clínica

MEDICAÇÃO CLÍNICA	AGRUPAMENTO
Capoten	Antihipertensivos
Enalapril	
Digoxina	Medicamentos Sistema Cardiovascular
Propranolol	
Cefalexina	Antibióticos
Norfloxacino	

Fonte: Ferreira, E.C., Rio de Janeiro, 2014.

Após o agrupamento das variáveis foi possível a realização de análise estatística preliminar em medidas de tendência central para a primeira descrição

dos dados coletados, em contexto às características do cenário IPUB/UFRJ, uma instituição hospitalar especializada que não presta pronto atendimento.

As internações em suas enfermarias ocorrem via Central de Regulação de Vagas da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, a partir de contato telefônico da Central com a instituição. Nesse, os números de leitos disponíveis são informados para que sejam procedidas transferências de pacientes que se encontram em unidades de pronto atendimento.

Em termos de capacidade, no ano de 2010 a instituição possuía 101 leitos de internação, sendo 56 para mulheres e 45 para homens. Naquele ano, houve um total de 477 internações psiquiátricas, dos quais foi possível coletar 429 (89,6%) dos dados. Para o ano de 2011 foram registradas 505 internações, sendo coletados 460 (91%) dos dados.

Em 2012 o fechamento de instituições psiquiátricas no Estado do Rio de Janeiro, por falta de condições de tratamento e violação dos direitos dos pacientes, teve como consequência a necessidade de ampliação no número de leitos masculinos na instituição. Portanto a instituição passa a contar com 106 leitos de internação, sendo 56 para mulheres e 50 para homens. As internações psiquiátricas para o mesmo ano foi de 520, sendo coletados 467(89,8%) prontuários.

As perdas ou casos ausentes indicadas nos resumo dos casos que antecedem a apresentação de cada variável correspondem a prontuários a: (i) que não estavam disponíveis no momento da coleta, ou (ii) caligrafia absolutamente ilegível, (iii) falta de dados essenciais.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, DESCRIÇÃO E ANÁLISE.

4.1. Apresentação e Descrição

A presente seção trata da descrição dos dados referentes aos anos de 2010, 2011 e 2012. Os resultados das variáveis estudadas estão apresentados em tabelas ou quadros síntese contando com frequência e percentuais, acompanhados de suas respectivas representações gráficas em barras horizontais.

Seguem as tabelas, quadros e esquemas breves descrições dos dados com pontuação de destaques observados e breve discussão / análise preliminar dos resultados.

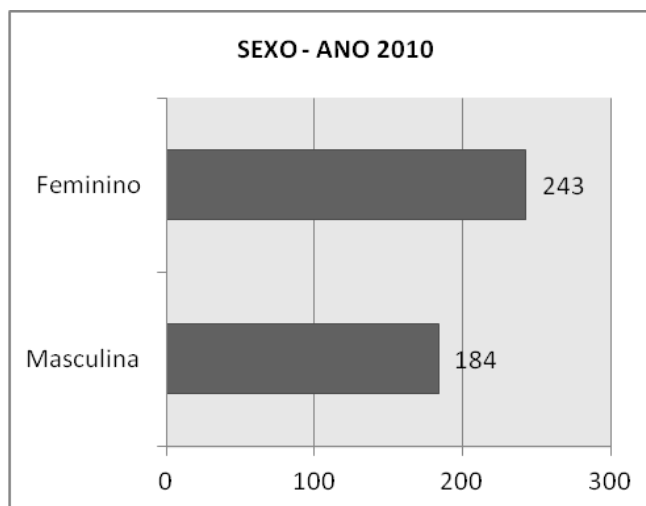
SEXO - RESUMO DOS CASOS 2010

SEXO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	427	89,5	50	10,5	477	100

Tabela 01: Sexo – Ano 2010

Sexo - Ano 2010			
Respostas	Frequência	%	% Válido
Masculina	184	38,6	43,1
Feminino	243	50,9	56,9
Total	427	89,5	100,0
Ausências	50	10,5	
TOTAL	477	100	

Gráfico 01: Sexo – Ano 2010



Em 2010 de um total de 427 (89,5%) internações psiquiátricas 243 (50,9%) ou pouco mais de metade foram de mulheres, quando comparados ao número de homens, correspondendo a 184 (38,6%) dos casos. Os dados demonstram uma oposição do cenário nacional que para o mesmo ano apresentou predominância do sexo masculino em internações psiquiátricas (H: 172.164; M: 93.284).

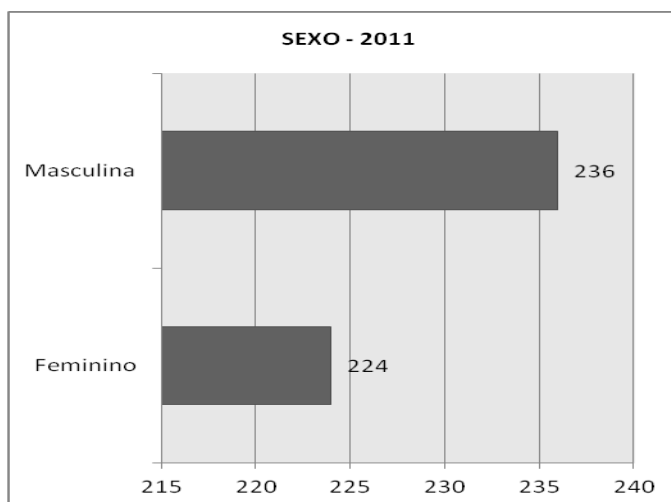
SEXO – RESUMO DOS CASOS - 2011

SEXO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	460	91,1	45	8,9	505	100

Tabela 02: Sexo - Ano 2011

Sexo - Ano 2011			
Respostas	Frequência	%	% Válido
Masculina	236	46,7	51,3
Feminino	224	44,4	48,7
Total	460	91,1	100
Ausências	45	8,9	
TOTAL	505	100	

Gráfico 02: Sexo - 2011



Em 2011 de um total de 460 (91,1%) internações psiquiátricas 236 (46,7%) foram de homens, e 224 (44,4%) de mulheres, portanto uma distribuição equilibrada entre os sexos. Quando comparados com dados nacionais no DATASUS para o ano de 2011, verificamos a predominância de internações psiquiátricas de homens (171.201 ou 64,83%) em relação às mulheres (94.517 ou 35,17%).

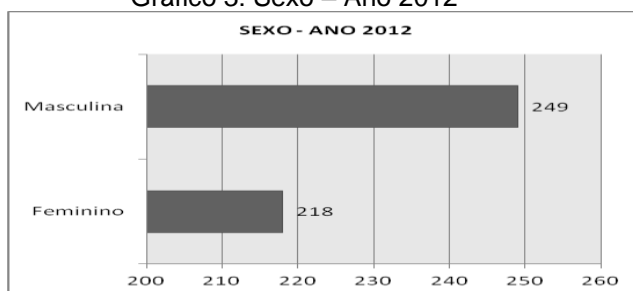
SEXO – RESUMO DOS CASOS 2012

SEXO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	467	89,8	53	10,2	520	100

Tabela 3: Sexo – Ano 2012

Sexo - Ano 2012			
Respostas	Frequência	%	% Válido
Masculina	249	47,9	53,3
Feminino	218	41,9	46,7
Total	467	89,8	100
Ausências	53	10,2	
TOTAL	520	100	

Gráfico 3: Sexo – Ano 2012



Em 2012 de um total de 467 (89,8%) internações psiquiátricas 249 (47,9%) foram de homens, e 218 (41,9%) de mulheres, portanto também uma distribuição equilibrada entre os sexos. Quando comparados com dados nacionais no DATASUS para o ano de 2012, verificamos novamente a predominância de internações psiquiátricas de homens (162.680 ou 64,3%) em relação às mulheres (90.073 ou 35,6 %).

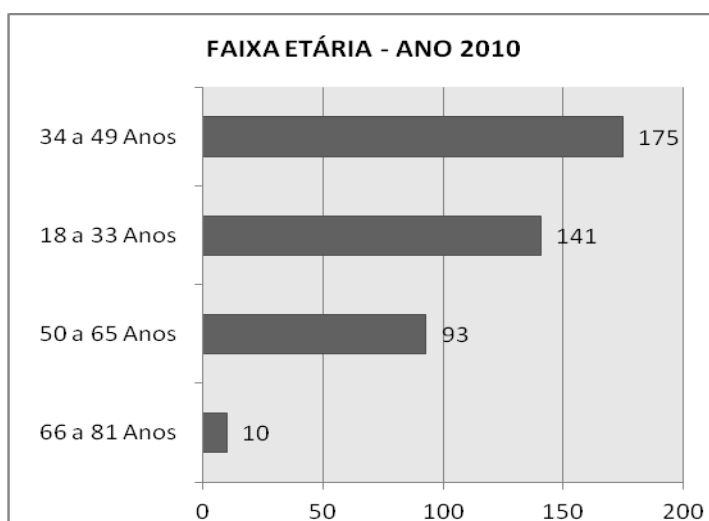
FAIXA ETÁRIA – RESUMO DOS CASOS 2010

IDADE	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	419	87,8	58	12,2	477	100

Tabela 4: Faixa Etária – Ano 2010

F.E. - Ano 2010			
Respostas	Frequência	%	% Válido
18 a 33 Anos	141	29,6	33,7
34 a 49 Anos	175	36,7	41,8
50 a 65 Anos	93	19,5	22,2
66 a 81 Anos	10	2,0	2,4
Total	419	87,8	100
Ausências	58	12,2	
TOTAL	477	100	

Gráfico 04: Faixa Etária – Ano 2010



Em 2010 houveram 419 (87,8%) internações com predominância de internações dos grupos de meia idade e adultos jovens, distribuídas em 34 a 49 anos (175 ou 36,7%); 18 a 33 anos (141 ou 29,6%); 50 a 65 anos (93 ou 19,5%) e 66 a 81 anos (10 ou 2%).

Ao comparar os dados da instituição cenário com dados nacionais no DATASUS, para o mesmo ano, houve predomínio de internações de grupos adultos jovens e de meia idade (1ª = 20 a 39: 135.696; 2ª = 40 a 59: 111.242; 3ª = 60 a 80+: 18.510). Embora de forma invertida, verificamos conformidade em relação ao grande grupo de faixa.

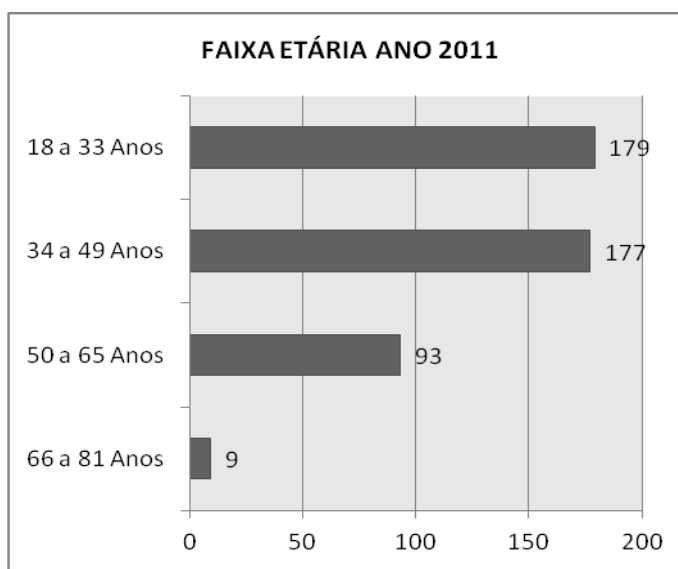
FAIXA ETÁRIA – RESUMO DOS CASOS 2011

IDADE	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	458	90,7	47	9,3	505	100

Tabela 5: Faixa Etária – Ano 2011

F.E. - Ano 2011			
Respostas	Frequência	%	% Válido
18 a 33 Anos	179	35,5	39,1
34 a 49 Anos	177	35	38,6
50 a 65 Anos	93	18,4	20,3
66 a 81 Anos	9	1,8	2,0
Total	458	90,7	100
Ausências	47	9,3	
TOTAL	505	100	

Gráfico 05: Faixa Etária – Ano 2011



Em 2011 houveram 458 (90,7%) internações com predominância dos grupos de adultos jovens e de meia idade, distribuídos em 18 a 33 anos (179 ou 35,5%); 34 a 49 anos (177 ou 35%); 50 a 65 anos (93 ou 18,4%) e 66 a 81 anos (9 ou 1,8%).

Ao comparar os dados da instituição cenário com dados nacionais no DATASUS, para o mesmo ano, houve predomínio de internações de grupos adultos jovens e de meia idade (1ª = 20 a 39: 134.450; 2ª = 40 a 59: 112.068; 3ª = 60 a 80+: 19.200), observamos conformidade em relação ao grande grupo de faixa etária.

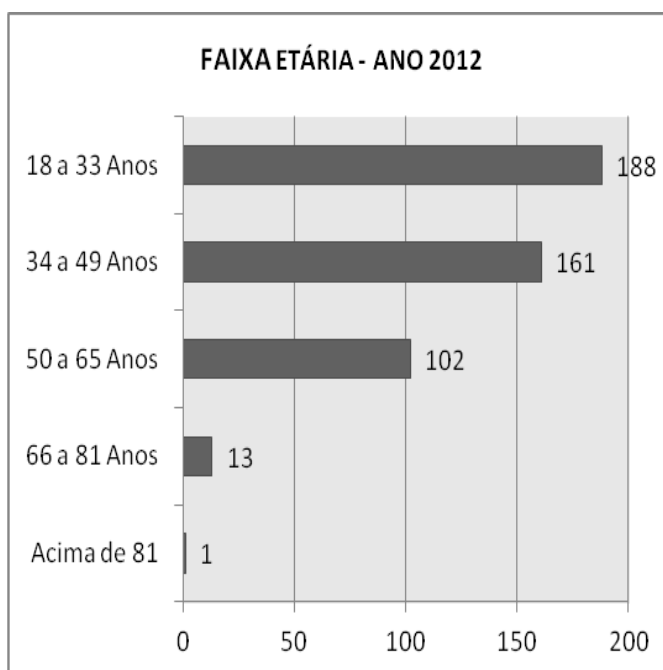
FAIXA ETÁRIA – RESUMO DOS CASOS 2012

IDADE	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	465	89,4	55	10,6	520	100

Tabela 6: Faixa Etária – Ano 2012

F.E. - Ano 2012			
Respostas	Frequência	%	% Válido
18 a 33 Anos	188	36,1	40,4
34 a 49 Anos	161	31,0	34,6
50 a 65 Anos	102	19,6	21,9
66 a 81 Anos	13	2,5	2,8
Acima de 81 Anos	1	0,2	0,2
Total	465	89,4	100
Ausências	55	10,6	
TOTAL	520	100	

Gráfico 06: Faixa Etária – Ano 2012



Em 2012 houveram 465 (89,4%) internações com predominância dos grupos de adultos jovens e de meia idade, distribuídas em 18 a 33 anos (188 ou 36,1%); 34 a 49 anos (161 ou 31%); 50 a 65 anos (102 ou 19,6%) e 66 a 81 anos (1 ou 0,2%).

Ao comparar os dados da instituição cenário com dados nacionais no DATASUS, para o mesmo ano, houve predomínio de internações de grupos adultos jovens e de meia idade (1ª = 20 a 39: 128.769; 2ª = 40 a 59: 105.683; 3ª = 60 a 80+: 18.301), verificamos conformidade com relação ao grande grupo de faixa etária.

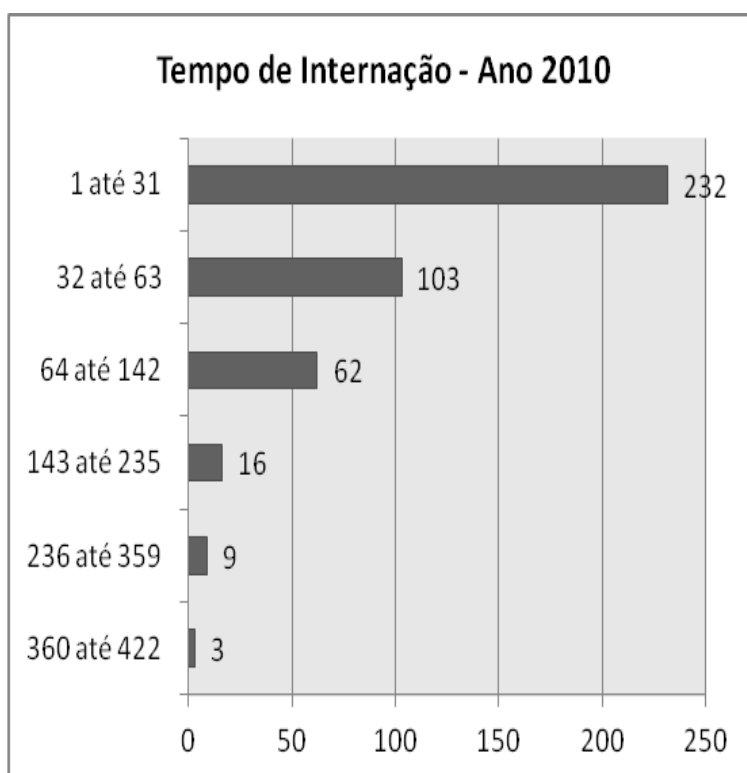
TEMPO DE INTERNAÇÃO – RESUMO DOS CASOS 2010

TEMPO DE INTERNAÇÃO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	425	89,1	52	10,9	477	100

Tabela 7: Tempo de Internação – Ano 2010

T I - Ano 2010			
Resposta	Frequência	%	% Válido
1 até 15	116	24,3	27,3
16 até 31	116	24,3	27,3
32 até 47	61	12,8	14,4
48 até 63	42	8,8	9,9
64 até 79	22	4,6	5,2
80 até 95	11	2,4	2,6
96 até 111	12	2,5	2,8
112 até 142	17	3,6	4,0
143 até 173	5	1,0	1,2
174 até 204	5	1,0	1,2
205 até 235	6	1,3	1,4
236 até 266	2	0,4	0,5
267 até 297	3	0,6	0,7
298 até 328	2	0,4	0,5
329 até 359	2	0,4	0,5
360 até 390	1	0,3	0,2
391 até 422	2	0,4	0,5
Total	425	89,1	100
Ausências	52	10,9	
TOTAL	477	100	

Gráfico 7: Tempo de Internação – Ano 2010



Em 2010 o tempo de internação predominante foi até 31 dias com 232 (48,6%) das ocorrências, quase metade de todos os casos válidos, seguido de até 63 dias com 103 (21,6%) e até 142 dias com 62 (13,1%) dos casos. Observamos

que 3 (0,7%) pacientes ainda permaneceram internados em períodos iguais ou superior a um ano.

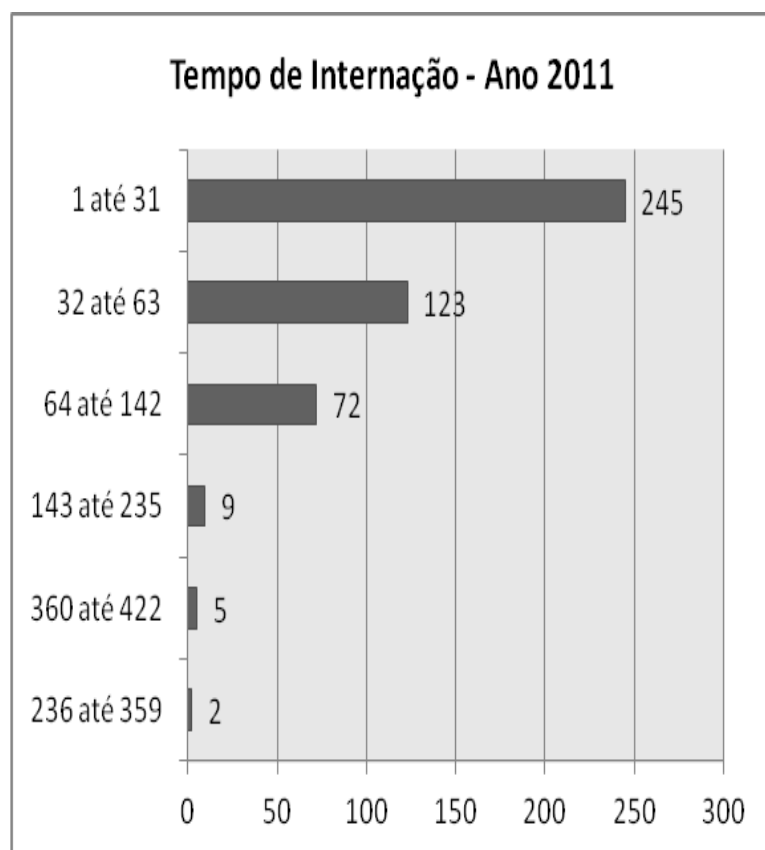
TEMPO DE INTERNAÇÃO – RESUMO DOS CASOS 2011

TEMPO DE INTERNAÇÃO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	456	90,3	49	9,7	505	100

Tabela 8: Tempo de Internação - Ano 2011

T I - Ano 2011			
Resposta	Frequência	%	% Válido
1 até 15	117	23,2	25,7
16 até 31	128	25,3	28,1
32 até 47	82	16,2	18
48 até 63	41	8,1	9,0
64 até 79	32	6,3	7,0
80 até 95	23	4,6	5,0
96 até 111	8	1,6	1,8
112 até 142	9	1,8	2,0
143 até 173	2	0,4	0,4
174 até 204	5	1,0	1,1
205 até 235	2	0,4	0,4
267 até 297	1	0,2	0,2
298 até 328	1	0,2	0,2
Acima de 422	5	1,0	1,1
Total	456	90,3	100
Ausências	49	9,7	
TOTAL	505	100	

Gráfico 8: Tempo de Internação – Ano 2011



Em 2011 o tempo de internação predominante foi até 31 dias com 245 (48,5%) das ocorrências, quase metade todos os casos válidos, seguido de até 63 dias com 123 (24,3%), e até 142 dias com 72 (14,3%) dos casos. Houve um aumento no número de pacientes que permaneceram internados por período superior a um ano com 5 (1,0%) ao compararmos com o ano anterior com 3 (0,7%).

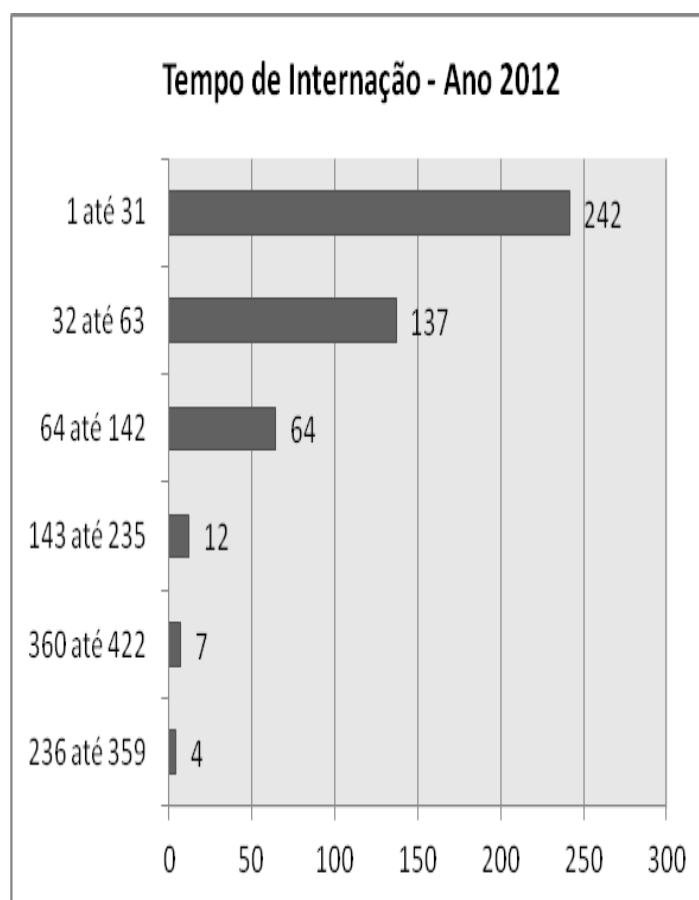
TEMPO DE INTERNAÇÃO – RESUMO DOS CASOS 2012

TEMPO DE INTERNAÇÃO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	466	89,6	54	10,4	520	100

Tabela 9: Tempo de Internação – Ano 2012

T I - Ano 2012			
Resposta	Frequência	%	% Válido
1 até 15	115	22,1	24,7
16 até 31	127	24,4	27,3
32 até 47	88	16,9	18,9
48 até 63	49	9,4	10,5
64 até 79	27	5,1	5,8
80 até 95	19	3,6	4,1
96 até 111	6	1,2	1,3
112 até 142	12	2,3	2,6
143 até 173	5	1,0	1,1
174 até 204	4	0,8	0,9
205 até 235	3	0,6	0,6
236 até 266	2	0,4	0,4
267 até 297	1	0,2	0,2
298 até 328	1	0,2	0,2
360 até 390	2	0,4	0,4
391 até 421	1	0,2	0,2
Acima de 422	4	0,8	0,9
Total	466	89,6	100
Ausências	54	10,4	
TOTAL	520	100	

Gráfico 9: Tempo de Internação – Ano 2012



Em 2012 o tempo de internação predominante foi até 31 dias com 242 (46,5%) das ocorrências, quase metade dos casos válidos, seguido de até 63 dias com 137 (26,3%), e até 142 dias com 64 (12,4%) dos casos. Observamos que houve um aumento do número de pacientes que permaneceram internados por período superior a um ano com 7(1,4%) dos casos de internação. Este aumento se deve ao fato de que em 2012 com fechamento de algumas unidades de internação no Estado do Rio de Janeiro alguns pacientes de longa permanência foram transferidos para a instituição.

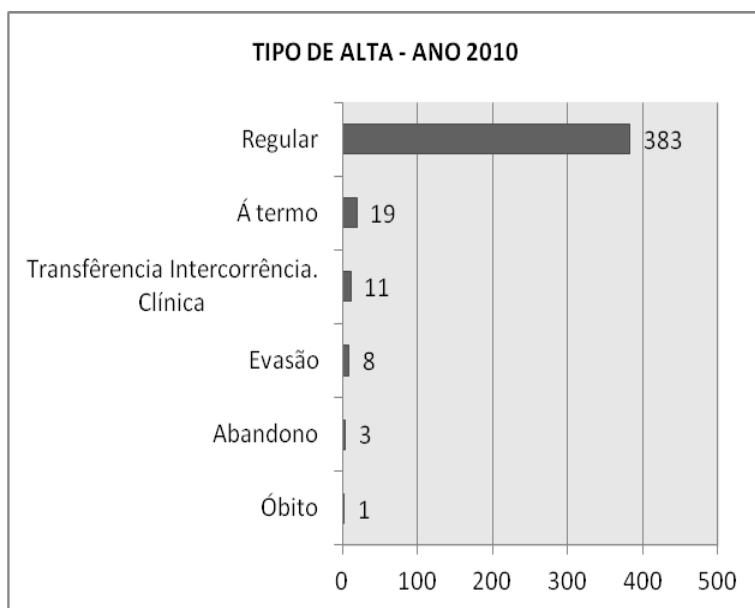
TIPO DE ALTA – RESUMO DE CASOS

TIPO DE ALTA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	421	89,1	52	10,9	477	100

Tabela 10: Tipo de Alta – Ano 2010

TA - Ano 2010			
Respostas	Frequência	%	% Válido
Regular	383	80,3	90,0
Á termo	19	4,0	4,5
Transfêrencia Intercorrência. Clínica	11	2,3	2,6
Evasão	8	1,7	1,9
Abandono	3	0,6	,7
Óbito	1	0,2	,2
Total	425	88,3	100,0
Ausência	52	10,9	
TOTAL	477	100	

Gráfico 10: Tipo de Alta – Ano 2010



Em 2010 houveram 421 (89,1%) tipos de alta, assim distribuídas: a regular 383 (80,3%), à termo 19 (4%), a transferência por intercorrências clínicas 11 (2,3%), a evasão 8 (1,7%), a alta por abandono 3 (0,6%), e óbito com 1 (0,2%). Alta regular foi a mais frequente.

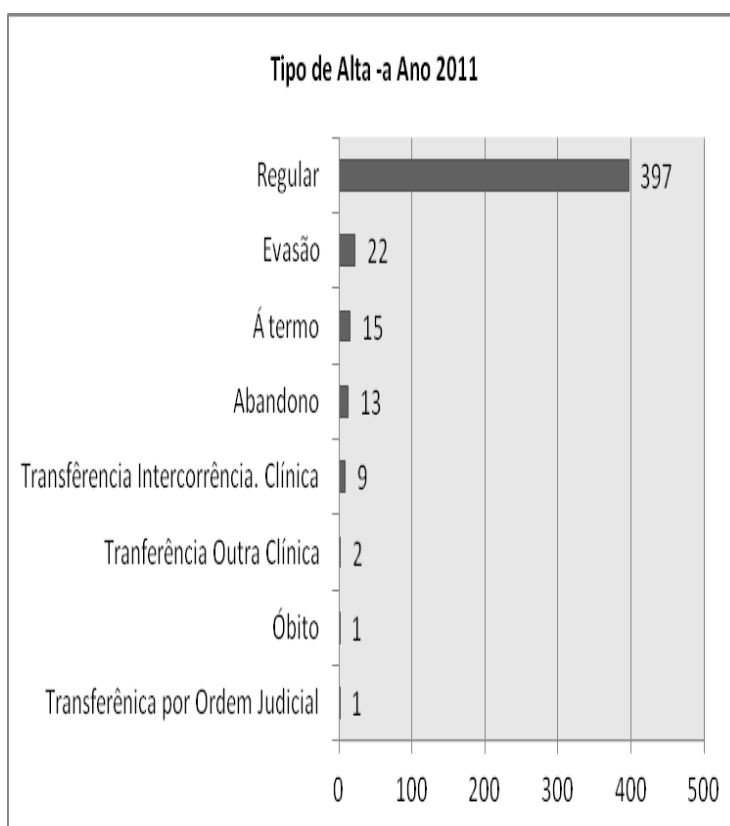
TIPO DE ALTA – RESUMO DE CASOS 2011

TIPO DE ALTA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	460	91,1	45	8,9	505	100

Tabela 11: Tipo de Alta – Ano 2011

TA - Ano 2011			
Respostas	Frequência	%	% Válido
Regular	397	78,6	86,3
Evasão	22	4,3	4,8
À termo	15	3,0	3,3
Abandono	13	2,6	2,8
Transferência Intercorrência. Clínica	9	1,8	2,0
Transferência Outra Clínica	02	0,4	0,4
Óbito	01	0,2	0,2
Transferência por Ordem Judicial	01	0,2	0,2
Total	460	91,1	100
Ausência	45	8,9	
TOTAL	505	100	

Gráfico 11: Tipo de Alta – Ano 2011



Em 2011 houveram 460 (91,1%) tipos de alta, assim distribuídas: a regular 397 (78,6%), a evasão 22 (4,3%), à termo 15 (3%), a alta por abandono com 13 (2,6%), as transferências: por intercorrências clínicas 9 (1,8%), para outra clínica 2 (0,4%), por ordem judicial 1 (0,2%), e óbito 1 (0,2%). Observamos que houve um aumento no número de altas por evasão 22 (4,3%), se comparado com o ano anterior, 2010 (8 ou 1,7%).

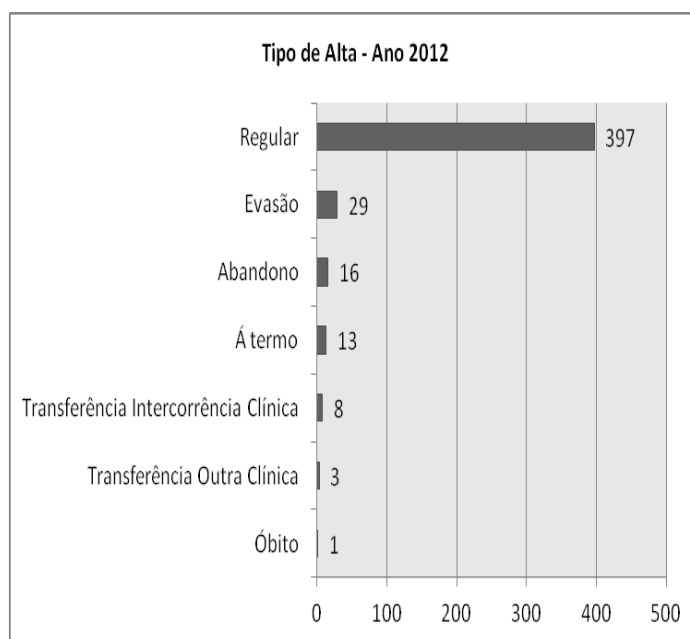
TIPO DE ALTA – RESUMO DOS CASOS 2012

TIPO DE ALTA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	467	89,8	53	10,2	520	100

Tabela 12: Tipo de Alta – Ano 2012

TA - Ano 2012			
Respostas	Frequência	%	% Válido
Regular	397	76,3	85
Evasão	29	5,6	6,2
Abandono	16	3,1	3,4
À termo	13	2,5	2,8
Transferência Intercorrência Clínica	8	1,5	1,7
Transferência Outra Clínica	3	0,6	0,6
Óbito	1	0,2	0,2
Total	467	89,8	100
Ausência	53	10,2	
TOTAL	520	100	

Gráfico 12: Tipo de Alta – Ano 2012



Em 2012 houveram 467(89,8%) tipos de alta, assim distribuídas: a regular 397 (76,3%), a evasão 29 (5,6%), a alta por abandono com 16 (3,1%), à termo 13 (2,5%), as transferências para outra clínica 8 (1,5%), por intercorrências clínicas 3 (0,6%) e óbito 1 (0,2%). Observamos que houve um aumento no número de altas por evasão 29 (5,6%), quando comparamos com os anos anteriores, em 2010 (8 ou 1,7%) e em 2011 (22 ou 4,3%)

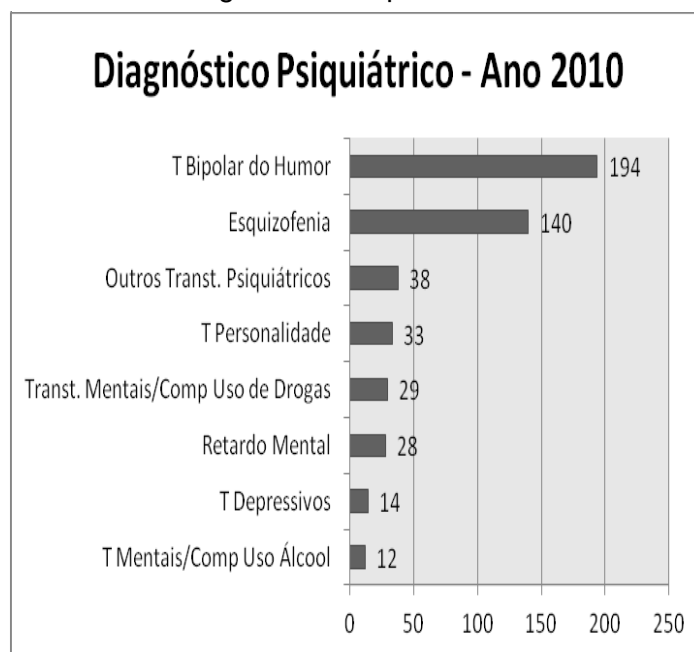
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO – RESUMO DOS CASOS 2010

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	427	89,5	50	10,5	477	100,0

Tabela 13: Diagnóstico Psiquiátrico Ano 2010

DP – Ano 2010			
Respostas	N	%	% Casos
T Bipolar do Humor	194	39,7	45,4
Esquizofrenia	140	28,7	32,8
T Personalidade	33	6,8	7,7
Transt. Mentais/Comp Uso de Drogas	29	5,9	6,8
Retardo Mental	28	5,7	6,6
T Depressivos	14	2,9	3,3
T Mentais/Comp Uso Álcool	12	2,5	2,8
Outros Transt. Psiquiátricos	38	7,8	8,9
TOTAL	488	100	114,3

Gráfico 13: Diagnóstico Psiquiátrico - Ano 2010



Em 2010, na variável “diagnóstico psiquiátrico” dentre 427 (89,5%) dos casos válidos, os agravos à saúde mental mais frequentes foram: o transtorno bipolar do humor responsável por 194 (39,7%) das internações, a esquizofrenia com 140 (28,7%), o transtorno de personalidade 33(6,8%), os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de drogas 29 (5,9%), o retardo mental 28 (5,7%), o transtorno depressivo 14 (2,9%) e o transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool com 12 (2,5%). Embora outros transtornos psiquiátricos apresentem 38 (7,8%), estes se referem ao agrupamento de diagnósticos psiquiátricos iguais ou inferiores 1%. Em alguns casos encontramos pacientes com mais de um diagnóstico, o que justifica o total de 488 (100%) diagnósticos encontrados.

As quatro causas de internações psiquiátricas mais frequentes para o ano de 2010, segundo o DATASUS foram a esquizofrenia (97.249), o transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool (56.395), o transtorno afetivo bipolar (48.715) e o transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas (41.614).

Quando comparados com o DATASUS, os dados correspondem a realidade nacional, com exceção do transtorno mental devido ao uso de álcool.

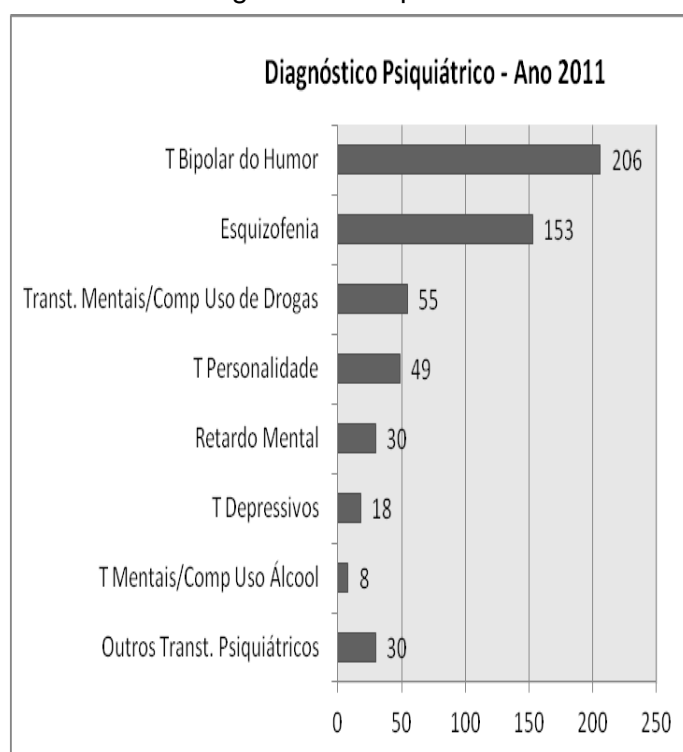
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO – RESUMO DE CASOS 2011

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	452	89,5	53	10,5	505	100,0

Tabela 14: Diagnóstico Psiquiátrico Ano 2011

DP – Ano 2011			
Respostas	N	%	% Casos
T Bipolar do Humor	206	37,5	45,6
Esquizofrenia	153	27,9	33,8
Transt. Mentais/Comp Uso de Drogas	55	10,0	12,2
T Personalidade	49	8,9	10,8
Retardo Mental	30	5,5	6,6
T Depressivos	18	3,3	4,0
T Mentais/Comp Uso Álcool	8	1,4	1,8
Outros Transt. Psiquiátricos	30	5,5	6,6
TOTAL	549	100	123

Gráfico 14: Diagnóstico Psiquiátrico Ano 2011



Em 2011, na variável “diagnóstico psiquiátrico” dentre 452 (89,5%) dos casos válidos, os agravos à saúde mentais mais frequentes foram: o transtorno bipolar responsável por 206 (37,5%) das internações, a esquizofrenia com 153 (27,9%), os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de drogas 55 (10%), o transtorno de personalidade 49 (8,9%), o retardo mental 30 (5,5%), o transtorno depressivo 18 (3,3%) e o transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool com 8 (1,4%).

Quando comparamos com o cenário nacional, através dos dados do DATASUS, verificamos que o principal motivo de internação para o mesmo ano, foi

o transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool (56.265), a esquizofrenia (94.529), o transtorno bipolar (49.248), e o transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas (44.090).

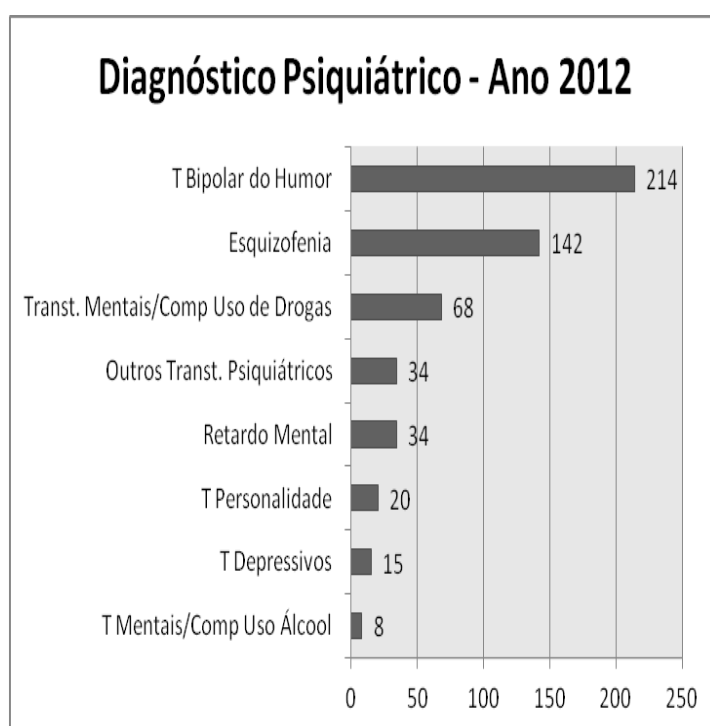
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO – RESUMO DE CASOS 2012

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	465	89,4	55	10,6	520	100,0

Tabela 15: Diagnóstico Psiquiátrico Ano 2012

DP – Ano 2012			
Respostas	N	%	% Casos
T Bipolar do Humor	214	40,0	46,0
Esquizofrenia	142	26,6	30,5
Transt. Mentais/Comp Uso de Drogas	68	12,8	14,6
Retardo Mental	34	6,3	7,3
T Personalidade	20	3,7	4,3
T Depressivos	15	2,8	3,2
T Mentais/Comp Uso Álcool	8	1,5	1,7
Outros Transt. Psiquiátricos	34	6,3	7,3
TOTAL	535	100	116,3

Gráfico 15: Diagnóstico Psiquiátrico Ano 2012



Em 2012, na variável “diagnóstico psiquiátrico” dentre 465 (89,4%) dos casos válidos, os agravos à saúde mental mais frequentes foram: o transtorno bipolar responsável por 214 (40%) das internações, a esquizofrenia com 142 (26,6%), os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de drogas 68 (12,8%), o retardo mental 34 (6,3%), o transtorno de personalidade 20 (3,7%), o transtorno depressivo 15 (2,8%), o transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool com 8 (1,5%), e outros transtornos psiquiátricos 34 (6,3%). Os dados do DATASUS referentes ao o ano de 2012, evidenciam a prevalência da esquizofrenia (87.320), o transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool (51.800), o

transtorno bipolar (47.786), e o transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas com (45.269).

Os problemas em saúde mental listados nas tabelas 16, 17 e 18 incluem sintomas psiquiátricos e alterações comportamentais. Embora não estejam relatados nas AIHs, não tenham CID, os dados referentes a esta variável “problema de saúde mental” permitiu identificar desafios que, são diariamente verificados no cotidiano da prática assistencial, geram demandas de cuidados e são intercorrências com potencial para agravar a condição de saúde do paciente.

PROBLEMA EM SAÚDE MENTAL – RESUMO DOS CASOS 2010

PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	397	83,2	80	16,8	477	100,0

Tabela 16: Problema em Saúde Mental – Ano 2010

PSM – Ano 2010			
Respostas	N	%	% Casos
Delírios	169	14,2	42,6
Insônia	165	13,9	41,6
Agitação psicomotora	146	12,3	36,8
Agressividade	136	11,5	34,3
Alucinações	82	6,9	20,7
Ausência consciência de morbidade	80	6,8	20,2
Ansiedade	67	5,7	16,9
Outros problemas de saúde mental	60	5,1	15,1
Uso de drogas	47	4,0	11,8
Tabagismo	45	3,8	11,3
Ideias deliróides	44	3,7	11,1
Humor Exaltado	33	2,8	8,3
Humor Irritado	29	2,4	7,3
Catatonia	23	1,9	5,8
Dificuldade em aderir ao tratamento	21	1,8	5,3
Uso de álcool	20	1,7	5,0
Tentativa de Evasão	18	1,5	4,5
Total	1185	100	298,5

Gráfico 16: Problema em Saúde Mental Ano - 2010



Em 2010 foram identificados 397 (83,3%) problemas em saúde mental, dentre estes os principais foram: o delírio 169 (14,3%), a insônia 165 (13,9%), a agitação psicomotora 146 (12,3%), e a agressividade 136 (11,5%), que somadas representaram 616 (52%) ou metade aproximada dos casos. O elevado total de 1.185 problemas de saúde mental se justifica pois cada paciente pode apresentar mais de uma intercorrência psiquiátrica.

PROBLEMAS EM SAÚDE MENTAL – RESUMO DE CASOS 2011

PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	452	89,5	53	10,5	505	100,0

Tabela 17: Problema de Saúde Mental– Ano 2011

PSM – Ano 2011			
Respostas	N	%	% Casos
Agressividade	165	12	36,5
Ausência consciência de morbidade	150	11	33,2
Agitação psicomotora	148	10,8	32,7
Insônia	119	8,6	26,3
Delírios	114	8,2	25,2
Ideias deliróides	114	8,2	25,2
Outros problemas saúde mental	107	7,8	23,7
Alucinações	101	7,3	22,3
Uso de drogas	74	5,4	16,4
Dificuldade em aderir ao tratamento	67	4,9	14,8
Tabagismo	62	4,6	13,7
Humor Exaltado	62	4,6	13,7
Ansiedade	34	2,5	7,5
Uso de álcool	25	1,9	5,5
Humor Irritado	16	1,1	3,5
Catatonía	16	1,1	3,5
Total	1374	100,0	314,6

Gráfico 17: Problema de Saúde Mental – Ano 2011



Em 2011 foram identificados 452 (89,5%) problemas em saúde mental, dentre estes os destaques foram: a agressividade com 165 (12%), a ausência de consciência de morbidade 150 (11%), a agitação psicomotora 148(10,8%), e a insônia 119 (8,6%). Observamos um aumento significativo em ausência de consciência de morbidade 150 (11%), quando comparado com o ano anterior 2010 (80 ou 6,8%).

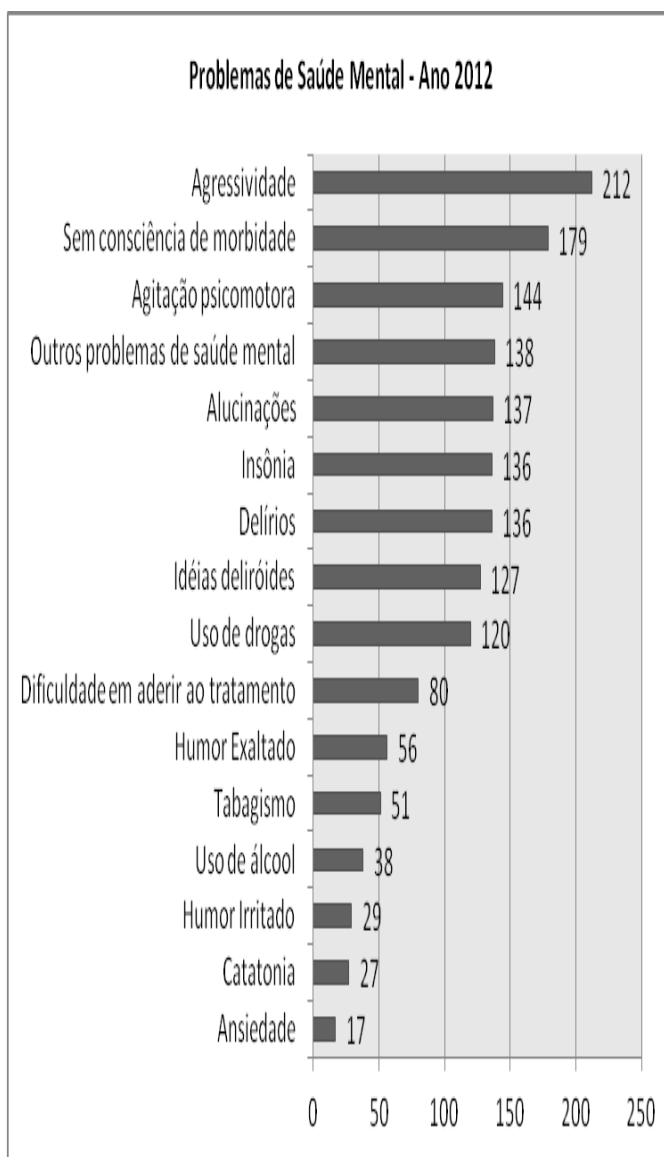
PROBLEMAS EM SAÚDE MENTAL – RESUMO DE CASOS 2012

PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	461	88,7	59	11,3	520	100,0

Tabela 18: Problema de Saúde Mental– Ano 2012

PSM – Ano 2012			
Respostas	N	%	% Casos
Agressividade	212	13,0	46,0
Ausência de consciência de morbidade	179	11,0	38,8
Agitação psicomotora	144	8,9	31,2
Outros problemas de saúde mental	138	8,5	29,9
Alucinações	137	8,4	29,7
Delírios	136	8,4	29,5
Insônia	136	8,4	29,5
Ideias deliróides	127	7,8	27,5
Uso de drogas	120	7,4	26,0
Dificuldade em aderir ao tratamento	80	4,9	17,4
Humor Exaltado	56	3,4	12,1
Tabagismo	51	3,1	11,1
Uso de álcool	38	2,3	8,2
Humor Irritado	29	1,8	6,3
Catatonía	27	1,7	5,9
Ansiedade	17	1,0	3,7
Total	1627	100,0	352,9

Gráfico 18: Problema de Saúde Mental – Ano 2012



Em 2012 foram identificados 461 (88,7%) problemas em saúde mental, dentre estes os principais foram: a agressividade 212 (13%), a ausência de consciência de morbidade com 179 (11%), a agitação psicomotora 144 (8,9%) e a alucinação 137 (8,4%). Embora outros transtornos psiquiátricos apresentem 138

(8,5%), estes se referem ao agrupamento de problemas em saúde mental iguais ou inferiores 1%.

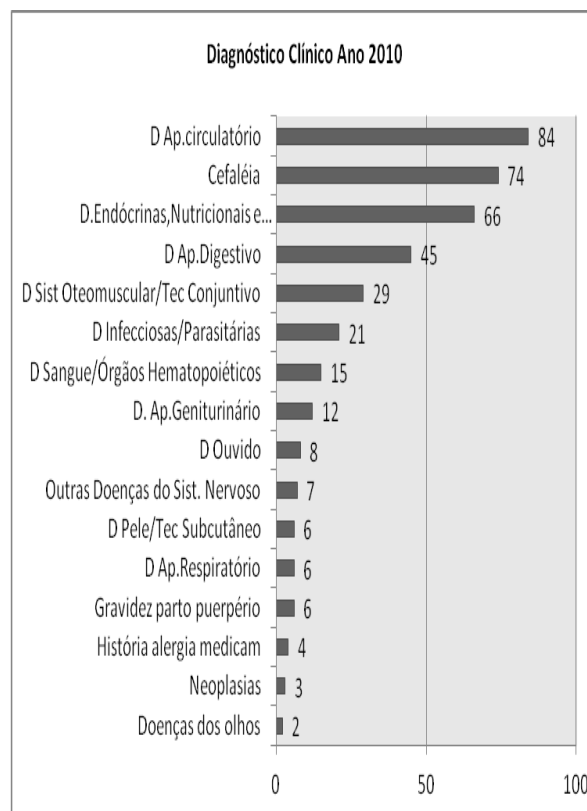
DIAGNÓSTICO CLÍNICO - RESUMO DOS CASOS 2010

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	224	47,0	253	53	477	100,0

Tabela 19: Diagnóstico Clínico– Ano 2010

DC - Ano 2010			
Resposta	N	%	% Casos
D. Ap. Circulatório	84	21,6	37,5
Cefaleia	74	19,1	33,0
D. Endócrinas, Nutric. e Metabólicas	66	17,1	29,5
D. Ap. Digestivo	45	11,6	20,1
D. Sist Oteomuscular / Tec Conjuntivo	29	7,5	12,9
D. Infeciosas	21	5,4	9,4
D. Sangue / Órgãos Hematopoiéticos	15	3,9	6,7
D. Ap. Geniturinário	12	3,1	5,4
D. Ouvido	8	2,1	3,6
Outras Doenças do Sist. Nervoso	7	1,8	3,1
Gravidez, parto & puerpério	6	1,5	2,7
D. Ap. Respiratório	6	1,5	2,7
D. Pele / Tec Subcutâneo	6	1,5	2,7
História alergia medic.	4	1,0	1,8
Neoplasias	3	0,8	1,32
D. Olhos	2	0,5	0,9
TOTAL	388	100,0	173,2

Gráfico 19: Diagnóstico Clínico - Ano 2010



Em 2010 a variável diagnóstico clínico identificou 224 (47%) agravos à saúde física, as principais foram: as doenças do aparelho circulatório 84 (21,6%), a cefaleia 74 (19,1%), as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 66 (17,1%), as doenças do aparelho digestivo 45 (11,6%) as doenças do sistema osteomusculares e tecidos conjuntivos 29 (7,5%), e as doenças infecciosas 21

(5,4%). Embora a cefaleia seja considerada um sintoma é classificada pela CID-10 como diagnóstico, por este motivo no presente estudo foi apresentada na variável “diagnóstico clínico”.

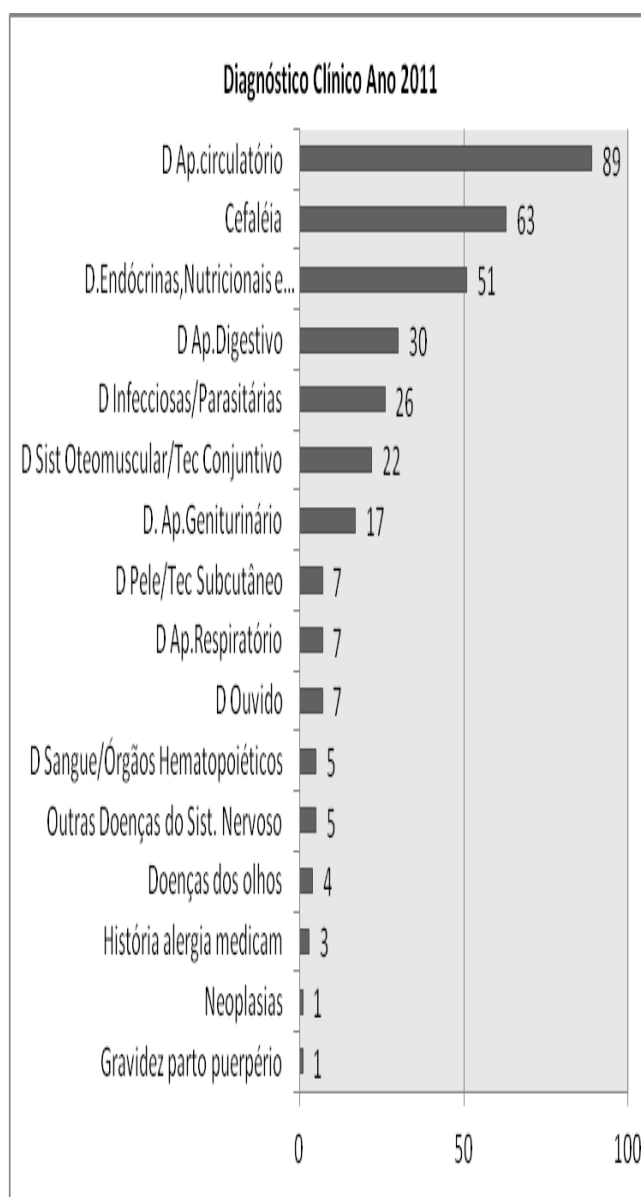
DIAGNÓSTICO CLÍNICO – RESUMO DE CASOS 2011

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	220	43,6	285	56,4	505	100,0

Tabela 20: Diagnóstico Clínico– Ano 2011

DC - Ano 2011			
Resposta	N	%	% Casos
D. Ap.circulatório	89	26,4	40,5
Cefaléia	63	18,7	28,6
D. Endócrinas, Nutricion. e Metabólicas	51	15,0	23,2
D. Ap.Digestivo	30	8,9	13,6
D. Infeciosas	26	7,7	11,8
D.Sist Oteomuscular / Tec Conjuntivo	22	6,5	10,0
D. Ap.Geniturinário	17	5,1	7,7
D. Ouvido	7	2,1	3,2
D. Ap.Respiratório	7	2,1	3,2
D. Pele / Tec Subcutâneo	7	2,1	3,2
Outras Doenças do Sist. Nervoso	5	1,5	2,3
D.Sangue / Órgãos Hematopoiéticos	5	1,5	2,3
D. Olhos	4	1,2	1,8
História alergia medicamentosa	3	0,8	1,4
Gravidez, parto,puerpério	1	0,2	0,5
Neoplasias	1	0,2	0,5
TOTAL	338	100,0	154,5

Gráfico 20: Diagnóstico Clínico – Ano 2011



Em 2011 a variável diagnóstico clínico identificou 220 (43,6%) de agravos à saúde física, as principais foram: as doenças do aparelho circulatório 89 (26,4%), a cefaleia 63 (18,7%), as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 51 (15%), as doenças do aparelho digestivo 30 (8,9%), e as doenças infecciosas 26 (7,7%).

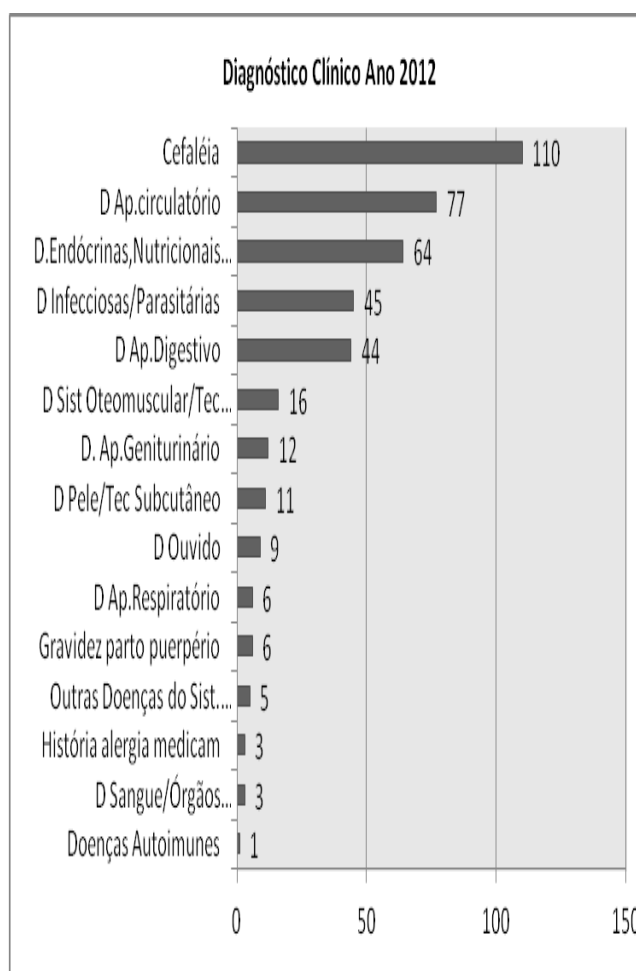
DIAGNÓSTICO CLÍNICO – RESUMO DE CASOS 2012

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	258	49,6	262	50,4	520	100,0

Tabela 21: Diagnóstico Clínico– Ano 2012

DC - Ano 2012			
Resposta	N	%	% Casos
Cefaleia	110	26,7	42,6
D Ap. Circulatório	77	18,7	29,8
D. Endócrinas, Nutric. e Metabólicas	64	15,5	24,8
D. Infecciosas /Parasitárias	45	10,9	17,4
D. Ap.Digestivo	44	10,7	17,1
D. Sist Oteomusc / Tec Conjuntivo	16	3,9	6,2
D. Ap.Geniturinário	12	2,9	4,7
D. Pele/Tec Subcutâneo	11	2,7	4,3
D. Ouvido	9	2,2	3,5
Gravidez, parto,puerpério	6	1,5	2,3
D. Ap. Respiratório	6	1,5	2,3
Outras D. do Sist. Nervoso	5	1,2	1,9
D. Sangue / Órgãos Hemat	3	0,7	1,2
História alergia medicam	3	0,7	1,2
D. Autoimunes	1	0,2	0,4
TOTAL	412	100,0	159,7

Gráfico 21: Diagnóstico Clínico – Ano 2012



Em 2012 a variável diagnóstico clínico identificou 258 (49,6%) agravos à saúde física, as principais foram: a cefaleia 110 (26,7%), as doenças do aparelho circulatório 77 (18,7%), as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 64 (15,5%), as doenças infecciosas 45 (10,9%). Observamos que a cefaleia ultrapassa

os valores dos outros diagnósticos, porém isto se deve porque a cada queixa do paciente este dado é contabilizado, o que não acontece com os outros diagnósticos clínicos, que são registrados no prontuário. A variável “problemas em saúde física”, não registrados nas AIHs, foi investigada a partir das intercorrências clínicas apresentadas pelos pacientes e documentadas em seus prontuários no período de internação.

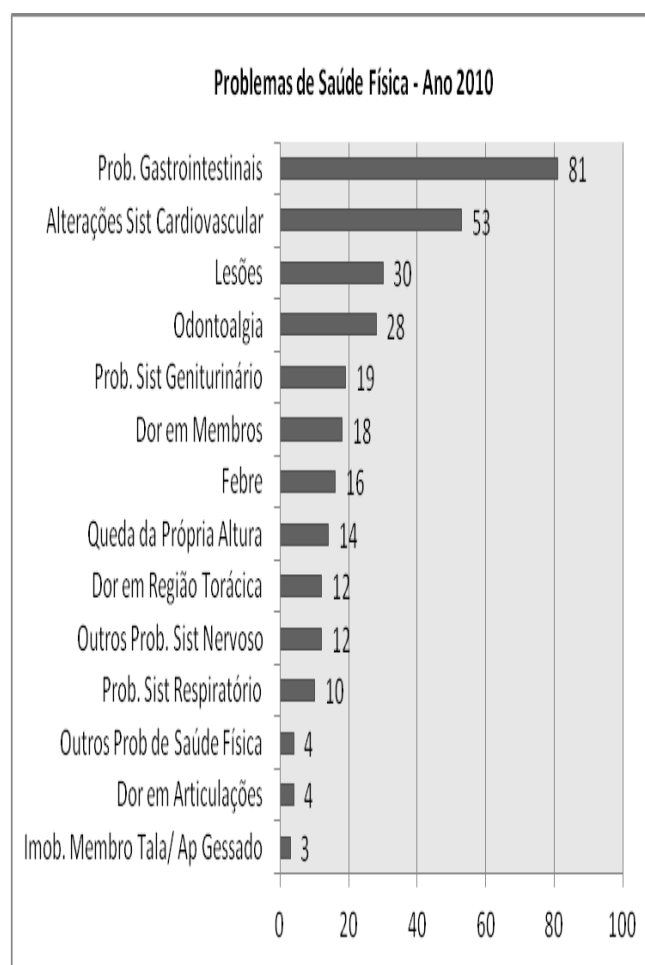
PROBLEMAS EM SAÚDE FÍSICA – RESUMO DOS CASOS 2010

PROBLEMAS EM SAÚDE FÍSICA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	190	39,8	287	60,2	477	100

Tabela 22: Problemas em Saúde Física - Ano 2010

PSF Ano 2010			
Resposta	N	%	% Casos
Prob. Gastrointest.	81	26,6	42,6
Alterações Sist. Cardiovascular	53	17,5	27,9
Lesões	30	9,9	15,8
Odontoalgia	28	9,2	14,7
Prob. Sist Geniturin.	19	6,3	10,0
Dor em Membros	18	5,9	9,5
Febre	16	5,3	8,4
Queda Própria Altura	14	4,6	7,4
Outros Prob. Sist Nervoso	12	3,9	6,3
Dor Torácica	12	3,9	6,3
Prob. Sist Respirat.	10	3,3	5,3
Dor em Articulações	4	1,3	2,1
Outros Prob de Saúde Física	4	1,3	2,1
Imob. Membro Tala / Ap. Gessado	3	1,0	1,6
TOTAL	304	100,0	160,0

Gráfico 22: Problema em Saúde Física - Ano 2010



Em 2010 foram identificados 190 (39,8%) problemas em saúde física, dentre estes os principais foram: os problemas gastrointestinais 81 (26,6%), as alterações do sistema cardiovascular 53 (17,5%), as lesões 30 (9,9%), e as odontoalgias 28 (9,2%). Embora a queda da própria altura não represente um número estatisticamente significativo 14 (4,6%) traz repercussões de alto risco à integridade que variam das mais simples como pequenas escoriações, até lesões cortocontusas e fraturas, riscos importantes à saúde do paciente.

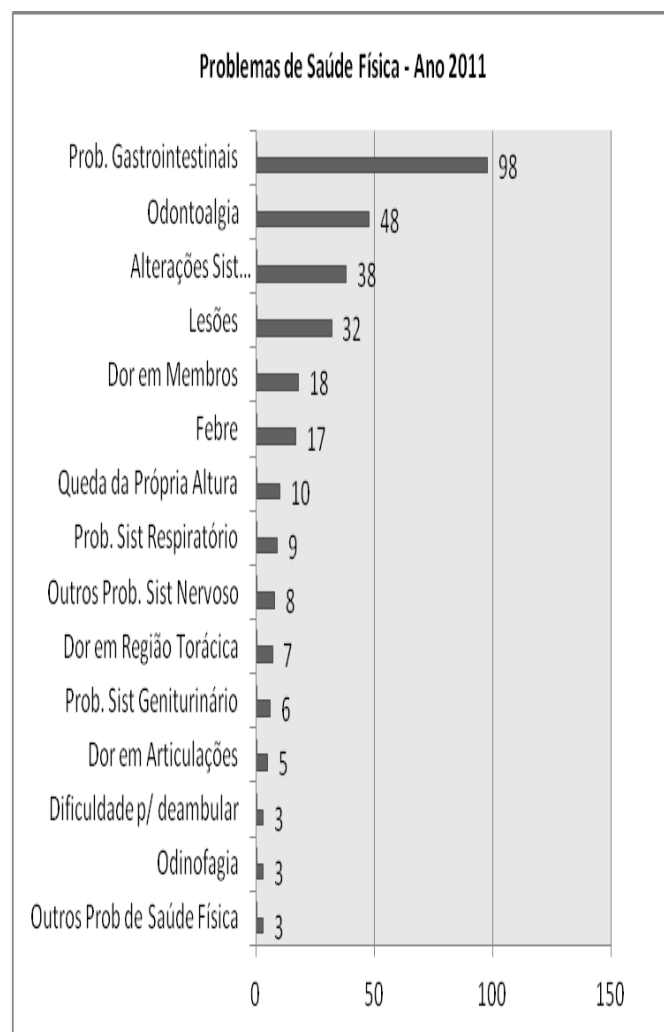
PROBLEMAS EM SAÚDE FÍSICA – RESUMO DE CASOS 2011

PROBLEMAS EM SAÚDE FÍSICA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	203	40,2	302	59,8	505	100

Tabela 23: Problemas em Saúde Física - Ano 2011

PSF Ano 2011			
Resposta	N	%	%Casos
Prob. Gastrointestin.	98	32,1	48,3
Odontoalgia	48	15,7	23,6
Alterações Sist Cardiovascular	38	12,4	18,7
Lesões	32	10,5	15,8
Dor em Membros	18	5,9	8,9
Febre	17	5,6	8,4
Queda Própria Altura	10	3,3	4,9
Prob. Sist Respirat.	9	3,0	4,4
Outros Prob. Sist Nervoso	8	2,6	3,9
Dor Região Torácica	7	2,3	3,4
Prob. Sist Geniturin.	6	2,0	3,0
Dor em Articulações	5	1,6	2,5
Outros Prob de Saúde Física	3	1,0	1,5
Odinofagia	3	1,0	1,5
Dificuldade p/ deambular	3	1,0	1,5
TOTAL	305	100,0	150,2

Gráfico 23: Problemas em Saúde Física - Ano 2011



Em 2011 foram identificados 203 (40,2%) problemas em saúde física, dentre estas as principais foram: os problemas gastrointestinais 98 (32,1%), a odontalgia 48 (15,7%), as alterações do sistema cardiovascular 38 (12,4%), e as lesões 32 (10,5%).

PROBLEMAS EM SAÚDE FÍSICA – RESUMO DE CASOS 2012

PROBLEMAS EM SAÚDE FÍSICA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	218	41,9	302	58,1	520	100

Tabela 24: Problemas em Saúde Física - Ano 2012

PSF Ano 2012			
Resposta	N	%	% Casos
Prob. Gastrointestin.	101	31,6	46,3
Odontoalgia	46	14,4	21,1
Alterações Sist Cardiovascular	43	13,4	19,7
Lesões	30	9,4	13,8
Febre	19	6,0	8,7
Dor em Membros	17	5,3	7,8
Outros Prob. Sist Nervoso	12	3,8	5,5
Outros Prob de Saúde Física	9	2,8	4,1
Recusa Alimentar	8	2,5	3,7
Queda Própria Altura	7	2,2	3,2
Prob. Sist Respiratór.	7	2,2	3,2
Prob. Sist Geniturinário	6	1,9	2,8
Dor Região Torácica	5	1,6	2,3
Desidratação	5	1,6	2,3
Dor em Articulações	4	1,3	1,8
TOTAL	319	100,0	146,3

Gráfico 24: Problemas em Saúde Física - Ano 2012



Em 2012 foram identificados 218 (41,9%) dos problemas em saúde física, os destaques foram: os problemas gastrointestinais 101 (31,6%), as odontalgias 46 (14,4%), as alterações do sistema cardiovascular 43 (13,4%), e as lesões 30 (9,4%).

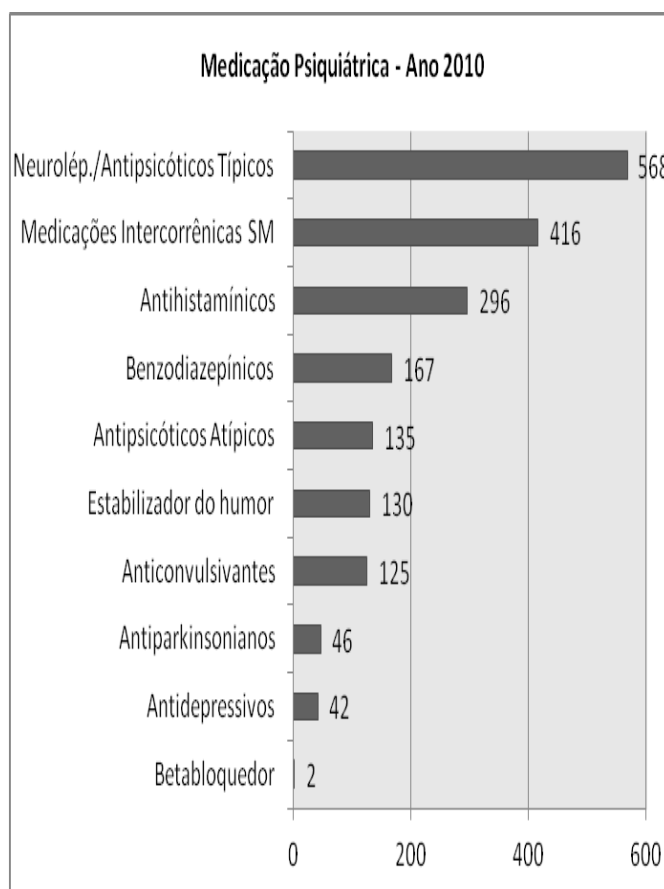
MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA – RESUMO DE CASOS 2010

MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	413	86,6	46	13,4	477	100

Tabela 25: Medicação Psiquiátrica – Ano 2010

MP Ano 2010			
Resposta	N	%	% Casos
Neurólép./Antipsicóticos Típicos	568	29,4	137,5
Medicações Intercorrênicas SM	416	21,6	100,7
Antihistamínicos	296	15,4	71,7
Benzodiazepínicos	167	8,7	40,4
Antipsicóticos Atípicos	135	7,0	32,7
Estabilizador do humor	130	6,7	31,5
Anticonvulsivantes	125	6,5	30,3
Antiparkinsonianos	46	2,4	11,1
Antidepressivos	42	2,2	10,2
Betabloquedor	2	0,1	0,5
TOTAL	1927	100,0	466,6

Gráfico 25: Medicação Psiquiátrica Ano 2010



Em 2010 foram identificadas 413 (86,6%) medicações psiquiátricas, distribuídas em: antipsicóticos atípicos 568 (29,4%), medicações utilizadas em situações de intercorrências em saúde mental 416 (21,6%), antihistamínicos 296 (15,4%), benzodiazepínicos 167 (8,7%), antipsicóticos atípicos 135 (7,0%), estabilizadores do humor 130 (6,7%), anticonvulsivantes 125 (6,5%), antiparkinsonianos 46 (2,4%), antidepressivos 42 (2,2%) e os betabloqueadores 2 (0,1%). O quantitativo de medicação para intercorrência em saúde mental está

alinhado com os principais “problemas de saúde mental” identificados nos prontuários, como delírios, agitação psicomotora, insônia e agressividade.

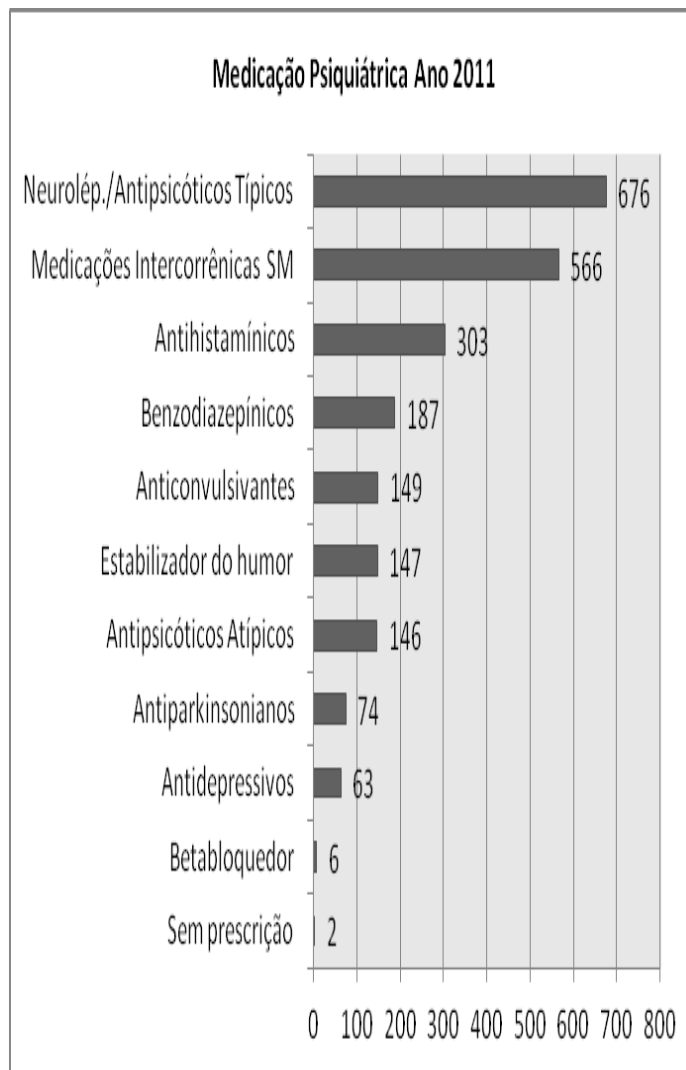
MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA – RESUMO DE CASOS 2011

MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	449	88,9	56	11,1	505	100

Tabela 26: Medicação Psiquiátrica – Ano 2011

MP Ano 2011			
Resposta	N	%	% dos Casos
Neurolep./Antipsicóticos Típicos	676	29,1	150,6
Medicações Intercorrênicas SM	566	24,4	126,1
Antihistamínicos	303	13,1	67,5
Benzodiazepínicos	187	8,1	41,6
Anticonvulsivantes	149	6,4	33,2
Estabilizador do humor	147	6,3	32,7
Antipsicóticos Atípicos	146	6,3	32,5
Antiparkinsonianos	74	3,2	16,5
Antidepressivos	63	2,7	14,0
Betabloquedor	6	0,3	1,3
Sem prescrição	2	0,1	0,4
TOTAL	2319	100,0	516,5

Gráfico 26: Medicação Psiquiátrica Ano 2011



Em 2011 foram identificadas 449 (88,9%) medicações psiquiátricas, distribuídas em: antipsicóticos típicos com 676 (29,1%), as medicações para intercorrências em saúde mental 566 (24,4%), antihistamínicos 303 (13,1%), benzodiazepínicos 187 (8,1%), anticonvulsivantes 149 (6,4%), estabilizadores de

humor 147 (6,3%), antipsicóticos atípicos 146 (6,3%), antiparkinsonianos 74 (3,2%), antidepressivos 63 (2,7%), betabloqueadores 6 (0,3%) , e sem prescrição 2 (0,1%).

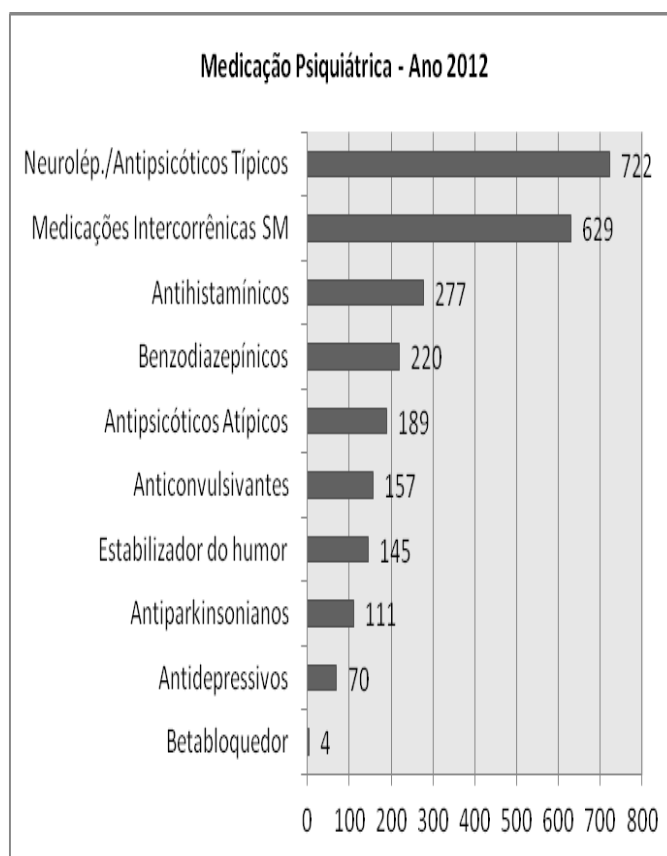
MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA RESUMO DE CASOS 2012

MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	460	88,5	60	11,5	520	100

Tabela 27: Medicação Psiquiátrica – Ano 2012

MP Ano 2012			
Resposta	N	%	% dos Casos
Neurolép. / Antipsicóticos Típicos	722	28,6	157,0
Medicações Intercorrênicas SM	629	24,9	136,7
Antihistamínicos	277	11,0	60,2
Benzodiazepínicos	220	8,7	47,8
Antipsicóticos Atípicos	189	7,5	41,1
Anticonvulsivantes	157	6,2	34,1
Estabilizador do humor	145	5,7	31,5
Antiparkinsonianos	111	4,4	24,1
Antidepressivos	70	2,8	15,2
Betabloqueador	4	0,2	0,9
TOTAL	2524	100,0	548,7

Gráfico 27: Medicação Psiquiátrica – Ano 2012



Em 2012 foram identificados 460 (88,5%) medicações psiquiátricas, distribuídas em: antipsicóticos típicos 722 (28,6%), medicações utilizadas em intercorrências em saúde mental 629 (24,9%), antihistamínicos 277 (11%), benzodiazepínicos 220 (8,7%), antipsicóticos atípicos 189 (7,5%), anticonvulsivantes 157 (6,2%), estabilizadores do humor 145 (5,7%),

antiparkinsonianos 111 (4,4%), antidepressivos 70 (2,8%) e os betabloqueadores 4 (0,2%).

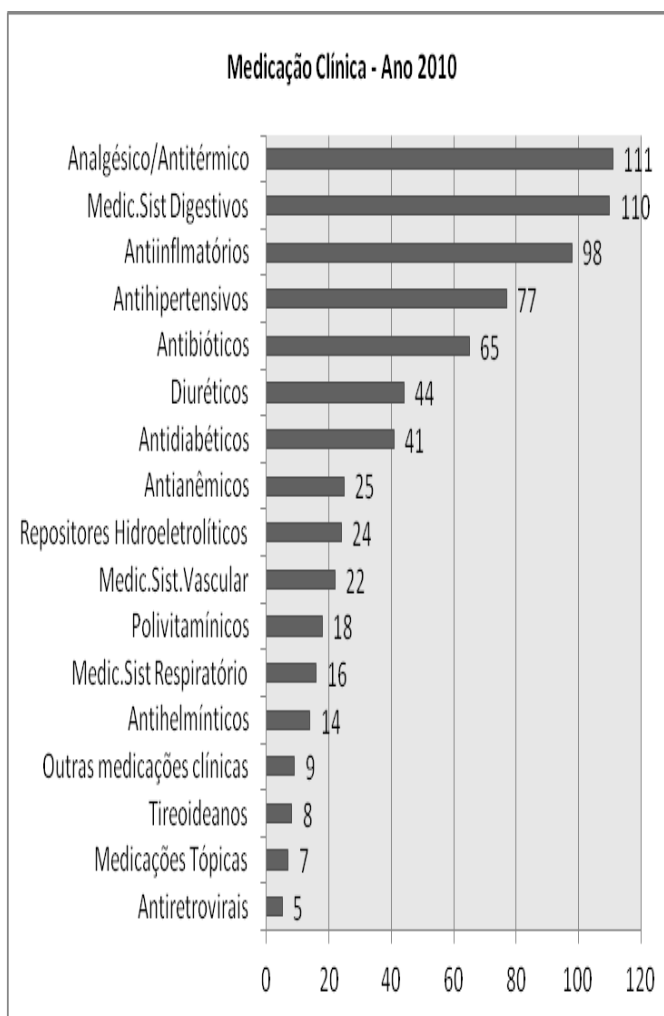
MEDICAÇÃO CLÍNICA – RESUMO DOS CASOS 2010

MEDICAÇÃO CLÍNICA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	254	53,2	223	46,8	477	100

Tabela 28: Medicação Clínica - Ano 2010

MC - Ano 2010			
Respostas	N	%	%Casos
Analgésico/Antitérm.	111	16,0	43,7
Medic.Sist Digestivos	110	15,8	43,3
Antiinflamatórios	98	14,1	38,6
Antihipertensivos	77	11,1	30,3
Antibióticos	65	9,4	25,6
Diuréticos	44	6,3	17,3
Antidiabéticos	41	5,9	16,1
Antianêmicos	25	3,6	9,8
Repositores Hidroeletrólíticos	24	3,5	9,4
Medic.Sist.Vascular	22	3,2	8,7
Polivitamínicos	18	2,6	7,1%
Medic.Sist Respiratório	16	2,3	6,3
Antihelmínticos	14	2,0	5,5
Outras meds clínicas	9	1,3	3,5
Tireoideanos	8	1,2	3,1
Medicações Tópicas	7	1,0	2,8
Antiretrovirais	5	0,7	2,0
TOTAL	694	100,0	273,2

Gráfico 28: Medicação Clínica - Ano 2010



Em 2010 foram identificadas em 254 (53,2%) medicações clínicas, as principais foram: os analgésicos, antitérmicos 111 (16%), as medicações dos sistema digestivo 110 (15,8%), os antiinflamatórios 98 (14,1%), e os antihipertensivos 77 (11,1%). As medicações para tratar problemas cardiovasculares (antihipertensivos, diuréticos e medicações do sistema vascular)

quando agrupadas somam 143(20,6%) das medicações clínicas. Seus resultados indicam que os pacientes psiquiátricos apresentaram algum tipo de condição ou agravo de ordem física no período de internação, sendo necessário a utilização de medicação clínica.

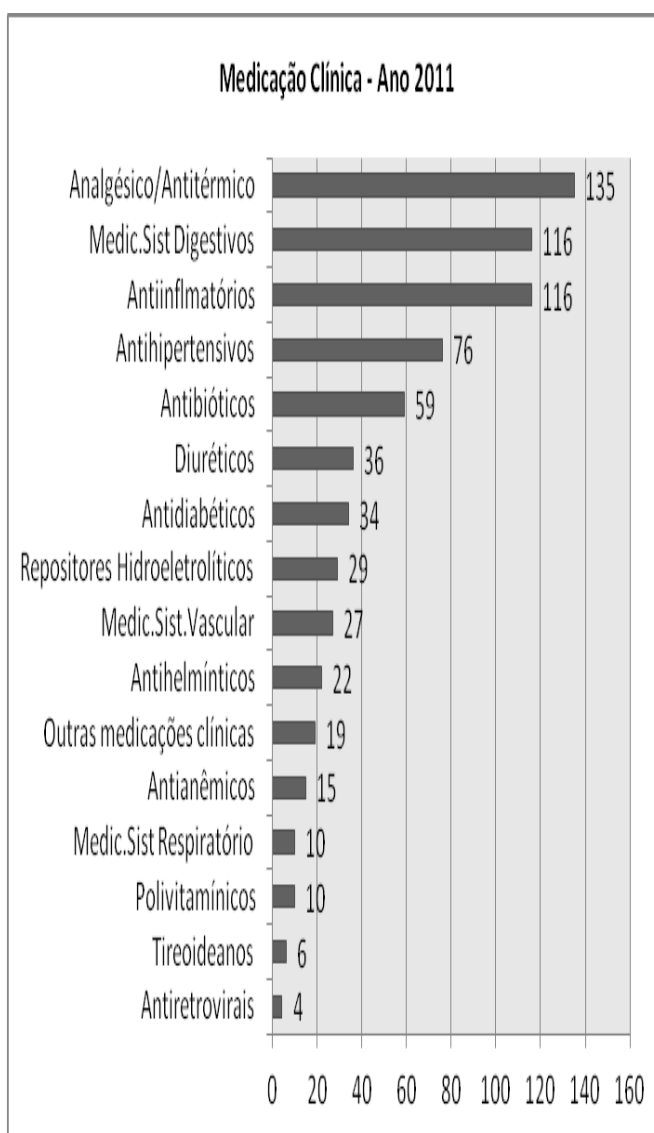
MEDICAÇÃO CLÍNICA – RESUMO DE CASOS 2011

MEDICAÇÃO CLÍNICA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	284	56,2	221	43,8	505	100

Tabela 29: Medicação Clínica - Ano 2011

Medicação Clínica - Ano 2011			
Respostas	N	%	%Casos
Analgésico/Antitérmico	135	18,9	47,5
Antiinflamatórios	116	16,2	40,8
Medic.Sist Digestivos	116	16,2	40,8
Antihipertensivos	76	10,6	26,8
Antibióticos	59	8,3	20,8
Diuréticos	36	5,0	12,7
Antidiabéticos	34	4,8	12,0
Repositores Hidroeletrólitos	29	4,1	10,2
Medic.Sist. Vascular	27	3,8	9,5
Antihelmínticos	22	3,1	7,7
Outras medicações clínicas	19	2,7	6,7
Antianêmicos	15	2,1	5,3
Polivitamínicos	10	1,4	3,5
Medic. Sist Respiratório	10	1,4	3,5
Tireoideanos	6	0,8	2,1
Antiretrovirais	4	0,6	1,4
TOTAL	714	100,0	251,4

Gráfico 29: Medicação Clínica - Ano 2011



Em 2011 foram identificados 284 (56,2%) medicações clínicas, as principais foram: analgésicos, antitérmicos 135 (18,9%), as medicações antiinflamatórias 116 (16,2%), as medicações para o sistema digestivo 116 (16,2%), os antihipertensivos 76 (10,6%).

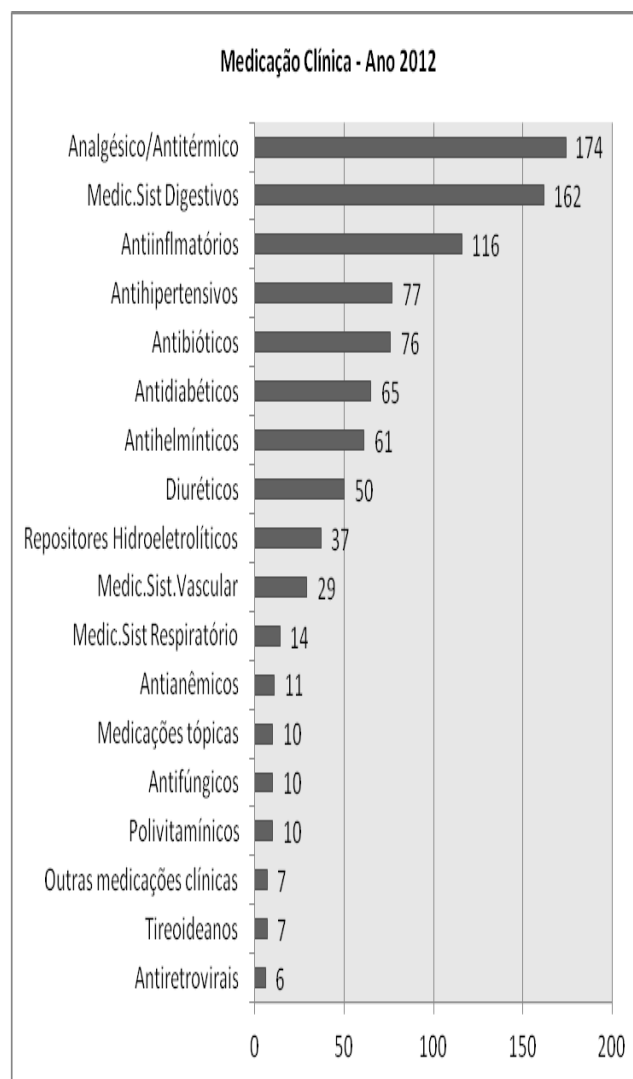
MEDICAÇÃO CLÍNICA – RESUMO DE CASOS 2012

MEDICAÇÃO CLÍNICA	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
	324	62,3	196	37,7	520	100

Tabela 30: Medicação Clínica - Ano 2012

MC- Ano 2012			
Respostas	N	%	% Casos
Analgé/Antitérmico	174	18,8	53,7
Medic.Sist Digest.	162	17,6	50,0
Antiinflamatórios	116	12,6	35,8
Antihipertensivos	77	8,4	23,8
Antibióticos	76	8,2	23,5
Antidiabéticos	65	7,0	20,1
Antihelmínticos	61	6,6	18,8
Diuréticos	50	5,4	15,4
Repositores Hidrot.	37	4,0	11,4
Medic.Sist. Vascul	29	3,1	9,0
Medic.Sist Respirat	14	1,5	4,3
Antianêmicos	11	1,2	3,4
Polivitamínicos	10	1,1	3,1
Antifúngicos	10	1,1	3,1
Medic. Tópica	10	1,1	3,1
Tireoideanos	7	0,8	2,2
Outras medic clínica	7	0,8	2,2
Antiretrovirais	6	0,7	1,9
TOTAL	922	100,0	284,6

Gráfico 30: Medicação Clínica - Ano 2012



Em 2012 foram identificadas 324 (62,3%) medicações clínicas, as principais são: antitérmicos, analgésicos 174 (18,8%), medicações para o sistema digestivo 162 (17,6%); antiinflamatórios 116 (12,6%) e antihipertensivos 77 (8,4%). Observamos um aumento no número de medicações clínicas utilizadas 324 (62%), pelos pacientes psiquiátricos no período de internação, quando comparados com os anos anteriores de 2010 (254 ou 53,2%) e 2011 (284 ou 56,2%).

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E FÍSICA
RESUMO DOS CASOS 2010**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
EM SAÚDE MENTAL	66	13,8	413	86,2	477	100
EM SAÚDE FÍSICA	93	19,4	386	80,6	477	100

As variáveis “cuidados de enfermagem em saúde mental” e “cuidados de enfermagem em saúde física” tiveram sua coleta de dados prejudicada nos anos de 2010 e 2011. Seus registros estão pulverizados entre três espaços ou documentos (i) folhas de evolução em prontuário, por profissionais de nível superior; (ii) verso de folhas de prescrição médica, por profissionais de nível médio / técnicos de enfermagem; e (iii) diversos livros de ordens e ocorrências, por profissionais de nível superior e médio de enfermagem.

Tabela 31: Cuidados de Enf. Saúde Mental - 2010

CSM - Ano 2010			
Respostas	N	%	% Casos
Contenção Física Agressividade	57	58,2%	86,4%
Folha de Controle Medicação IM / Contenção	33	33,7%	50,0%
Risco de S.N.M.	Cinco	5,1%	7,6%
Atividade Extramuros	Dois	2,0%	3,0%
Supervisão Ingesta Medicação VO	Um	1,0%	1,5%
TOTAL	98	100,0%	148,5%

Gráfico 31: Cuidados de Enf. Saúde Mental - 2010.

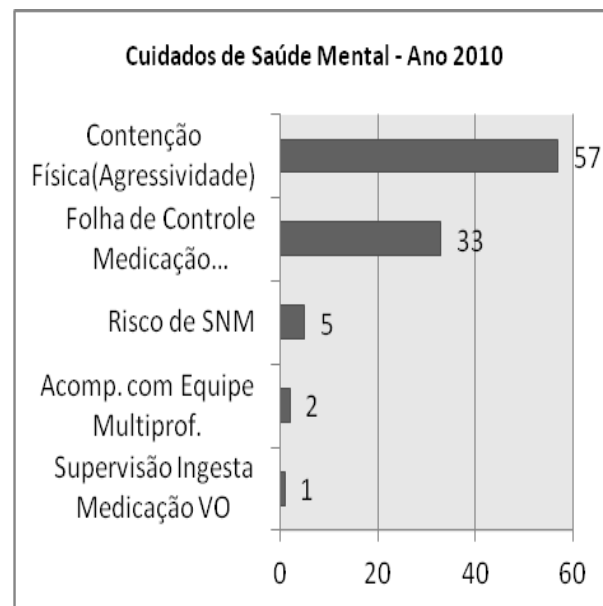


Tabela 32: Cuidados Enferm. Saúde Física - 2010.

CESF Ano 2010			
Respostas	N	%	% Casos
Controle P. Arterial	59	39,5	63,4
Curva Térmica	18	12,1	19,4
Controle Glic. Capilar	25	16,8	26,9
Compr. Fria/Quente	4	2,7	4,3
Observação em leito clínico/intercor.	14	9,4	15,1
Curativo	21	14,1	22,6
Inst. Cat.Vesical D.	1	0,7	1,1
Jejum para Exames	1	0,7	1,1
Instalação/Cuidados Sonda Nasogástrica	3	2,0	3,2
Inst. Hidrat. Venosa	3	2,0	3,2
TOTAL	149	100,0	160,2

Gráfico 32: Cuidados Enf. Saúde Física - 2010.



Os cuidados de enfermagem em saúde mental, foram documentados no ano de 2010 em 66 (13,8%) internações e distribuídos em: contenção física após episódio de agressividade 57 (58,2%), controle do local de administração de medicação intramuscular e contenção física 33 (33,7%), risco para síndrome neuroléptica maligna 5 (5,1%), atividade extra-muro 2 (2%), e supervisão de ingestão de medicação via oral 1 (1%).

Os cuidados de enfermagem em saúde física, foram documentados no ano de 2010 em 93 (19,4%) internações e distribuídos em: controle da pressão arterial 59 (39,6%), curva térmica 18 (12,1%), controle de glicemia capilar 25 (16,8%), aplicação de compressa fria/quente 4 (2,7%), observação em leito clínico por intercorrências 14 (9,4%), instalação de cateter vesical de demora 1 (0,7%), jejum para exames 1 (0,7%), instalação e cuidados com sonda nasoenteral 3 (2%), e instalação de hidratação venosa periférica 3 (2%).

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E FÍSICA
- RESUMO DOS CASOS 2011**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
EM SAÚDE MENTAL	19	3,8	486	96,2	505	100
EM SAÚDE FÍSICA	84	16,6	421	83,4	505	100

Tabela 33: Cuidados de Enf. Saúde Mental - 2011.

CSM - Ano 2011			
Respostas	N	%	% Casos
Folha de Controle Med. IM / Contenção	8	1,6	42,1
Contenção Física Agressividade	3	0,6	15,8
Risco de Suicídio-Obs. Leito Clínico	3	0,6	15,8
Contenção Física Prevenção de Queda	2	0,4	10,5
Atividade Extra-Muros	2	0,4	10,5
Superv. Ingesta Med. VO	1	0,2	5,3
TOTAL	19	100	

Tabela 34: Cuidados Enferm Saúde Física - 2011

CESF Ano 2011			
Respostas	N	%	% Casos
Controle P. Arterial	44	33,1	52,4
Controle Glic. Capilar	20	15,0	23,8
Curva Térmica	16	12,0	19,0
Curativo	15	11,3	17,9
Observação em leito clínico / intercor.	12	9,0	14,3
Compr. Fria/Quente	10	7,5	11,9
Inst. Cat. Vesical D.	8	6,0	9,5
Instalação / Cuidados Sonda Nasogástrica	5	3,8	6,0
Inst. Hidrat. Venosa	2	1,5	2,4
Coleta de Urina/Exame	1	0,8	1,2
TOTAL	133	100	158,3%

Gráfico 33: Cuidados de Enf. Saúde Mental - 2011

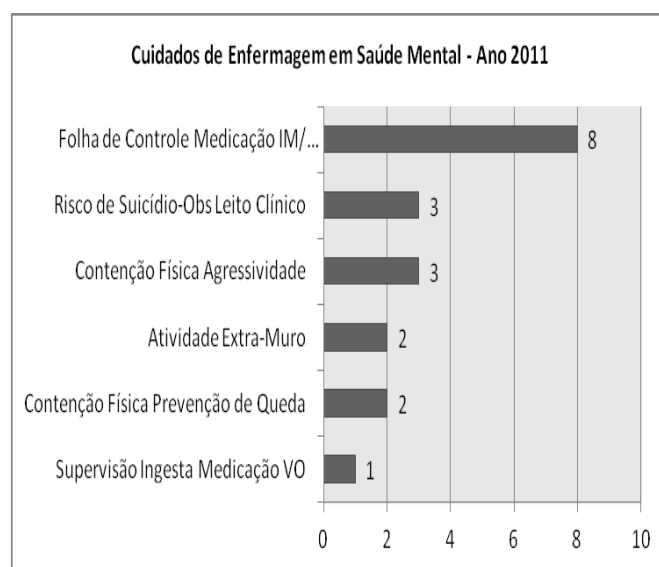
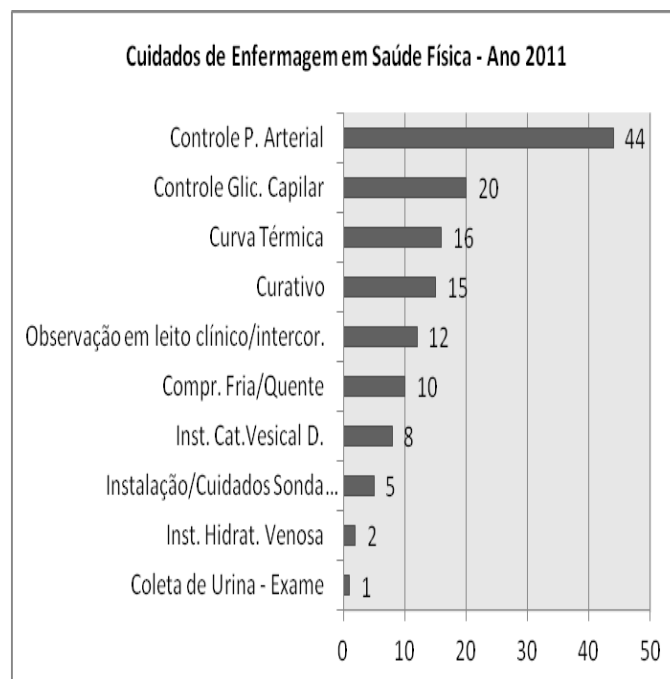


Gráfico 34: Cuidados Enf. Saúde Física – 2011



Os cuidados de enfermagem em saúde mental, foram documentados no ano de 2011 em 19 (3,8%) das internações, assim distribuídos: folha de controle de medicação intramuscular e contenção física 8 (1,6%), contenção física após episódio de agressividade 3 (0,6%), risco de suicídio/observação em leito clínico 3 (0,6%), contenção física para prevenção de quedas 2 (0,4%), atividade extra-muro 2 (0,4%), e supervisão de ingesta de medicação via oral 1 (0,2%)

Os cuidados de enfermagem em saúde física, foram documentados no ano de 2011 em 84 (16,6%) internações, distribuídos em: controle de pressão arterial 44 (33,1%), controle de glicemia capilar 20 (15%), curva térmica 16 (12%), curativo 15 (11,3%), observação em leito clínico por intercorrência 12 (9%), aplicação de compressa fria/quente 10 (7,5%), instalação de cateter vesical de demora 8 (6%), instalação e cuidados com sonda nasoenteral 5 (3,8%), instalação de hidratação venosa periférica 2 (1,5%), e coleta de urina para exame 1 (0,8%)

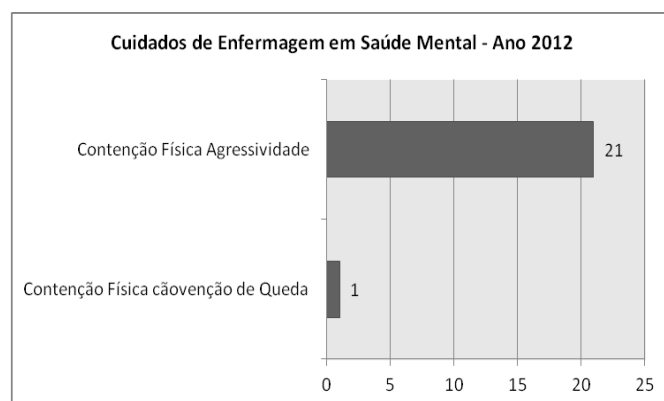
CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL RESUMO DOS CASOS 2012

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	%	N	%	N	%
EM SAÚDE MENTAL	22	4,2	498	95,8	520	100
EM SAÚDE FÍSICA	143	27,5	377	72,5	520	100

Tabela 35: Cuidados de Enf. Saúde Mental - 2012.

CSM - Ano 2012			
Respostas	N	%	% Casos
Contenção Física Agressividade	21	4,0	95,5
Contenção Física Prevenção de Queda	1	0,2	4,5
Total	22	4,2	100
Ausentes	498	95,8	
TOTAL	520	100	

Gráfico 35: Cuidados de Enf. Saúde Mental - 2012

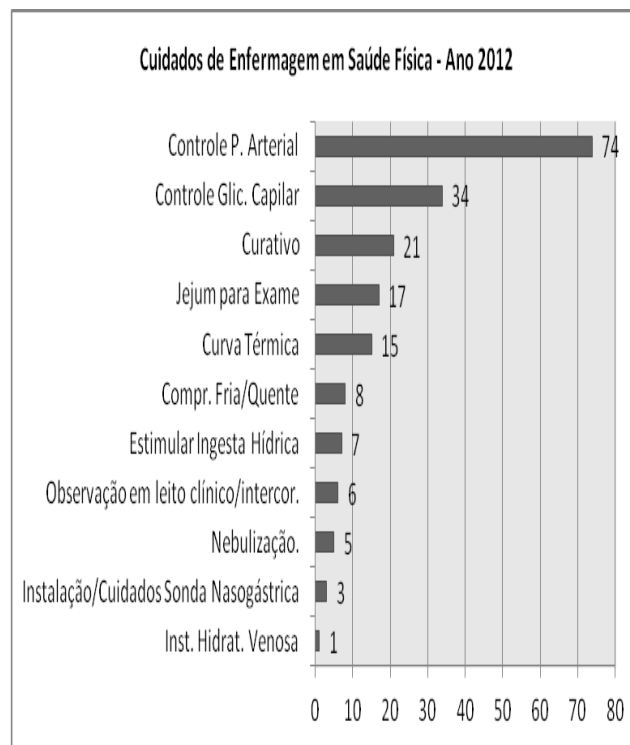


Em 2012 foram identificados 22 (4,2%) cuidados de enfermagem em saúde mental, que foram: a contenção física após episódio de agressividade 21 (4%), e a contenção física para prevenção de queda 1 (0,2%).

Tabela 36: Cuidados Enferm Saúde Física - 2012

CESF Ano 2012			
Respostas	N	%	% Casos
Controle P. Arterial	74	38,7	51,7
Controle GlicCapilar	34	17,8	23,8
Curativo	21	11	14,7
Jejum para Exame	17	8,9	11,9
Curva Térmica	15	7,9	10,5
Compr. Fria/Quente	8	4,2	5,6
Estimular Ingesta Hídrica	7	3,7	4,9
Obs. leito clínico/intercor.	6	3,1	4,2
Nebulização.	5	2,6	3,5
Instalação/Cuidados Sonda Nasogástrica	3	1,6	2,1
Inst. Hidrat. Venosa	1	0,5	0,7
TOTAL	191	100	133,6

Gráfico 36: Cuidados Enf. Saúde Física - 2012.



Em 2012 foram identificados 143 (27,5%) cuidados de enfermagem em saúde física, distribuídos em: controle de pressão arterial 74 (38,7%), controle de glicemia capilar 34 (17,8%), curativo 21 (11%), jejum para exame 17 (8,9%), curva térmica 15 (7,9%), aplicação de compressa fria/quente 8 (4,2%), estimular ingestá hídrica 7 (3,7%), observação em leito clínico por intercorrência 6 (3,1%), nebulização 5 (2,6%), instalação e cuidados com sonda nasoentérica 3 (1,6%), e instalação de hidratação venosa periférica 1 (0,5%).

Em todo o período estudado verificamos ocorrências de (re)internações dentro de um mesmo ano, conforme distribuição ilustrada no Quadro X.

Quadro X:

Pacientes & (Re)Internações

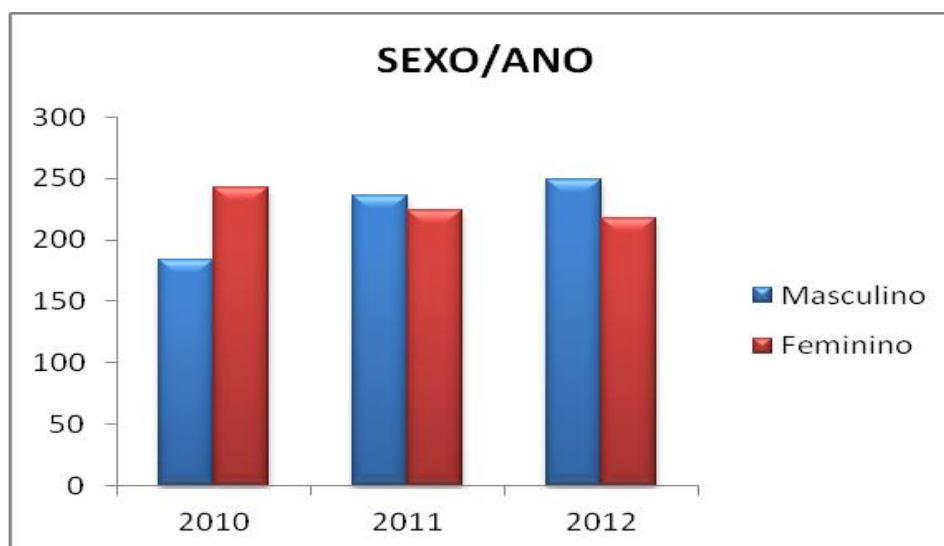
Ano	Pacientes & (Re)Internações		
	Até 2	Até 3	Até 5
2010	20	08	01
2011	38	05	01
2012	35	--	--

Verificamos que embora no ano de 2011 tenha sido verificado expressivo aumento de episódios de duas internações no mesmo ano, em 2012 houve redução de três ou mais reinternações. Verificamos também, que um mesmo paciente apresentou nos anos de 2010 e 2011 elevados índices de recorrência de crises e internações.

4.2. Discussão

A partir da observação do cotidiano da prática, questões que envolviam a assistência de enfermagem ao paciente com transtorno mental em processo de envelhecimento com comorbidades físicas me impulsionaram a pesquisa. Neste contexto, emergiram reflexões sobre quais seriam as demandas de cuidados em saúde para o paciente que: (i) interna com um agravo de ordem mental, (ii) está em processo de envelhecimento, e (iii) pode apresentar comorbidades físicas, reafirmando a complexidade da assistência. Portanto, através do levantamento de dados dos pacientes com transtornos mentais que internaram no período de 2010 a 2012, podemos fazer as afirmações abaixo.

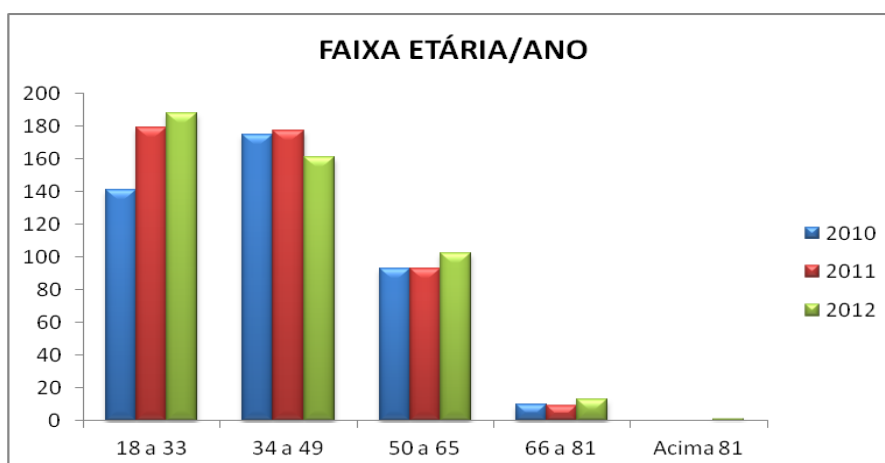
Gráfico 37: Síntese SEXO / ANO



Em relação ao sexo, em 2010 a prevalência foi de mulheres (243 ou 50,9%), em 2011 os números mantiveram equilibrados, e em 2012 a internação psiquiátrica foi maior em homens (249 ou 47,9%). Os dados do DATASUS para internação psiquiátrica no período de 2010 a 2012 apresentaram índices de internação maiores para homens, quando comparados com mulheres.

Na literatura ocorrem mais internações de homens quando comparados com mulheres (GOMES et al., 2002, SILVA et al., 2008). Embora o intervalo de tempo 2010-2012 da pesquisa não seja amplo o bastante para afirmarmos que houve uma mudança significativa, foi possível constatar uma inversão quanto ao sexo. Outro aspecto a considerar é que em 2012 houve a necessidade de aumento no número de leitos masculinos no IPUB, para atender a demanda da rede devido ao fechamento de leitos de internação em instituições psiquiátricas no Estado do Rio de Janeiro que não reuniam condições de atendimento às normas do Ministério da Saúde (MS). De acordo com dados do Ministério da Saúde, indicam que cerca de 18.000 leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial foram fechados no período entre 2002 e 2010, através do Programa Nacional dos Serviços Hospitalares (PNASH) / Psiquiatria e do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (PRH) (BRASIL, 2011).

Gráfico 38: Síntese Faixa Etária / Ano



Em relação a idade em 2010 a faixa etária de maior prevalência foi de 34 a 49 anos com (175 ou 36,7%), e em 2011 e 2012 as internações foram maiores para a faixa etária de 18 a 33 anos. Observamos que os grupos etários que mais internaram no período da pesquisa são representados por grupos de adultos jovens e de meia idade, e em menor proporção o de pessoas idosas.

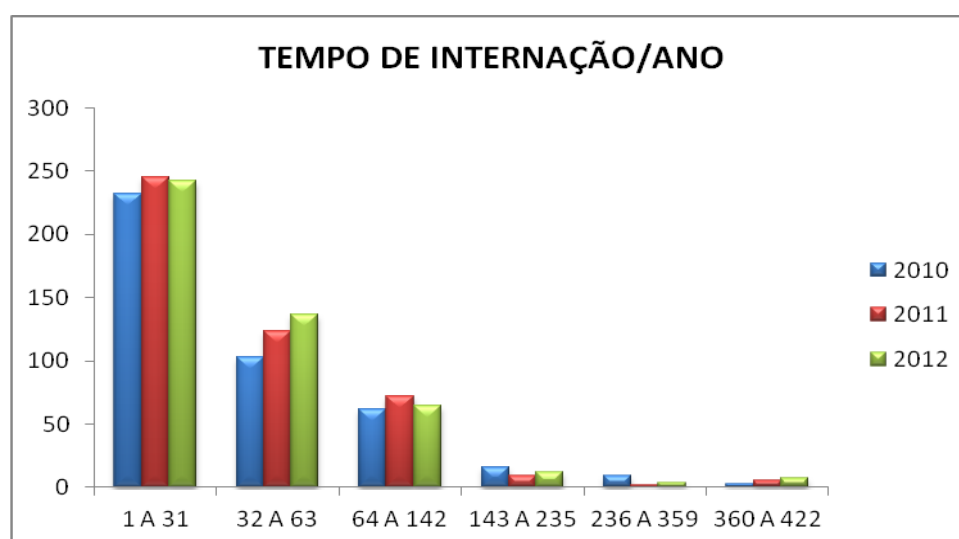
No período de internação, a identificação dos grupos por idade impõe reflexão à equipe de saúde e em particular à de enfermagem, em direção a demandas para produção ações integrais e preventivas em fases específicas do processo de viver e envelhecer. Principalmente, por se tratar de uma população

que, tanto na observação do cotidiano do cuidado em saúde mental como na literatura, apresenta expressiva redução na expectativa de vida, e taxas de mortalidade mais elevadas quando comparadas com a população em geral (SAMPAIO e CAETANO, 2006; SILVA et al., 2008; MOGADOURO et al., 2009).

Em contexto nacional, estudo longitudinal e retrospectivo realizado por Silva et al. (2008), compreendendo o intervalo de tempo 1995-2000, pacientes internados em hospitais psiquiátricos do Estado do Rio de Janeiro apresentavam concentração de pessoas adultas jovens e maduras (30 a 59 anos). Em relação ao percentual de mortalidade, o maior número de óbitos de pacientes psiquiátricos ocorreu na faixa etária de 40 a 49 anos (21,29%), que, quando comparados com a população geral do Estado do Rio de Janeiro, o maior número de óbitos foi de pessoas com 70 e mais anos (37,34%).

Considerando os pacientes internados na instituição que, embora em sua maioria adultos jovens, em processo de envelhecimento como todas as pessoas, sofrem de estressores adicionais em relação à sua condição mental e social, existe real demanda da implementação de práticas preventivas, com identificação precoce de comorbidades clínicas, de forma a reduzir de riscos e danos de morbimortalidade.

Gráfico 39: Síntese Tempo de Internação/Ano



A pesquisa mostra que quase metade do número de pacientes permaneceu internada até 31 dias, indicando portanto, que a instituição está alinhada com a legislação vigente, Portarias nº1101 e nº 2391 de 2002. Mais especificamente, com

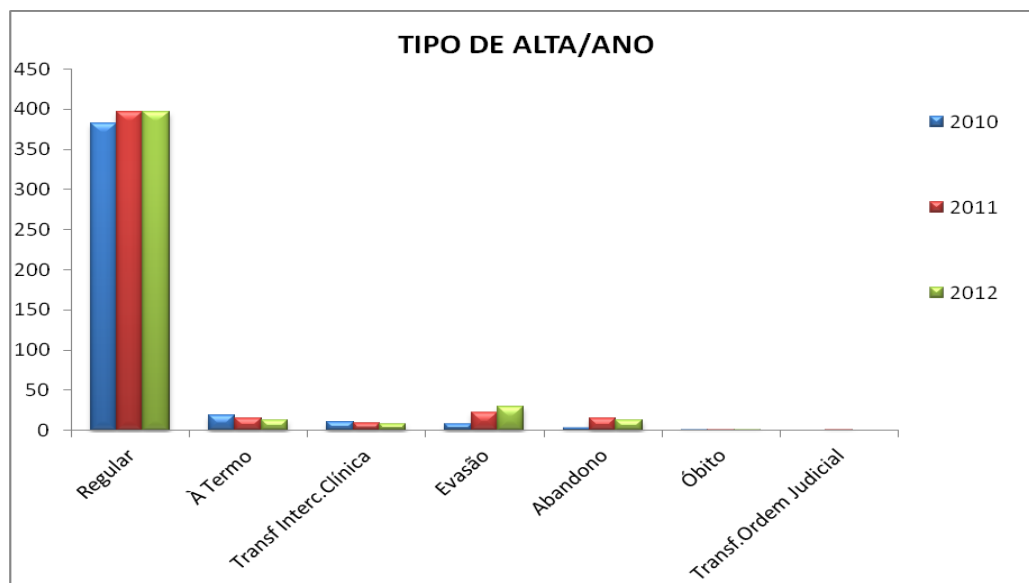
a Portaria nº 2391 de 26/02/02, que regulamenta o controle das internações involuntárias e voluntárias, onde somente deverão ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível. E com a Portaria nº1101 de 12/06/02, que regulamenta o tempo de permanência para a unidade psiquiátrica para 30 a 40 dias (BRASIL, 2002).

No cruzamento de dados para o ano de 2010 quanto ao sexo e diagnóstico psiquiátrico, nas internações até 31 dias, prevaleceram mulheres com transtorno bipolar. Homens e mulheres apresentaram distribuição equilibrada para a esquizofrenia. Nos anos seguintes 2011-2012, prevaleceram mulheres com transtorno bipolar e homens com esquizofrenia.

Observamos que houve um aumento no número de pacientes que ainda permaneceram internados por período superior a um ano, dado que pode ser explicado pelo fechamento de instituições psiquiátricas no Estado do Rio de Janeiro, por não atendimento a condições mínimas de tratamento, conseqüentemente tiveram seus pacientes transferidos também para o IPUB. Pacientes caracterizados como de longa permanência, com múltiplas limitações e demandas, próprias e de tempo para construção e implementação de projeto terapêutico individual de forma a viabilizar seu retorno ao convívio social. Por serem esses pacientes sobreviventes a modelos e formas de cuidar danosas, seus projetos terapêuticos se configuram de alta complexidade uma vez que, de acordo com Pinto et al. (2011), cada um deve ser elaborado com base nas necessidades de saúde de cada paciente, considerando seu modo de compreender a vida, suas subjetividades, configurando uma interação entre os atores envolvidos no processo de cuidado, trabalhadores / pacientes / familiares.

Embora não seja estatisticamente significativo, a ocorrência de internações por longos períodos, seja pela condição grave da doença ou pela ausência de suporte social, constitui um desafio de grande magnitude, a ser enfrentado pela a equipe de saúde no contexto de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Gráfico 40: Síntese - Tipo de Alta / Ano

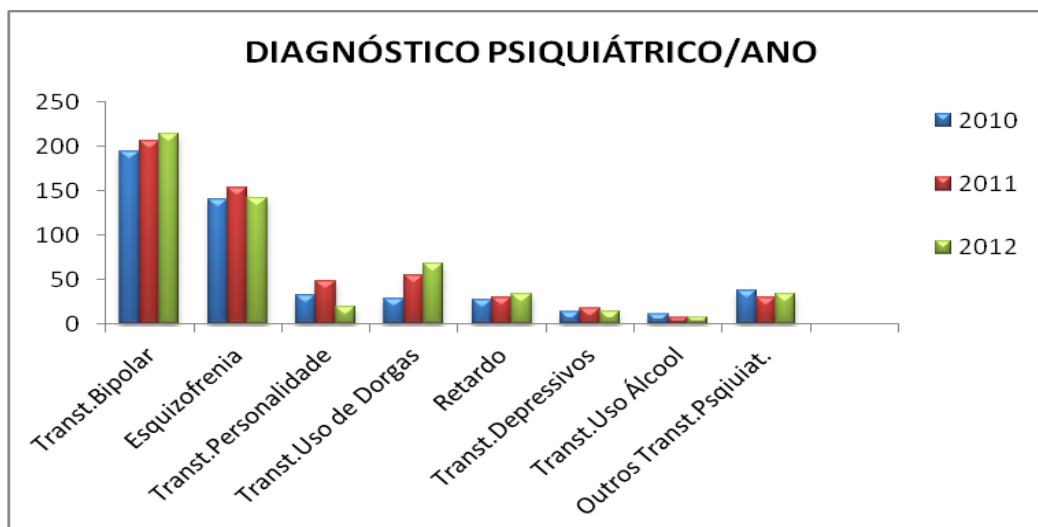


Embora a alta a regular, predominante e ideal em termos assistenciais por permitir continuidade da assistência para alta em melhores condições de saúde mental, ocorreu aumento no número de altas por evasão. Modalidade em ascensão que, mesmo com número não estatisticamente significativo, gera preocupação para a equipe de saúde, devido a interrupção e/ou perda da continuidade do tratamento.

Até o momento da realização da pesquisa não foram identificados estudos que comprovem os motivos para que ocorra a evasão em instituições de internação psiquiátrica. Contudo, com relação à evasão de pacientes há mais de 30 dias de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estudo realizado por Pereira et al. (2013), verificou que o motivo predominante entre os 24 usuários que abandonaram seus tratamentos foi a dependência de álcool e outras drogas, totalizando 41% entre eles 80% eram homens e 20% mulheres.

Ainda que não passíveis de comprovação estatística inferencial no momento, verificamos que há uma possível tendência de que, além da maior capacidade física funcional dos pacientes mais jovens, o aumento de altas por evasão no IPUB esteja relacionado também ao aumento de comorbidades, problemas e diagnósticos, de dependência química com o evoluir dos anos. Internações que, também não raro, são involuntárias.

Gráfico 41: Síntese Diagnóstico Psiquiátrico / Ano.



Os diagnósticos predominantes no período 2010-2012 foram transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno de personalidade, e transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas.

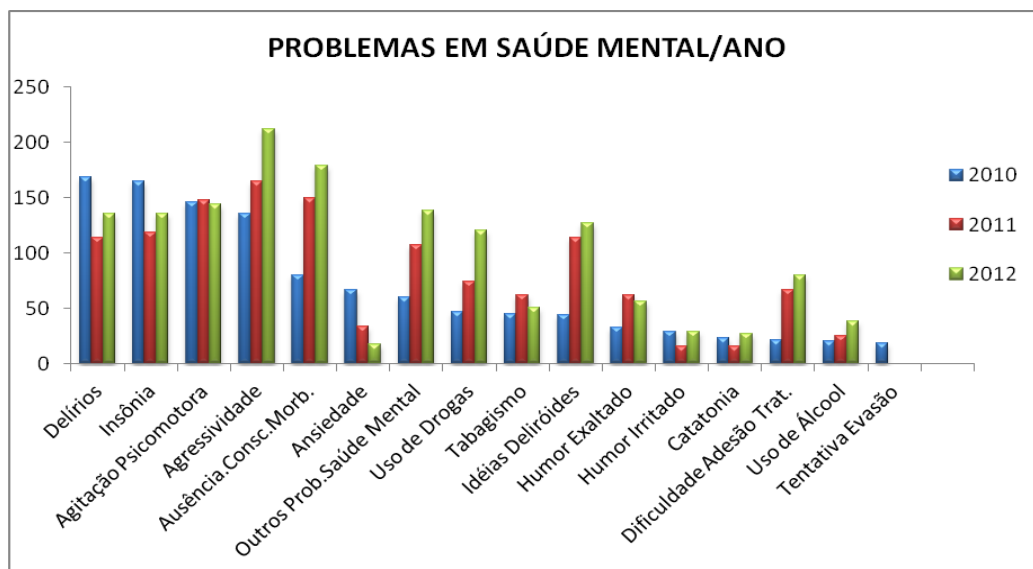
Em contexto nacional quando verificamos nos dados no DATASUS para o mesmo período (2010-2012), observamos que os principais motivos de internação psiquiátrica, por ordem de ocorrência foram esquizofrenia, transtorno mental e comportamental pelo uso de álcool, transtorno bipolar e transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas.

A pesquisa demonstrou que o transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool na instituição não apresentou valores estatisticamente significantes, e decresceu com o passar dos anos. Entretanto o transtorno mental e comportamental devido ao uso de droga apresentou mais que o dobro das internações em 2012 (68 ou 12,8%), se comparado com 2010 (29 ou 5,9%), sendo homens na faixa etária de 18 a 33 anos, os de internações mais frequentes.

Contudo, considerando o álcool uma droga lícita, é legítimo afirmar que este diagnóstico é de natureza similar ao de uso de outras drogas. Outro aspecto é que o paciente que interna na instituição com diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas apresenta mais de um agravo em saúde mental, sendo a condição do uso de drogas uma comorbidade psiquiátrica, gerando grandes demandas de cuidado para a equipe de enfermagem, pela complexidade do paciente.

Ao realizar o cruzamento dos dados, quanto ao sexo, faixa etária, e diagnóstico psiquiátrico, verificamos que para os anos 2010-2011, predominaram homens de 34 a 49 anos com esquizofrenia e mulheres com transtorno bipolar para a mesma faixa etária; em 2012 a internação de homens de 18 a 33 anos com esquizofrenia e o transtorno bipolar foi maior quando comparada com mulheres.

Gráfico 42: Síntese Problemas em Saúde Mental / Ano



Dentre os problemas em saúde mental que apresentaram aumentos significativos, estão o comportamento agressivo a ausência de consciência de morbidade e o uso de drogas.

Embora o comportamento agressivo não seja um diagnóstico psiquiátrico, é um sintoma, que ocorre dentro de quase todos os diagnósticos psiquiátricos (LIMA, 2009) e demanda cuidados intensivos da equipe de saúde. Estudo realizado por Monteiro (2004) constatou que o enfermeiro entende a manifestação de agressividade pelo paciente psiquiátrico como um sintoma da doença, e a forma de representação dessa agressividade como um vulcão, o que pode resultar no afastamento do enfermeiro durante um momento de crise. Estudo realizado por Castro (2013), reitera que a presença de agressividade causa desconforto, principalmente quando afeta de forma adversa a equipe que o atende, e esta resulta em desmoralização, incapacidade física, psicológica e absenteísmo profissional.

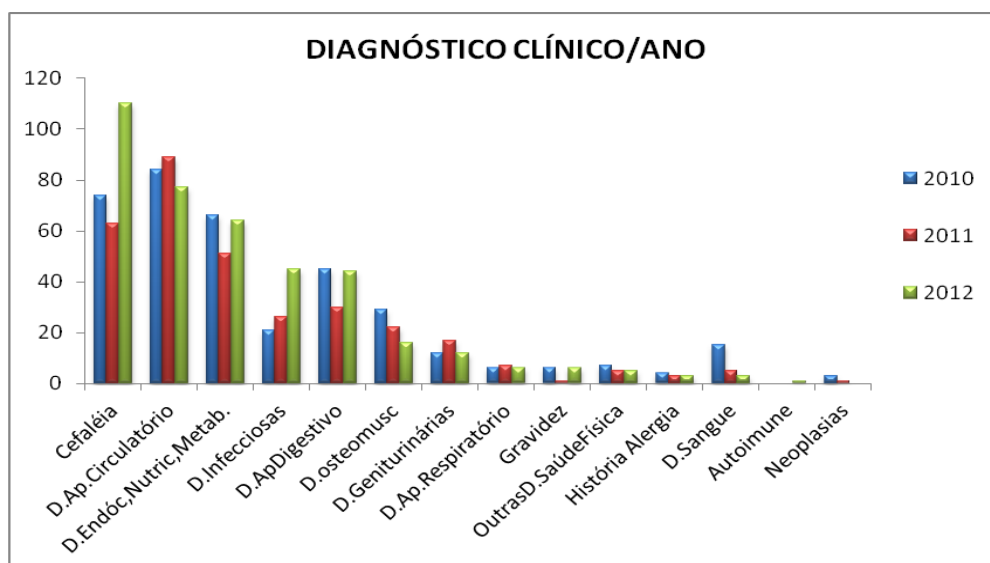
Portanto, um desafio adicional uma vez que segundo Monteiro (2004), a manifestação de agressividade do paciente psiquiátrico é um sintoma, e que um

sintoma é uma demanda de cuidado, essa manifestação exigirá do enfermeiro uma atitude, uma interação, um cuidado visando atender a esse paciente.

A consciência de morbidade se refere ao entendimento que o indivíduo tem sobre o seu próprio estado de saúde, e a plena consciência de morbidade é importante para a adesão ao tratamento (CHENIAUX, 2011). No cotidiano da prática observamos que pacientes sem consciência de morbidade geram demandas de cuidado específicas, pela dificuldade em adesão a terapia medicamentosa, ansiedade e tentativas de evasão pela internação involuntária (MOREIRA e LOYOLA, 2011).

O crescente uso de drogas como problema em saúde mental, está alinhado a realidade nacional que através da política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas tem constatado a gravidade e magnitude do problema para a saúde pública, tornando imperativo a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada (BRASIL, 2003). Entretanto, o número de tais dispositivos ainda é insuficiente quando comparados com as demandas dos usuários, estudo realizado por Da Silva et al. (2009), 79% dos entrevistados indicaram que as leis e políticas atuais não facilitam o tratamento e recuperação dos usuários.

Gráfico 43: Diagnóstico Clínico / Ano



O elevado número de diagnósticos clínicos evidencia a complexidade do paciente que interna com comorbidades de ordem física além de um ou mais agravos à saúde mental, causa inicial de sua admissão. A base gerada no estudo em tela configura documentação de dados inéditos, informativos e indicativos da ainda maior complexidade do paciente e de suas demandas. Infelizmente, não passíveis de comparação junto aos dados da base DATASUS por esta não os ter elencados ou disponíveis para fins de contraste em relação ao Brasil e regiões. No DATASUS, só é possível visualizar o diagnóstico psiquiátrico de forma isolada.

Portanto, não há como fazer o cruzamento e comparação dos dados de pacientes que internam por problemas psiquiátricos e também possuem problemas de ordem física. Deve-se ressaltar que além de demandar maior investimento de tempo, de equipe e financeiros em seu atendimento (Esquema 1), também estão em processo de envelhecimento com estressores biológicos além dos comportamentais, possuem diagnóstico psiquiátrico e clínico que, se não identificados e tratados a tempo podem levar a óbito.

Esquema 2: Demandas e Complexidade Crescentes

Parcela	1	adultos com transtornos de ordem mental	
+Parcela	2	com transtornos de ordem (mental e) física combinados	
+Parcela	3	em processo de envelhecimento (x2 estressores)	+
+Resultado=		> demandas > complexidade	

Destaques com os maiores índices entre as comorbidades físicas identificadas foram cefaleia, doenças do aparelho circulatório, e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

A cefaleia apresenta taxas elevadas pelo fato de que, possui número no CID-10 e cada episódio durante o período de internação é contabilizado. No período e grupo estudados, a cefaleia foi mais frequente em homens na faixa etária de 18 a 33 anos, quando comparados com mulheres da mesma faixa etária.

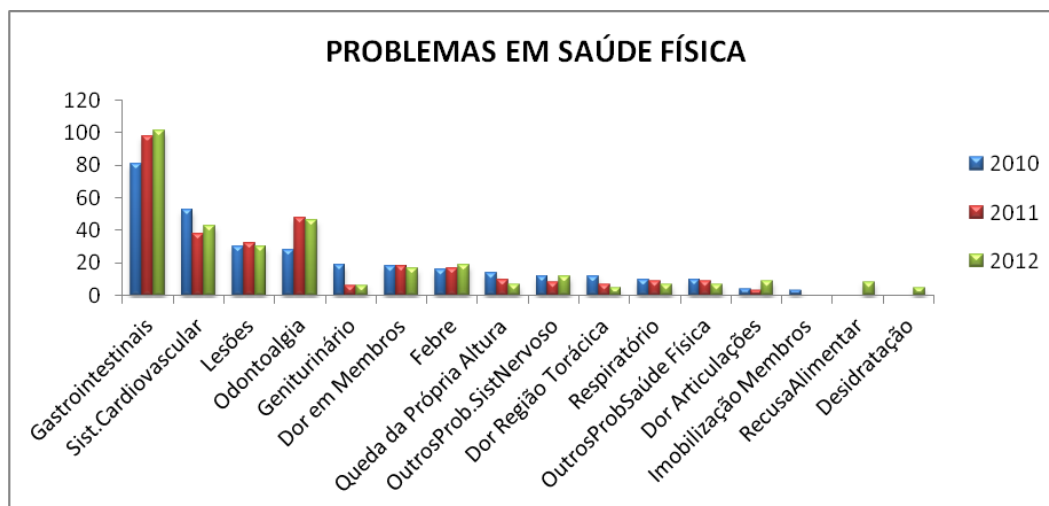
As doenças do aparelho circulatório foram mais observadas em mulheres nas faixas etárias de 34 a 49 e 50 a 65 anos, do que em homens das mesmas faixas etárias. Estudos indicam que as doenças cardiovasculares são as principais causas naturais de morbi-mortalidade em pacientes com transtornos mentais (JOUKAMAA, 2001; MILLER et al., 2006; SILVA et al., 2008). Também fatores

comportamentais que levam à enfermidade física, como tabagismo, abuso de álcool e de outras substâncias psicoativas, dietas inadequadas e falta de exercício físico, são associados aos transtornos mentais (HOIMBERG e KANE, 1999; LASSER et al., 2000, JACOBI et al., 2004 apud SILVA, 2008).

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas no período estudado foram mais frequentes nas mulheres na faixa etária de 50 a 65 anos, do que em homens para a mesma faixa etária. Estudos comprovam que a maior prevalência de síndrome metabólica (Lerario, 2009) em populações psiquiátricas pode ser explicada por fatores genéticos, estilo de vida, alimentação inadequada, neurquímicos e hormonais, além do uso de psicofármacos (TEIXEIRA e ROCHA, 2006; LAMBERT et al., 2003, apud SILVA, 2008).

As doenças do aparelho digestivo não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo e idade para o grupo pesquisado. Segundo Arana e Rosenbaum (2006) o uso de medicações antipsicóticas típicas, podem apresentar efeitos colaterais, como constipação intestinal, e alguns antidepressivos podem causar náuseas e diarreias.

Gráfico 44: Problemas em Saúde Física / Ano



Os principais problemas em saúde física identificados pela pesquisa foram gastrointestinais, alterações do sistema cardiovascular, odontalgias e lesões.

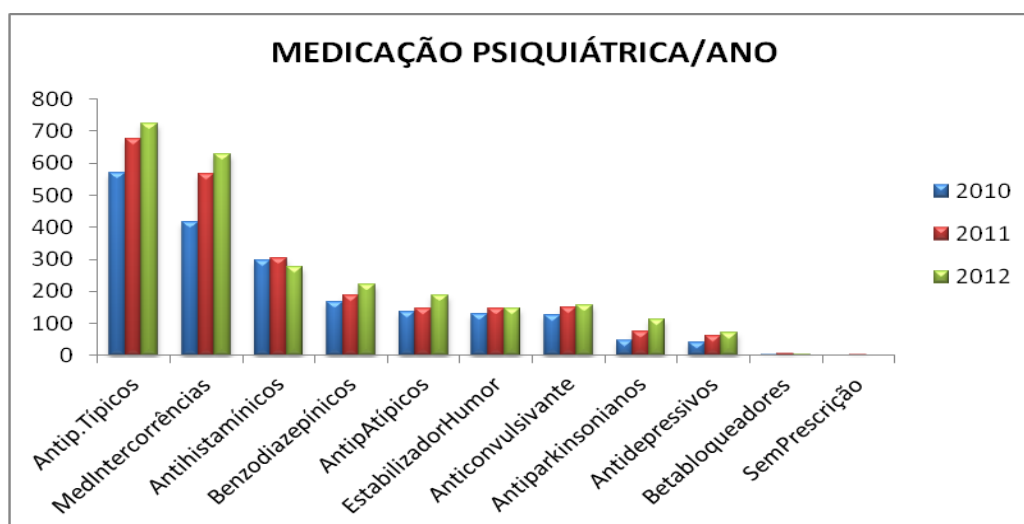
Os problemas gastrointestinais, assim como os diagnósticos, podem estar associados a terapêutica medicamentosa, com efeitos adversos de constipação intestinal, náuseas e diarreias (ARANA e ROSENBAUM, 2006). As alterações do

sistema cardiovascular, da mesma forma que os diagnósticos, corroboram a maior incidência de episódios de picos hipertensivos, hipotensão e desconfortos.

Condições dentárias precárias observadas no cotidiano da prática do cuidado e verificadas através de relatos de odontalgia apontados nos resultados do estudo, refletem dados do Ministério da Saúde em publicação datada de 2010. Naquele documento sobre a saúde bucal da população brasileira, a odontalgia teve prevalência de 27,5% e 10,8% para os grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74 anos respectivamente, sem diferenças significativas entre as regiões. Dados nacionais adicionais que podem servir de inspiração e configurar objeto de pesquisa futura no IPUB são os percentuais de indivíduos sem nenhum problema periodontal de 50,9% para a faixa etária de 15 a 19 anos, 17,8% para adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos (BRASIL, 2010).

A identificação de lesões como problemas em saúde física corrobora com dados sobre agressividade, quedas da própria altura e lesões já instaladas antes da internação na unidade. Todavia, não foram localizadas referências indexadas tratando de lesões, traumáticas ou não, em pacientes internados em instituições psiquiátricas, à exceção de úlceras por pressão, não observadas nas enfermarias do IPUB.

Gráfico 45: Medicação Psiquiátrica / Ano

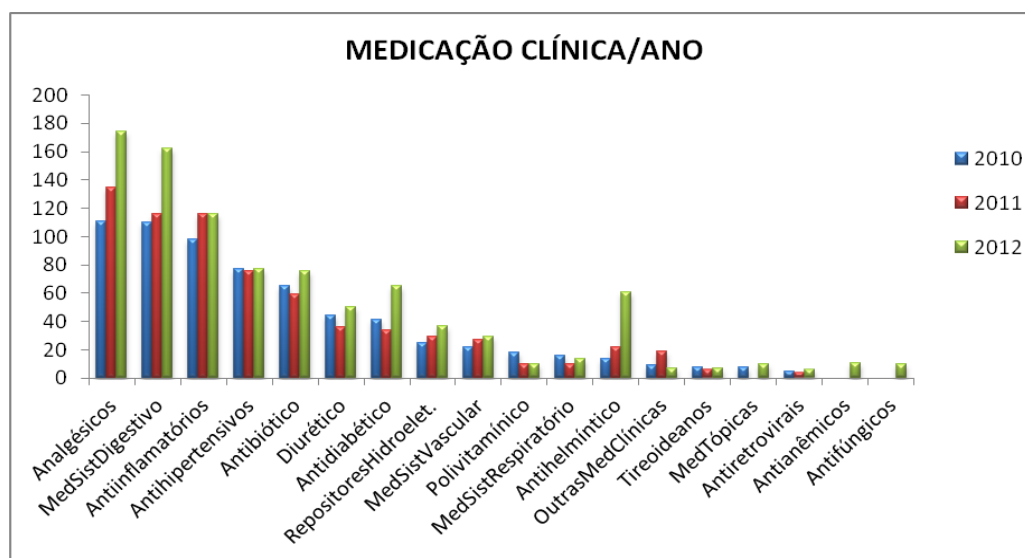


As medicações antipsicóticas típicas e para intercorrências em saúde mental foram as mais utilizadas na instituição e encontram-se alinhadas aos diagnósticos psiquiátricos registrados. Os antihistamínicos encontram-se na classe de medicação

psiquiátrica e apresentam números elevados, pois são associados aos antipsicóticos típicos, com intuito de reduzir efeitos extrapiramidais (Arana, 2006), tais como acatisia, discinisia tardia, distonia (PROTÓGENES, 2010).

Embora a enfermagem não faça a prescrição da medicação, deve ser ressaltada a necessidade de conhecimento da farmacocinética e farmacodinâmica de princípios ativos das medicações utilizadas. Em especial de alterações e efeitos colaterais, dentre eles de ordem gastrointestinal (constipação, diarreia, náuseas), cardiovascular (arritmias, hipotensão postural), que geram demandas de cuidados à saúde física.

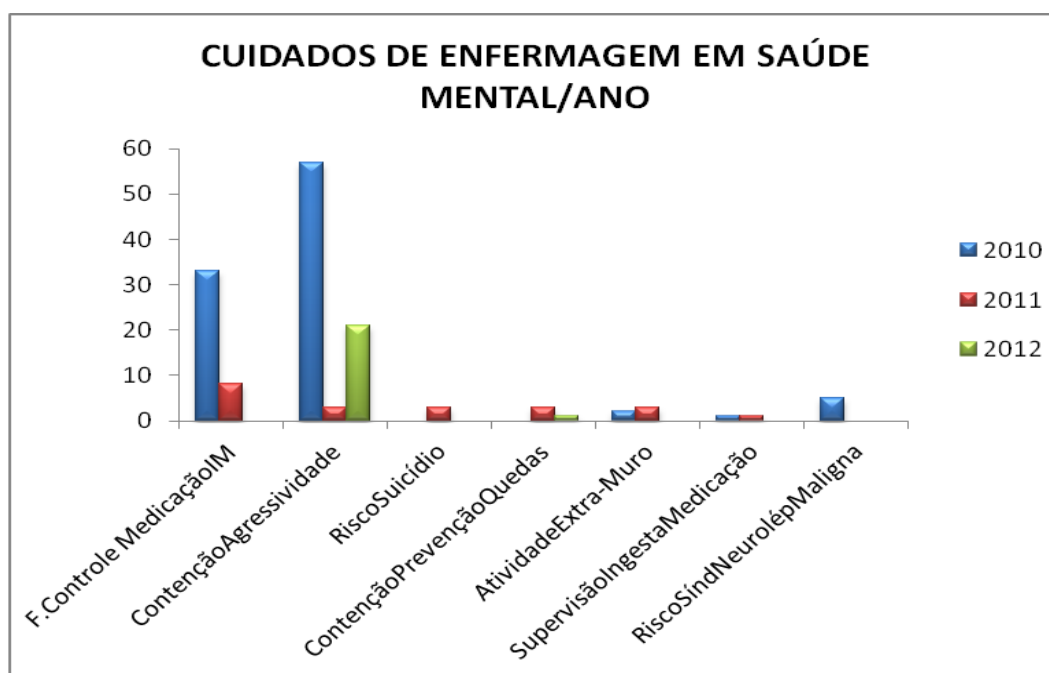
Gráfico 46: Medicação Clínica / Ano



A utilização de medicações clínicas corroboram as comorbidades de ordem física, não passíveis de comparação junto ao DATASUS, do paciente com transtorno mental. Reafirmam a complexidade do paciente psiquiátrico com transtorno mental que necessita de cuidados à sua saúde física e de medicações clínicas. Impõem, aos profissionais da equipe, conhecimento e vigilância adicionais, uma vez que o uso concomitante de várias classes de medicamentos precisa ser monitorado. A literatura aponta que a interação de medicamentos psiquiátricos e clínicos pode resultar, dentre outros, em efeitos tóxicos e interferir na absorção de substâncias (MARCOLIN et al., 2004). Dentre as principais medicações utilizadas na instituição encontramos os antiinflamatórios, que de acordo com estudo de JONHSON (1993) apud MARCOLIN et al. (2004) quando associados ao lítio, podem

umentar a concentração sanguínea deste. Outra medicação que pode aumentar a concentração do lítio é o captopril, pela supressão do sistema renina-angiotensina-aldosterona com diminuição da concentração de sódio no túbulo proximal (MARCOLIN et al., 2004). A literatura cita ainda alguns casos de toxicidade pelo lítio, ocorrendo entre dez dias a várias semanas após início do captopril, enalapril e todos os inibidores da enzima conversora da angiotensina (VERME e GIBBONEY, 1997 apud MARCOLIN, 2004). Portanto, reitera demandas de cuidado que transcende o ato ou cuidado fundamental da administração do medicamento, por se estender, de forma contínua e integral, às 24 horas de cada dia da vida do paciente internado.

Gráfico 47: Síntese Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental

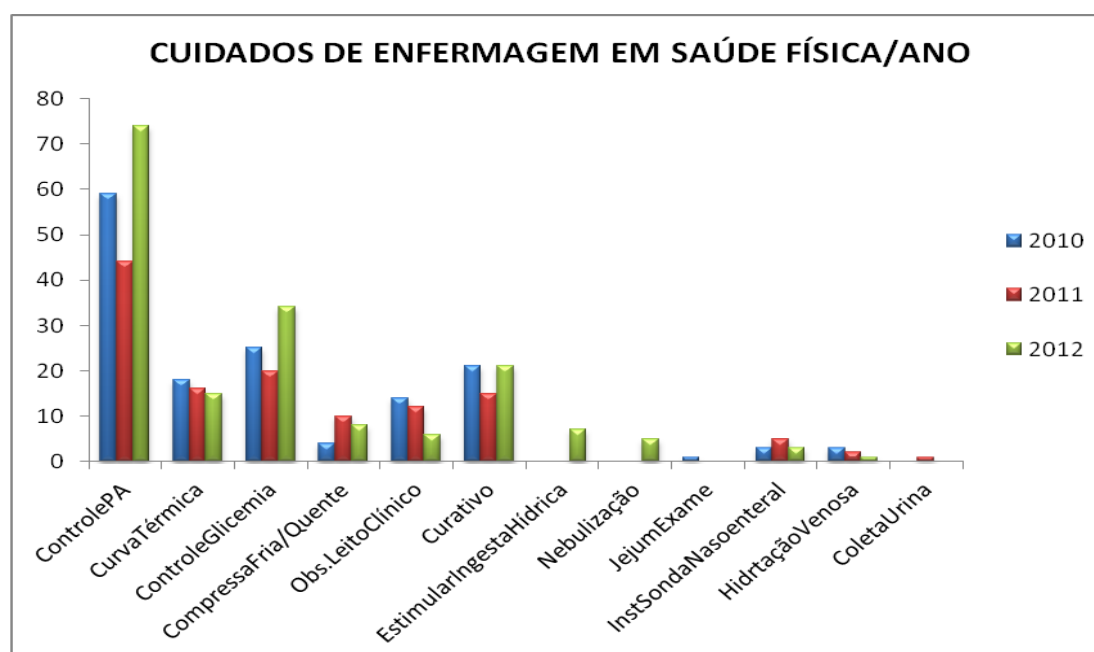


Os cuidados de enfermagem em saúde mental tiveram como principais registros, a folha de controle de medicação intramuscular e a contenção física após episódio de agressividade. Os impressos para controle de medicação intramuscular e de contenção física foram implantados na instituição com a finalidade de prevenir efeitos adversos decorrentes destes dois procedimentos. São instalados a partir da necessidade de utilização de medicação intramuscular e de contenção, respectivamente. Seus registros estão alinhados com o quantitativo de medicações

e de contenções por agitação psicomotora e agressividade apresentados no período da pesquisa.

A contenção física é uma demanda de cuidado que mobiliza a equipe de enfermagem, embora seja a última opção utilizada no cuidado ao paciente com manifestação de agitação e agressividade (Castro, 2013), na unidade de internação em tela, foi a mais registrada. Contudo, as ações de enfermagem que antecedem a contenção física não foram localizadas nos registros para fins de contagem. Embora as diretrizes idealizadas pela Reforma Psiquiátrica, baseadas em mudanças políticas e sociais, permitam a instrumentalização e mobilização dos profissionais a modificarem práticas cotidianas voltadas a desinstitucionalização dos clientes internados, o hospital psiquiátrico é, antes de tudo, um local para internação, o que implica impor alguns aspectos presentes no antigo manicômio ao cliente, normas, limites, vigilância e uma assistência ainda voltada para medicalização como forma de reduzir sintomas psíquicos mais intensos (SOUZA, 2013). Ao analisarmos este dado, verificamos a necessidade de realização de educação permanente da equipe com o intuito de conscientizar sobre a importância de tais registros para contribuir com a mudança de práticas no cuidado ao paciente com transtorno mental.

Gráfico 48: Cuidados de Enfermagem em Saúde Física / Ano



Os cuidados de enfermagem fundamental em saúde física mais documentados foram o controle de pressão arterial, e glicemia capilar, que estão

alinhados com as demandas de cuidados de pessoas com problemas cardiovasculares e metabólicos, dentre eles a hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Embora seja possível a ocorrência de sub registrar cuidados à saúde física, os dados demonstram que a equipe de enfermagem exerce cuidado voltado para a integralidade da saúde do paciente com transtorno mental. Em particular, porque foi identificado menor número de registro de cuidados de enfermagem em saúde mental. Cuidados também alinhados com a preocupação em, contexto nacional do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), em que as doenças crônicas não transmissíveis vem ganhando destaque devido ao elevado número de óbitos.

Em 2010 as doenças crônicas não transmissíveis representaram 73,9% das causas de óbitos, das quais 80,1% foram atribuídas a doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas ou diabetes (BRASIL, 2010).

CAPÍTULO V

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi motivado a partir da observação no cotidiano da prática assistencial em uma unidade de internação psiquiátrica. As intercorrências físicas apresentadas por pacientes psiquiátricos, durante o período de internação, conduziu a uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem que envolviam a assistência. Principalmente por se tratar, de um paciente que apresenta potencial para o comprometimento de agravos à sua saúde física, e está em processo de envelhecimento possivelmente acelerado (Simon et al., 2006; Rizo et al., 2013), quando comparado com a população em geral.

A literatura estudada comprova que pacientes psiquiátricos apresentam mortalidade precoce quando comparados com a população em geral (Sampaio e Caetano, 2006; Silva et al., 2008; Mogadouro et al., 2009), dentre as causas as doenças cardiovasculares se destacam (HANSEN, 2001; SILVA, 2008; MOGADOURO, 2009). Fatores associados ao estilo de vida e a efeitos adversos dos medicamentos utilizados pelos pacientes podem estar associados à maior mortalidade proporcional por afecções endócrinas, nutricionais e metabólicas, e por afecções cardiovasculares nos pacientes até os 49 anos, em relação às da população do estado (HOLMBERG e KANE, 1999; JACOBI et al., 2004; LAMBERT et al., 2000 apud SILVA, 2008).

Considerando que a internação psiquiátrica é um momento de desestruturação da função mental, que pode contribuir para o agravamento de condições clínicas pré-existentes, ou até mesmo o surgimento de comorbidades, aumentando a complexidade do quadro do paciente, este estudo teve como objeto as demandas de cuidado em saúde do paciente com transtorno mental em processo de envelhecimento.

A escolha da abordagem quantitativa, o método e instrumento para coleta de dados foram adequados ao objeto e objetivos propostos, pois com o intuito de identificar as demandas de cuidados à saúde do paciente com transtorno mental em processo de envelhecimento foi necessário o levantamento de dados demográficos e perfil clínico daqueles que passaram por internação no período compreendido entre 2010 a 2012. Entretanto, uma das limitações do estudo, relacionada aos desafios impostos pelo tempo e quantitativo da população, não previstos anteriormente, nos fez renunciar ao segundo objetivo específico, que seria a

elaboração de um protocolo de admissão e alta. Foi proposto então, um formulário de admissão e alta a ser implementado na instituição.

Embora quase metade dos pacientes tenham apresentado diagnóstico clínico ou problemas em saúde física, estes não constam na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), foram localizados em prontuários, nas folhas de evolução multiprofissional e de enfermagem, não representam, portanto, serviços prestados contabilizados, mas geram demandas de cuidados, recursos financeiros e tempo de serviço para a equipe de enfermagem maiores do que aquele paciente que interna com apenas um diagnóstico. Em outras palavras, a demanda de cuidado à saúde física do paciente com transtorno mental não se reverte em subsídios para a instituição.

As considerações iniciais do estudo puderam ser comprovadas com os dados que foram coletados dos prontuários dos pacientes. A primeira inquietação, motivada pela observação na prática, versava sobre a possível presença de comorbidade física no paciente com transtorno mental, aumentando a complexidade do cuidado. O que foi possível comprovar com apenas 60% do total de prontuários coletados, em que quase metade dos pacientes apresentava diagnóstico clínico e /ou problemas de saúde relacionados a agravos físicos.

Acreditamos que os dados sobre diagnóstico clínico e problemas em saúde física possam estar subnotificados nos prontuários dos pacientes que internaram no IPUB, no período da pesquisa, Esta ocorrência foi verificada através da análise documental, e pode se dar por: (i) predomínio de registros da condição que motivou a internação, ou seja, ao agravo mental, quando comparados com agravos físicos, com exceção quando o paciente já apresenta algum diagnóstico clínico, e (ii) os registros de problemas de saúde física documentados em outros instrumentos institucionais que não agregam ao prontuário, como livros de ordens e ocorrências.

A segunda inquietação, também motivada a partir da observação na assistência, de que o paciente com transtorno mental pode apresentar um processo de envelhecimento acelerado, foi confirmado através de literatura específica. Pacientes com transtornos mentais, principalmente a esquizofrenia e o transtorno bipolar apresentam fatores que contribuem para um envelhecimento diferenciado quando comparado com pessoas que não apresentam distúrbios psiquiátricos. O uso prolongado de múltiplas medicações, mais de um agravo à saúde, as condições precárias de tratamento, e o estresse são fatores que predispõe um envelhecimento

acelerado para estes pacientes. Não menos importante, é o fato de que, estes pacientes ainda têm dificuldades em acessar com dignidade alguns serviços de saúde, pelo estigma que a doença mental produz, principalmente entre profissionais de saúde, o que dificulta o diagnóstico precoce de condições clínicas, como hipertensão, diabetes mellitus e neoplasias. .

Concluimos que os pacientes internados na instituição apresentam demandas de cuidados de ordem mental e física, confirmados pelos diagnósticos, problemas de saúde, uso de múltiplas medicações, e cuidados de enfermagem. Portanto, considerando a complexidade do cuidado ao paciente com transtorno mental, que pode apresentar comorbidades de ordem física e está em processo de envelhecimento, é importante a identificação precoce de agravos à saúde física, assim como, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, durante e após a internação. Acreditamos também, ser necessária a construção de propostas terapêuticas concretas que visualizem as múltiplas dimensões do cuidado que envolvem o paciente com transtorno mental. Assim como, a implementação de práticas de educação permanente que contribuam com a formação de todos os profissionais envolvidos na assistência. Com base nos dados e resultados alcançados, o presente relatório conclui trazendo como contrapartida institucional uma proposta (Apêndice G) na forma de versão preliminar de formulário de admissão e alta multidimensional de enfermagem. Um documento com ambições de no futuro, se tornar multidisciplinar para atender a demandas e direitos ao cuidado integral em saúde, de pacientes portadores de transtorno mental nas diversas fases do ciclo vital, em situações de alta e admissão hospitalar em psiquiatria.

6. PLANO DE DISSEMINAÇÃO

Recortes do projeto serão apresentados:

Tema	Evento	Ano
Demandas de Cuidado de Enfermagem ao Paciente Portador de Transtorno Mental em Processo de Envelhecimento	VI Seminário Internacional dos Núcleos de Pesquisa e a Produção de Conhecimento na Enfermagem (SINPEN)	2012
Considerações sobre Internações Psiquiátricas de Pessoas Idosas e a Necessidade de Empoderamento da Enfermagem.	64º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn)	2012
O Idoso sob Internação Psiquiátrica: Aspectos éticos e Bioéticos na Intenção do Cuidado (Em avaliação)	17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (SENPE)	2013
O Desafio do Cuidado de Enfermagem ao Paciente com Transtorno Mental e Doença Crônica Não Transmissível	65º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn)	2013
Uso de Medicação Clínica em Internação Psiquiátrica	Ribeirão Preto	2014

7. REFERÊNCIAS

ARANA, George W.; ROSENBAUM, Jerrold F. Terapêutica Medicamentosa em Psiquiatria. 4ª Ed. RJ: Revinter. 2006. 249p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma dos psiquiátricos e política de saúde mental no BRASIL. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma Serviços de Saúde Mental :15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:< <http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 13 jun 2010

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Estabelece normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento e Tecnologia ELSA Brasil, Série B. Textos Básicos de Saúde, p.07, 2007. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em 20 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 04 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência – Pactos pela Saúde, vol.08, p.13, 2008. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 25 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 03 mar. 2013.

BRASIL.Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 8, vol 8, jan. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf Acesso em 04 de jul.2014

BRASIL.Ministério da Saúde. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar, 2002. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf Acesso em 27 de jun.2014

BRUNI, A.L. SPSS Aplicada à Pesquisa Acadêmica, 2009, Ed. Atlas.

CARVALHO, V.D., BORGES, L.O. & RÉGO, D.P. Interacionismo Simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. Rev. Psicologia, Ciência e Profissão, Brasília, v.30, n.1, p.146-161, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932010000100011&lang=pt.

Acesso em 03 mar. 2013.

CASTRO, A.R.S. Cuidado de Enfermagem a Pacientes com Comportamento Agitado e/ou Agressivo, 2013,Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

CHENIAUX,E. Manual de Psicopatologia, editora Guanabara Koogan, 4ª edição, 2011.

CID 10 Código Internacional de Doenças 10ª revisão. Classificação das Doenças Mentais (DSM-IV). 1990. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br>> Acesso em 14 julh 2010.

CODATO, L.A.B., NAKAMA, L. Pesquisa em Saúde : metodologia quantitativa ou qualitativa? Rev.Espaço para a Saúde, Londrina, v.08, n.1, p.34-35, dez 2006. Disponível em <<http://www.ccs.uel.br>>. Acesso em 06 abr 2012

CRUZ, CH, ESPEJO,G.P.; CASTILHO, R.S.Estudio de Funcioalidade y de Comorbilidade em Adultos Mayores Hospitalizados em El Serviço de Medicine Del Hospital de Peñblanca, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=395109&indexSearch=ID> Acesso em 20 de jul 2013.

CUPERTINO, A.P.F.B., ROSA, F.H.M. & RIBEIRO, P.C.C. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica, 20(1), 81-86, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br>>. Acesso em 24 abr. 2010

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre, Artmed, 2000, p.47-49.

DOUZENIS, A., SERETIS, D., NICOLAIDOU, P., PAPADOPOULOU, A., RIZOS, E.N., CHRISTODOULOU, C., TSOPELAS, C., MITCHELL, D., LYKOURAS, L. Factors Affecting Hospital Stay in Psychiatric Patients: the role of active comorbidity.

BMC Health Services Research. [on line] dez. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22713232>. Acesso em 12 jun. 2013.

FERNANDES, E.R. O Envelhecimento do Doente Mental Crônico Institucionalizado. Dissertação (Mestrado em Gerontologia).2008, pg.13 Pontifca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FREUDE, G., JACOB, O., MARTUS, P., ROSE, U., SEIBT, R., Predictors of the Discrepancy Between Calendar and Biological Age. Occupational Medicine. [on line]. agos. 2010, vol. 60, p. 21-28. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19666964>. Acesso em 06 jun. 2013.

GOMES, M.P.C.et.al. Censo dos Pacientes Internados em uma Instituição Asilar no Estado do Rio de Janeiro.Cad.Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002, vol.18, no.6, p.1803-1807.

HAGUETTE, T.M.F. Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis, Editora Vozes, 2011, p. 34-35.

HANSEL,C.G. Envelhecimento Institucionalizado do Portador de Transtorno Mental: O Viver e o Cuidar dos Profissionais de Enfermagem de um Hospital Psiquiátrico. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 2008, pg.30 Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Programa Nacional por Amostra em Domicílio, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2007/default.shtm> Acesso em 03 de mar. de 2013.

JOUKAMAA, M. et.al. Mental Disorders and Cause Specific Mortality. [on line], 2001, vol.179, 498-502 The British Journal of Psychiatry. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11731351> Acesso em 11 de jun 2014.

KEMP, D.E., GAO, K. CHAN, P., GANOCY, S.J., FINDLING, R.L., CALABRESE, J.R. Medical Comorbidity in Bipolar Disorder: relationship between illnesses of the endocrine/metabolic system and treatment outcome. Author Manuscript. [on line]. jun. 2010, vol. 12, no.4, p. 404-413. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636638>. Acesso em 12 de jun. 2013.

KRISHNAN, K.R.R. Psychiatric and Medical Comorbities of Bipolar Disorder. Psychosomatic Medicine. [on line]. 2005, vol. 67, p.1-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15673617>. Acesso em 12 de jun. 2013.

KRÜGER, C. Vulnerable Long Term Psychiatric Inpatients Need Screening for Physical Health Problems: na auditoria de arquivos regulares hospitalares e clínicos. [online] 2012, vol. 15, no. 3, 176-84. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22722725> Acesso em 12 de jun. 2013.

LERARIO, A.C., BETTI, R.T.B., WAJCHENBERG, B.L. O Perfil Lipídico e a Síndrome Metabólica. [online], 2009, Rev. Assoc. Med. Bras., vol. 55, no. 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302009000300002&lang=pt Acesso em: 07 de jul. 2014.

LOYOLA, C.M.M. Algumas Questões sobre a Assistência de Enfermagem Psiquiátrica de Qualidade. In: Por uma assistência psiquiátrica em transformação. Cadernos IPUB, n.3. IPUB/UFRJ, 1999.

MALTA, D.C., CEZARIO, A.C., MOURA, L. de et al. A Construção da Vigilância e Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. set. 2006, vol. 15, no. 3 [citado 02 Julho 2010], p. 47-65. Disponível em: < <http://www.scielo.iec.pa.gov.br>>. Acesso em 20 jun. 2010

MARCOLIN, M.A., CANTARELLI, M.G., JÚNIOR, M.G. Interações Farmacológicas entre Medicamentos Clínicos e Psiquiátricos. [online], 2004, vol. 31, no. 2, 70-81 Rev. Psiq. Clínica. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a03v31n2> Acesso em 07 de jul. 2014.

MOGADOURO, M.A., CORDEIRO, Q., ZUNG, S., VALLADA, H. Mortalidade e Esquizofrenia. [online], 2009, vol. 54, no. 3, 119-126. Disponível em http://www.fcmscsp.edu.br/files/vlm54n3_7.pdf Acesso em 04 jun. 2014.

MONTEIRO, C.B. O Paciente que Manifesta Agressividade na Internação Psiquiátrica: a representação do enfermeiro. [online], 2004. Rev. Escola Enfermagem Anna Nery, vol. 8, no. 3. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718062015.pdf>. Acesso em 02 de jun. 2014.

MOREIRA, L.H.Q., LOYOLA, C.M.D. Internação Involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. [online], Rev. Esc. Enf. USP, vol. 45, no. 3, 2011.

OREŠKI, I., JAKOVLJEVIĆ, M., AUKST-MARGETIĆ, B., ORLIĆ, Z.C., VUKSANČIĆ. Comorbidity and Multimorbidity in patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder: similarities and differences. *Psychiatria Danubina*. [online]. 2012, vol. 24, no. 1. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22447090>. Acesso em 12 jun. 2013.

PEREIRA, M.O.et.al. Busca Ativa para Conhecer o Motivo da Evasão de Usuários em Serviço de Saúde Mental. [on line], 2013, vol.26, no.5, 409-12. Acta Paulista, São Paulo. Disponível em:

<http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=26&ano=2013&numero=5&item=2>.

Acesso em 24 de jun. 2014.

POLIT, D.F., BECK, C.T., HUNGLER, B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização. São Paulo, Artmed, 2004, p.309-356.

PROTÓGENES, M. Distúrbios do Movimento Induzido por Drogas.[on line], 2010, Rev.Hospital Universitário Pedro Erenesto-UERJ, vol.9, no.1.Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=152 . Acesso em 08 de jul. 2014.

REY, Luís. Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.1999, p. 612.

RIZO, C.G. et.al. Abnormal Glucose Tolerance, White Blood Cell Count, and Telomere Length in Newly Diagnosed, Antidepressant-Naive Patients with Depression.[on line], 2013, vol.28, 49-53. Brain, Behavior and Immunity. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23207109> Acesso em 23 de jun de 2014

SAMPAIO, A.L.P., CAETANO, D. Mortalidade em Pacientes Psiquiátricos: revisão bibliográfica. [on line] 2006, vol.55, no.3, 226-231. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000300009

Acesso em: 04 de jun.2014.

SANTOS, E.G; SIQUEIRA,M.M. Prevalência dos Transtornos Mentais na População Adulta Brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. Journ.Bras.Psiquiatria, vol. 59, n.3, p. 238-246, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>

SANTOS, F.H., ANDRADE, V.M., BUENO, O.F.A. Envelhecimento: um processo multifatorial. Psicologia em Estudo. [on line]. jan-mar. 2009, vol.14, no.1, p.3-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf>. Acesso em 06 jun. 2013.

SHELLACK, Gustavo . Farmacologia na prática clínica da área de saúde. São Paulo: editora Fundamento, 2006. pg 92-161.

SCHIMIDT, M.I.; DUNCAN B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Doenças Crônicas Não

Transmissíveis no Brasil: desafios atuais. *The Lancet* [on line], jun. 2011, vol.377, p.1949-1961.

SIBILLE, E. Molecular Aging of the Brain, Neuroplasticity, and Vulnerability to Depression and other Brain-related Disorders. [on line], 2013, vol 15, no1. *Dialogues in Clinical Neuroscience*.

SILVA, L.A., GOMES, A.M.T., OLIVEIRA, D.C., SOUZA, M.G.G. Representações Sociais do Processo de Envelhecimento de Pacientes Psiquiátricos Institucionalizados. [on line] *Esc. Anna Nery*. Jan-mar. 2011, vol.15, no.1, p. 124-131. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100018. Acesso em 06 jun. 2013.

SILVA, J.P.L. Mortalidade Precoce dos Pacientes Internados em Hospitais Psiquiátricos no Rio de Janeiro em 1995. 2008. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

SILVA, J. Familiares e Pessoas Conhecidas de Usuários de Drogas Ilícitas: recorte de opiniões sobre leis e políticas de uma comunidade da Zona Oeste do Rio de Janeiro, Brasil. [on line] *Rev. Latino Am. Enfermagem*, vol.17, no(Esp.), 803-9, 2009.

SIMON, N.M. et.al. Telomere Shortening and Mood Disorders: Preliminary Support for a Chronic Stress Model of Accelerate Aging [on line], 2006, vol.60, 432-435, *Society of Biological Psychiatric*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16581033> Acesso em: 23 de jun. 2014.

SOUZA, E.J.S. Estratégias para Reinserção Social de Clientes Psiquiátricos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2013.

SMELTZER, S.C, HINKLE, B.G., CHEEVER, K.H. Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, editora Guanabara Koogan, 11ª edição, 2009.

TEIXEIRA, I.N.D'A.O., GUARIENTO, M.E. Biologia do Envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*. [on line]. 2010, vol. 15, no.6, p. 2845-2857. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600022. Acesso em 12 jun. 2013.

TEIXEIRA, P.J.R., ROCHA, F.L. Associação entre Síndrome Metabólica e Transtornos Mentais. [on line], 2007, vol. 34, no.1, 28-38. *Rev. Psiquiátrica Clínica*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n1/a05v34n1.pdf> Acesso em 05 de jul. 2014.

TOMIYAMA, A.J. et al. Does Cellular Aging Related to Patterns of Allostasis? An Examination of Basal and Stress Reative HPA Axis Activity and Telomere Length. [on line], 2012, Physiology & Behavior, vol. 106, 40-45.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento Populacional e as Informações de Saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Cad.Saúde Pública.RJ. 23(10), 2463-2466, out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102311x2007001000020&script=sci_arttext . Acesso em 27 abr. 2010.

VINOGRADOVA Y., COUPLAND, C., HIPPISEY-COX, J., WHYTE, S., PENNY, C. Effects of Severe Mental Illness on Survival of People with Diabetes. The British Journal of Psychiatry. [on line]; abr. 2010; p. 272-277. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20884949>. Acesso em 12 jun. 2013.

WEINER, M. WARREN, L., ZIEDOROWICZ, J.G. Cardiovascular Morbidity and mortality in Bipolar Disorder, [on line], 2011, Ann Clin.Psychiatric, vol.23, no 1, 40-47. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3190964> .Acesso em: 02 de jul. 2014.

Apêndices

Apêndice A: Carta de Autorização Institucional

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Mestrado em Enfermagem
 Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Demandas de Cuidado em Saúde do Paciente com Transtorno Mental em Processo de Envelhecimento

Mestranda: Emiliane Cunha Ferreira

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD.

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

De: Emiliane Cunha Ferreira

PARA: Direção do Instituto de Psiquiatria

ASSUNTO: Solicitação para realização de pesquisa.

Prezado(a) Senhor (a) _____

Venho, pelo presente, solicitar a V. S^a autorização para coleta dados nessa instituição, a fim de realizar pesquisa para dissertação de mestrado, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA.

Título: Demandas de Cuidado em Saúde Paciente com Transtorno Mental em Processo de Envelhecimento.

Tipo de Pesquisa: abordagem quantitativa

Técnica de Coleta de Dados: consulta documental em prontuários

Período: ano de 2012 a 2014

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

Certos de contarmos com a colaboração de V.S^a apresentamos protestos de estima e apreço.

Rio de Janeiro, de..... 2013.

 Emiliane Cunha Ferreira
 Mestranda

 Jaqueline Da Silva, PhD
 Orientadora

RESPOSTA DA INSTITUIÇÃO:

- 1 – Autorizo a pesquisa sem divulgar o nome da Instituição. ()
 2 - Autorizo a pesquisa com divulgação do nome da Instituição. ()
 3 – Não autorizo a pesquisa. ()

Assinatura do Responsável pela Instituição:

Nome do Responsável pela Instituição:

Cargo do Responsável pela Instituição:

Apêndice C: Termo de Confidencialidade

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Mestrado em Enfermagem
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: Demandas de Cuidado em Saúde do Paciente com Transtorno Mental em Processo de Envelhecimento

Mestranda: Emiliane Cunha Ferreira

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD.

Termo de Confidencialidade

A pesquisadora e coordenadora do presente projeto se compromete a privacidade dos pacientes. Os dados coletados e disponibilizados para a pesquisa serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e a informação arquivada em papel não conterá a identificação dos nomes dos sujeitos elencados. Este material será arquivado de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos, e terá a guarda por cinco anos, quando será incinerado.

Concorda, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos computadores das salas dos grupos de pesquisa da instituição envolvida sob responsabilidade da pesquisadora. Este projeto está sendo encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-EEAN-HESFA, em reunião prevista para _____

Rio de Janeiro, de..... 2013.

Emiliane Cunha Ferreira
Pesquisadora Principal / Mestranda / EEAN / UFRJ
e-mail: emilianeipub@hotmail.com
Cel: 985915540

Jaqueline Da Silva
Orientadora EEAN / UFRJ
e-mail: jackiedasilva@hotmail.com
Cel: 996451542

Apêndice D: Orçamento da Pesquisa

Descrição de Material		Valor 2º/ 2012 a 1º/ 2013 R\$	Valor 2º/ 2013 a 1º/ 2014 R\$	Valores estimados
MATERIAL PERMANENTE	Livros	180,00	200,00	380,00
	MP3	80,00	-----	80,00
	Impressora	750,00	-----	750,00
MATERIAL DE CONSUMO	Produtos de papelaria	450,00	250,00	700,00
	Xerox e impressão	500,00	800,00	1300,00
	Encadernação Simples	30,00	30,00	60,00
	Encadernação Capa Dura		200,00	200,00
	Plotter/Banner	240,00	240,00	480,00
HONORÁRIOS PESQUISADOR	Inclui transporte, alimentação e tempo de serviço.	600,00	700,00	1300,00
DESPESAS COM PARTICIPANTES DA PESQUISA	Inclui deslocamento, alimentação e trâmite eventual.	200,00	600,00	800,00
INSCRIÇÃO/ANUIDADE EM ENTIDADE			200,00	200,00
OUTROS	Congressos e eventos de pesquisa: transporte, alimentação e hospedagem.	2000,00	4000,00	6000,00
TOTAL		5030,00	7.220,00	12.250,00

Fonte(s) dos recursos: Os custos estão sendo de financiamento próprio da autora

Apêndice F: Pareceres de Comitês de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEMANDAS DE CUIDADO EM SAÚDE AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Pesquisador: EMILIANE CUNHA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18505113.2.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 377.875

Data da Relatoria: 27/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado que tem como objeto as demandas de cuidado em saúde física de pacientes com transtorno mental em processo de envelhecimento internados em unidade hospitalar psiquiátrica. Estudo de abordagem mista quanti- qualitativo, que utilizará como referenciais teóricos o cartesianismo para a abordagem quantitativa e o interacionismo simbólico para a abordagem qualitativa. O cenário do estudo será uma instituição psiquiátrica localizada no município do Rio de Janeiro. Haverá dois grupos de dados, um será composto por prontuários de pacientes internados entre os anos de 2008 a 2013. Grupo dois será composto por pacientes internados por ocasião da realização do estudo. Critérios de inclusão - pacientes com transtorno mental, em processo de envelhecimento e também com comorbidades de ordem física. Critérios de exclusão - que não saibam informar sobre sua condição de saúde física. A coleta de dados será consultiva documental e entrevista semi-estruturada. A análise dos dados quantitativos utilizará a estatística descritiva e para a análise dos dados qualitativos serão utilizados elementos da Teoria Fundamentada em Dados.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar - à luz da integralidade e com base no perfil demográfico e clínico - demandas de

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeeannesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 377.875

cuidados de enfermagem dos pacientes com transtornos mentais, em processo de envelhecimento, internados em uma unidade psiquiátrica hospitalar. Objetivo Secundário: . Caracterizar potenciais grupos ou tipologias de demandas de cuidado em saúde a pacientes com transtorno mental em processo de envelhecimento na internação em psiquiatria. Desenvolver produtos na modalidade de protocolos de atendimento, com base nas demandas de cuidados de enfermagem, a serem testados na unidade cenário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: De constrangimento pela lembrança de momentos difíceis , em tal ocorrência, a demanda de cuidado será prontamente atendida pela pesquisadora, documentada em prontuário e procedido acompanhamento subsequente até sua estabilização e/ou resolução. Benefícios: Relacionado à participação será ajudar no desenvolvimento do cuidado a pessoas com transtorno mental e aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em Saúde Mental e Gerontológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de abordagem mista, quanti-qualitativa, com duas seções, utilizando três técnicas de coleta de dados. Para operacionalizar o estudo as principais técnicas de coleta de dados utilizadas serão consulta documental e entrevistas semi-estruturadas, complementadas por registro em diário de campo. A consulta documental será realizada nos prontuários e impressos de pacientes com transtornos mentais que passaram por internações na unidade psiquiátrica que será o cenário deste estudo, no período de 2008 à 2013 As entrevistas semi-estruturadas serão realizadas com pacientes internados na unidade cenário, selecionados como casos-paradigma, por ocasião da realização do estudo. A etapa coleta de dados será distribuída em dois momentos:- Primeiro, o levantamento em documentos institucionais e dos pacientes de dados como idade, sexo, tempo de permanência, cuidados de enfermagem, diagnósticos clínicos, psiquiátricos, e medicações utilizadas nas enfermarias. Segundo, a realização de entrevistas semi-estruturadas junto a pacientes internados por crise de saúde mental, com comorbidades de ordem física, como casos paradigma. Tamanho da Amostra no Brasil: 2.500 quantitativos. Os instrumentos de coleta de dados serão três, planilha elaborada no software Excel®; documentação em diário . A construção da seção quantitativa, será orientada pelo Cartesianismo, deverá utilizar estatística descritiva simples e medidas de tendência central. A seção qualitativa, será orientada pelo Interacionismo Simbólico, deverá utilizar o Método Grounded Theory (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



**ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO**



Continuação do Parecer: 377.875

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com os exigidos pelo CEP.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está claro e objetivo, atendendo as exigências do CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 27 de agosto de 2013. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 29 de Agosto de 2013

Assinador por:

**Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)**

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO/ IPUB/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEMANDAS DE CUIDADO EM SAÚDE AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Pesquisador: EMILIANE CUNHA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18505113.2.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 437.773

Data da Relatoria: 18/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado, onde se pretende analisar as demandas de cuidado de enfermagem para pacientes com transtornos mentais em processo de envelhecimento. A pesquisa associa delineamentos quantitativo/qualitativo e o campo empírico será desenvolvido junto ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos específicos da pesquisa envolvem a análise de grupos e tipologias de demanda, bem como a produção de protocolos de atendimento, com base nas demandas de enfermagem, para esse tipo de paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto avalia os riscos adequadamente (eventual mal-estar com lembranças no momento da entrevista) e apresenta a forma de contorná-los (acompanhamento e registro em prontuário). Os benefícios apresentados têm relação com a ampliação do conhecimento sobre o tema e o desenvolvimento do cuidado para a população estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo está claramente descrito e o seu desenho envolverá dados extraídos de documentos

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3873-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO/ IPUB/



Continuação do Parecer: 437.773

(consulta a prontuários - 2008 a 2013), contato direto com pacientes (entrevistas semi-estruturadas e registro em diário de campo). Todos esses relacionados a demandas de cuidado em enfermagem para pacientes com transtornos mentais em processo de envelhecimento.

A sustentação teórica para a pesquisa encontra-se bem estruturada e articulada à parte empírica.

Vale observar ainda que a pesquisadora mostra-se ética e tecnicamente responsável na construção de todo o texto do protocolo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE apresentado de forma adequada e sintônico com a totalidade do protocolo.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Avalio - conforme o CEP da Escola de Enfermagem Anna Neri-UFRJ, onde este protocolo já foi submetido - que o mesmo se encontra bem estruturado metodológica e eticamente, e, portanto, deve ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

projeto metodologicamente bem elaborado, dentro dos preceitos normativos da ética em pesquisa pela resolução 466/12.

RIO DE JANEIRO, 28 de Outubro de 2013

Assinador por:
jose carlos lima de campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3873-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br

Apêndice G: Proposta de Formulário para Teste

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery
 Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa-Curso de Mestrado em Enfermagem
 Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem
 Hospitalar
 Instituto de Psiquiatria da UFRJ / IPUB

VERSÃO PRELIMINAR DE FORMULÁRIO: ADMISSÃO / ALTA DE ENFERMAGEM

1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Sexo: F() M()	Data de Admissão:
Estado Civil	Nacionalidade:	Naturalidade:
Nº de Filhos	Escolaridade	Ocupação:
Procedência:		Acompanhante:
Endereço:		Telefone
Bairro:	Município:	Estado:

2 – MOTIVO DA INTERNAÇÃO

História da Doença Atual:

3 – EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ORIENTAÇÃO					
Acordado () Sonolento () Torporoso ()	ALOPSÍQUICA : Tempo: S() N() Espaço: S() N() AUTOPSÍQUICA: À Sua Pessoa: S() N()					
SINAIS VITAIS	Temperatura	Pulso	Respiração	Pressão	Peso	Altura
Cabeça						
Pescoço						
Tórax						
Abdomem						
MMSS						
MMII						
Geniturinário						
Pele e Mucosas						
Marcha						
Atitude:	Colaborativa ()	Hostil ()	Suspicaç ()			
Pensamento	Organizado ()	Desorganizado ()				

Observação	Visão	Boa()	Diminuída: D() E()	Ausente:()
	Audição	Boa()	Diminuída: D() E()	Ausente:()
\Prótese e Ortese	S() N()	Tipo:	Região	
Eliminações Intestinais	Urinária			
	Intestinal:			

4 - HÁBITOS DE VIDA PESSOAL:

Alimentação e Hidratação:	
Sono e Repouso	
Uso de:	Drogas Ilícitas() Álcool() Fumo() Obs:
Atividade Sexual:	Ativa () Eventual () Inexistente ()
Condições Higiênicas:	Satisfatória () Insatisfação ()
Aparência:	Cuidada () Descuidada ()

5- IMUNIZAÇÃO: S() N() Quais: Não sabe informar: ()

6 HISTÓRIA DA SAÚDE PREGRESSA:

Internações Anteriores: S () N ()	Não sabe informar: ()
Doenças Anteriores: S () N ()	Não sabe informar: ()
Quais:	
Hipersensibilidade: S () N()	Quais:
Não sabe informar: ()	
Tipo Sanguíneo:	Fator Rh: Não sabe informar: ()
Faz uso de medicamentos regularmente: S() N() Quais:	
Gesta:	Para: Aborto DUM:
Exames Preventivos: S() N()	Quais:
Data do último exame:	Não sabe informar: ()
Outras Observações:	
Queixas:	

7 - IMPRESSÕES DO ENFERMEIRO:

8 – ALTA

Alta Acompanhado()

Desacompanhado()

Condições de Alta:

Orientação quanto à medicação:

Encaminhamento para acompanhamento em unidade básica de saúde: