



Quem são os egressos de internação psiquiátrica?*

Who are the patients who have been discharged from psychiatric hospital care recently?

¿Quiénes son los pacientes que obtuvieron el alta de la internación psiquiátrica?

Lucilene Cardoso¹, Sueli Aparecida Frari Galera²

RESUMO

Objetivo: Conhecer quem são, hoje, as pessoas com transtornos mentais que tiveram alta hospitalar de internação psiquiátrica recente, e quais suas características comuns. **Método:** Pesquisa quantitativa descritiva realizada no período: 17/12/2007 a 17/04/08, através de questionário acerca das variáveis sociodemográficas, internações anteriores e conhecimento de 48 pacientes quanto ao diagnóstico e tratamento psicofarmacológico. **Resultados:** A média de idade foi 39 anos e 30 pacientes eram mulheres. Diagnósticos de Esquizofrenia e Transtornos Esquizotípicos foram prevalentes em 33,3% da amostra. Não souberam dizer qual era seu diagnóstico 56% da amostra, e apenas 43,8% souberam dizer corretamente nomes e dosagens dos medicamentos. Tinham pelo menos uma internação psiquiátrica anterior 62,5% deles. **Conclusões:** Conhecer quem são esses pacientes possibilita identificar características que podem fomentar a determinação do melhor tratamento, suporte profissional e elaboração de intervenções psicoeducativas que demonstraram ser necessárias a essa população. **Descritores:** Enfermagem psiquiátrica; Enfermagem em reabilitação; Pessoas mentalmente doentes; Hospitais psiquiátricos; Saúde mental.

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of persons with mental illnesses who have been discharged from psychiatric hospital care recently. **Methods:** Descriptive study conducted with a sample of 48 patients between December 17 2007 and April 17 2008. Data were collected through the economic and social questionnaire that gathers socio-demographic information including psychiatric hospitalizations and patient's knowledge of diagnosis and psychopharmacological treatment. **Results:** The mean age of the participants was 39 years. The majority were women (n = 39), had at least one previous hospitalization (62.5%), and did not know the diagnosis of their mental illness. Schizophrenia and/or Schizotypic Disorders were the most common types of mental illnesses (33.3%). Less than half of participants (43.8%) were able to verbalize the name and dosage of their medications correctly. **Conclusion:** Knowing those patients characteristics may be helpful in planning and implementing the best mental health treatment that includes professional support and effective psycho educational intervention.

Keywords: Psychiatric nursing; Rehabilitation nursing; Mentally ill persons; Hospitals, psychiatric; Mental health.

RESUMEN

Objetivo: Conocer quiénes son, hoy, las personas con trastornos mentales que obtuvieron el alta hospitalaria de internación psiquiátrica reciente, y cuáles son sus características comunes. **Métodos:** Investigación quantitativa descriptiva en el período: 17/12/2007 a 17/04/08, a través de cuestionario acerca de las variables sociodemográficas, internaciones anteriores y conocimiento de los pacientes en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico. **Resultados:** Fueron entrevistados 48 pacientes. El promedio de edad fue 39 años y 30 pacientes eran mujeres. Diagnósticos de Esquizofrenia y Trastornos Esquizoides prevalecieron en 33,3% de la muestra. No supieron decir cuál era su diagnóstico 56% de la muestra, y apenas 43,8% supieron decir correctamente nombres y dosis de los medicamentos. Tenían por lo menos una internación psiquiátrica anterior 62,5% de ellos. **Conclusiones:** Conocer quienes son esos pacientes possibilita identificar características que pueden ayudar a determinar el mejor tratamiento, el soporte profesional y la elaboración de intervenciones psicoeducativas que demuestran ser necesarias en esa población.

Descritores: Enfermería psiquiátrica; Enfermería en rehabilitación; Enfermos mentales; Hospitales psiquiátricos; Salud mental.

* Estudo desenvolvido junto a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo –USP- Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹ Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo –USP- Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo –USP- Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Há poucas décadas, a psiquiatria centrava o tratamento da loucura na contenção de comportamentos não aceitos socialmente, e utilizava a reclusão destes indivíduos como uma opção para afugentar o diferente e “proteger” a sociedade. Assim, a internação psiquiátrica teve por muito tempo a conotação menos terapêutica e mais “carcerária”. Na prática, a assistência à saúde mental baseava-se na intolerância social frente ao comportamento “diferente” dos doentes mentais, tendo sua finalidade terapêutica pouco explorada⁽¹⁻²⁾.

Após a mudança de paradigmas proposta no movimento que culminou na Reforma Psiquiátrica, ocorreu o desenvolvimento de novos e mais eficientes psicofármacos, além de programas multidisciplinares para melhorias na manutenção do tratamento. Esta assistência passou a valorizar a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais como forma de abordagem terapêutica⁽²⁾. A internação psiquiátrica, então, seria indicada apenas para os casos graves em que o atendimento em regime ambulatorial e extra-hospitalar não foi suficiente para conter as frequentes crises⁽³⁾.

Hoje, a assistência profissional em saúde mental é o reflexo de inúmeras discussões e mudanças que culminaram no processo de desinstitucionalização do cuidado aos doentes. No Brasil, os hospitais psiquiátricos, principais locais para esses tratamentos, têm deixado de constituir a base do sistema assistencial, cedendo terreno a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade⁽⁴⁻⁵⁾.

No entanto, por ser um procedimento importantíssimo na configuração da assistência e evolução das principais doenças psiquiátricas, a internação psiquiátrica continua sendo um recurso muito utilizado. Muitas vezes há situações clínicas em que a internação se faz prudente, podendo ser até mesmo imperativa, sobretudo para os mais graves⁽³⁾.

A internação psiquiátrica é atualmente indicada para casos graves quando foram esgotados os recursos extra-hospitalares para o tratamento ou manejo do problema, sendo proibida a internação de pessoas em instituições com características asilares. São considerados casos graves situações em que há presença de transtorno mental com, no mínimo, uma das seguintes condições: risco de auto-agressão, risco de heteroagressão, risco de agressão à ordem pública, risco de exposição social, incapacidade grave de autocuidados⁽³⁾. A finalidade centra-se, na estabilização do paciente, minimizando riscos, levantando necessidades psicossociais, ajustando o tratamento psicofarmacológico e a reinserção social do paciente em seu meio. Cabe ao médico realizar uma análise criteriosa e ética, caso a caso, para verificar quando a internação psiquiátrica é necessária.

Não há neste artigo a pretensão de simplificar ou polemizar a aplicabilidade da internação no tratamento das doenças mentais. Entendemos que a discussão quanto à sua aplicabilidade é complexa e esbarra, também, em sua representação social, cultural e econômica. Apesar disso,

quando fundamentadas em avaliações médicas criteriosas e suportadas por serviços qualificados, com profissionais especializados e comprometidos, as internações podem ser uma medida terapêutica importante no tratamento das doenças mentais.

O objetivo deste trabalho foi conhecer quem são, hoje, as pessoas com transtornos mentais que tiveram alta hospitalar de internação psiquiátrica recente, e quais suas características comuns.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, prospectivo, entre todos os usuários de um serviço ambulatorial de saúde mental que tiveram alta hospitalar de internação psiquiátrica recente. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado” da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - USP (Protocolo 254/CEP-CSE-FMRP-USP).

O local da pesquisa foi o Núcleo de Saúde Mental, unidade de atendimento ambulatorial vinculada ao Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado” da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo - USP - Brasil (CSE-FMRP-USP).

Foram incluídos todos os clientes deste serviço com alta de internação psiquiátrica no período de 17/12/2007 a 17/04/08, concordantes em participar desta pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na rotina do serviço, todos os clientes que passaram por internação psiquiátrica são atendidos em consulta médica, para restabelecimento do seguimento assistencial extra-hospitalar. Os sujeitos foram abordados na pós-consulta de enfermagem.

Para a coleta de dados utilizamos um questionário que contemplou as seguintes variáveis: sexo; idade; escolaridade; estado civil; número de filhos; situação atual quanto a trabalho; renda individual; com quem mora; condição de moradia; renda familiar; diagnóstico(os); conhecimento da doença; tempo de doença; internações anteriores(quantas), última internação (data, local, motivo, duração). A análise dos dados foi realizada através de medidas de tendência central, no programa SPSS- versão 10.0.

RESULTADOS

Num período de quatro meses 54 pessoas receberam alta de internação psiquiátrica hospitalar e foram atendidas no serviço. Isso representou média de 13 internações ao mês, isentos os casos em que o mesmo paciente necessitou de reinternação.

Seis pacientes foram excluídos do estudo: dois pacientes se recusaram participar; um foi transferido para outro serviço; uma teve a alta hospitalar suspensa e sua consulta foi adiada; dois faltaram à consulta e o cadastro desatualizado, no sistema de informação da rede pública de serviços, impossibilitou a

busca ativa desses. As características demográficas, sociais e econômicas dos 48 pacientes da amostra estão apresentadas na Tabela 1. Trinta pacientes eram do sexo feminino e dezoito do sexo masculino, a média de idade de 39 anos, com variação de 18 a 75 anos.

O estado civil destes sujeitos esteve equilibrado. Entre os pacientes da amostra 39,6% eram solteiros e 37,5% casados. Pacientes que já haviam sido casados ou amasiados e estavam na condição de separados ou divorciados representaram 16,7% da amostra e 6,3% eram viúvos.

Quanto ao número de filhos, 41,7% deles não tinham nenhum filho e 27,0% possuíam três filhos ou mais. Pacientes com um ou dois filhos somaram 31,3% da amostra sendo divididos em: sujeitos com apenas um filho (16,7%) e com dois filhos (14,6%).

Dezessete pacientes tinham como escolaridade o ensino fundamental incompleto (35,4%) e sete (14,6%) completo. Dez (20,8%) pacientes apresentavam o ensino médio completo e nove (18,8%) o incompleto. Apenas dois pacientes nunca puderam estudar e três conseguiram concluir o ensino superior. Destaca-se que a maioria dos pacientes (54,2%) teve apenas o primeiro grau de escolaridade ou menos.

Poucos pacientes relataram exercer alguma atividade laboral regular na época da pesquisa e 31,3% deles afirmaram estar desempregados ou nunca ter trabalhado. Quatro pacientes estavam afastados de seu trabalho em decorrência de sua doença psiquiátrica e 39,6% da amostra indicaram a aposentadoria como recurso de obtenção de renda.

Verificamos que 31,2% dos pacientes da amostra negaram ter alguma fonte de renda, 37,5% relataram um salário mínimo (R\$ 380,00, na época) e 18,8% dos pacientes relataram renda de dois salários mínimos. Observamos que entre os pacientes egressos de internação psiquiátrica recente, 87,5% referiram dois ou menos salários mínimos como renda pessoal. Apenas um paciente declarou renda de três salários mínimos e cinco declararam quatro salários ou mais.

A grande maioria dos pacientes (93,8%) informaram residir com familiares. Dois pacientes relataram residirem sozinhos e um deles moravam com amigos. Em 78,8% dos casos, os pacientes egressos de internação viviam em casas próprias. Do restante, 27,1% pagavam aluguel e um paciente refere morar em seu carro, sendo classificado como "morador de rua".

Em média, 3,5 pessoas coabitavam nessas residências. O número de pessoas que residiam nas casas variou de apenas uma para aqueles que relataram viver sozinhos a até oito pessoas para aqueles que vivem com suas famílias ou amigos. Destaca-se que 58,4% vivem onde três ou quatro pessoas coabitam, conforme apresentado na Tabela 1.

A renda familiar era de três salários mínimos ou mais para 72,9% dos pacientes. O paciente que afirmou ser morador de rua negou renda familiar e 12 pacientes relatam renda familiar mensal de dois salários mínimos.

Entre os sujeitos que tiveram apenas um diagnóstico registrado foram prevalentes os diagnósticos classificados no grupo da Esquizofrenia e Transtornos Esquizotípicos, em 33,3% da amostra. Nesse grupo, destacou-se o diagnóstico

de Esquizofrenia em dez sujeitos, o que corresponde a 20,8% da amostra, como mostra a Tabela 2.

Os Transtornos de Humor (afetivos) agruparam diagnósticos de 29,2% dos pacientes da amostra. Entre os 14 sujeitos classificados nesse grupo diagnóstico, houve destaque para o diagnóstico de Episódio depressivo moderado em seis pacientes (12,5%) e para o Transtorno afetivo bipolar em quatro pacientes (8,3%). Três pacientes tinham diagnóstico de transtorno de personalidade e um diagnóstico de Transtorno doloroso somatoforme persistente.

Entre todos os pacientes dessa amostra, 29,2% apresentaram comorbidade psiquiátrica. Verificamos que 12 tinham dois diagnósticos (25,0%) e dois tinham três diagnósticos (4,2%). Não houve pacientes com mais de três diagnósticos psiquiátricos registrados. Entre aqueles que tinham dois diagnósticos, se observa três casos em que um dos diagnósticos de doença mental esteve associado ao uso de drogas (substâncias psicoativas, álcool e múltiplas drogas). Em outros cinco casos houve a associação do diagnóstico de transtorno de personalidade a outros transtornos. Houve um diagnóstico de Personalidade com instabilidade emocional associado à Demência na doença do vírus HIV.

Apenas dois pacientes apresentavam registro de três diagnósticos. Em ambos os casos havia um diagnóstico ligado ao uso de drogas e um diagnóstico de esquizofrenia em associação com outro diagnóstico psiquiátrico (a citar: Transtorno afetivo bipolar e Personalidade com instabilidade emocional).

O tempo de doença diagnosticada foi verificado em anos completos. Esse tempo de doença variou de menos de um ano a 20 anos completos. Em média, o tempo de doença dos egressos foi de 4,4 anos e 50% deles tinham cerca de 3,5 anos de doença psiquiátrica diagnosticada. Observamos que 41,6% dos pacientes egressos de internação tinham menos de um ano de doença, 20,8% tinham de um a cinco anos, 29,2% tinham de seis a dez anos e 8,4% deles tinham de 11 a 20 anos de doença diagnosticada.

O conhecimento dos pacientes sobre o nome da doença mental que os acometia, e que por ela estavam em seguimento no serviço de saúde mental, não era conhecido por 56% dos egressos. Assim, apenas 21 pacientes souberam dizer o nome da doença mental que lhe fora diagnosticada.

Em relação ao conhecimento dos egressos de internação quanto ao tratamento psicofarmacológico a eles prescrito a maioria deles não sabia ou sabia parcialmente o nome e prescrição de todos os remédios a eles prescritos, conforme apresentado na Tabela 3.

Entre esses pacientes apenas 43,8% souberam dizer corretamente nomes e dosagens dos medicamentos que estavam utilizando e 25% deles não souberam dizer o nome de nenhum medicamento que estavam utilizando em seu tratamento.

Embora não soubessem ou soubessem parcialmente dizer o nome dos medicamentos prescritos, quando questionados acerca da importância da manutenção do tratamento psicofarmacológico, 81,2% dos pacientes consideraram que

Tabela 1 - Características sócio-demográficas dos pacientes egressos de internação psiquiátrica recente. Ribeirão Preto, 2008.

Características	nº (%)
Idade (anos completos)	
Média de idade 39 anos	
Pacientes com 34 anos ou mais	24(50,0)
Variação: 18-75	
Sexo	
Masculino	18(37,5)
Feminino	30(62,5)
Estado civil	
Solteiro (a)	19(39,6)
Casado/Amasiado (a)	18(37,5)
Divorciado/Separado (a)	8(16,7)
Viúvo (a)	3(6,3)
Filhos	
Nenhum	20(41,7)
Um	8(16,7)
Dois	7(14,6)
Três ou mais	13(27,0)
Escolaridade	
Analfabeto	2(4,2)
Ensino Fundamental incompleto	17(35,4)
Ensino Fundamental completo	7(14,6)
Ensino Médio incompleto	9(18,8)
Ensino Médio completo	10(20,8)
Terceiro grau completo	3(6,3)
Ocupação	
Nunca Trabalhou	3(6,3)
Desempregado	12(25,0)
Faz trabalhos eventuais "bicos"	3(6,3)
Trabalho regular informal	2(4,2)
Trabalho regular registrado	5(10,4)
Afastado	4(8,3)
Aposentado	19(39,6)
Renda pessoal (paciente)*	
Não tem	15(31,2)
Um salário mínimo	18(37,5)
Dois salários	9(18,8)
Três salários	1(2,1)
Quatro ou mais salários mínimos	5(10,4)
Com quem reside	
Mora sozinho	2(4,2)
Reside com familiares	45(93,8)
Reside com amigos	1(2,1)
Condição de Moradia	
Própria	34(70,8)
Alugada	13(27,1)
Outra (morador de rua)	1(2,1)
Número de pessoas na casa	
Até duas	12(25,2)
Três ou quatro	28(58,4)
Cinco ou seis	4(8,2)
Sete ou oito	4(8,2)
Renda familiar*	
Não tem	1(2,1)
Dois salários	12(25,0)
Três salários	21(43,7)
Quatro ou mais salários mínimos	14(29,2)

*Um salário mínimo, corresponde a R\$ 380,00. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

o tratamento através de medicamentos é importante.

A internação psiquiátrica

Entre os egressos de internação psiquiátrica observamos

que 62,5% já tinham sido internados ao menos uma vez, antes da internação mais recente, a quantidade de internações anteriores variou de uma a 13. A internação recente foi a primeira internação psiquiátrica de suas vidas para 37,5%

Tabela 2 - Distribuição dos diagnósticos principais e comorbidade entre pacientes egressos de internação psiquiátrica recente. Ribeirão Preto, 2008.

Descrição dos diagnósticos	nº (%)
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	16 (33,3)
F20.0 - Esquizofrenia	10(20,8)
F20.9 - Esquizofrenia não especificada	1(2,1)
F23.1 - Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos	1(2,1)
F23.9 - Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado	1(2,1)
F25.0 - Transtornos esquizoafetivos	3(6,3)
Transtornos de humor (afetivos)	14(29,2)
F31.0 - Transtorno Afetivo Bipolar	4(8,3)
F31.1 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos	1(2,1)
F31.6 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto	1(2,1)
F32.1 - Episódio depressivo moderado	6(12,5)
F32.2 - Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	1(2,1)
F33.1 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	1(2,1)
Transtornos neuróticos, relacionados a stress e transtornos somatoformes	1(2,1)
F45.4 - Transtorno doloroso somatoforme persistente	1(2,1)
Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	3(6,3)
F60.3 - Personalidade com instabilidade emocional	3(6,3)
Pacientes com dois diagnósticos	12(25,0)
F02.4 e F60.3 - Demência na doença do vírus da imunodeficiência humana [HIV] + Personalidade com instabilidade emocional	1(2,1)
F10.2 e F32.1- Síndrome de dependência (substância psicoativa) + Episódio depressivo moderado	1(2,1)
F10.7 e F25.9 - Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia (álcool) + Transtorno esquizoafetivo não especificado	1(2,1)
F19.2 e F20.0 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas + Esquizofrenia	1(2,1)
F60.3 e F21.0 - Personalidade com instabilidade emocional + Transtorno esquizotípico	1(2,1)
F60.3 e F 31.5 - Personalidade com instabilidade emocional + Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos	1(2,1)
F60.3 e F32.0 - Personalidade com instabilidade emocional + Episódio depressivo leve	1(2,1)
F60.9 + F 41.0 E - Transtorno não especificado da personalidade + Ansiedade generalizada	1(2,1)
F60.3 e Z915 Personalidade com instabilidade emocional + História pessoal de auto-agressão.	1(2,1)
F20.0 e F32.1 - Esquizofrenia + Episódio depressivo moderado	1(2,1)
F20.1 e F71 - Esquizofrenia hebefrênica + Retardo mental moderado	1(2,1)
F32.0 e 50.1 - Episódio depressivo leve + Anorexia nervosa atípica	1(2,1)
Pacientes com três diagnósticos	2(4,2)
F10.2 e F20.0 e F31.0 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência + Esquizofrenia + Transtorno Afetivo Bipolar	1(2,1)
F19.2 e F31.2 e F60.3 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas + Esquizofrenia + Personalidade com instabilidade emocional	1(2,1)
TOTAL	48(100,0)

dos pacientes da amostra. Entre os egressos, cinco já haviam sido internados dez vezes antes da internação recente e nove já tinham sido internados uma vez. A média de internação foi de 3,1.

As informações acerca dos comportamentos que motivaram a internação recente foram coletadas através da guia de referência dos pacientes preenchida, na ocasião da alta hospitalar, as quais são entregues no serviço de saúde mental na ocasião da consulta médica. Estes comportamentos estão descritos na Tabela 4.

O auto risco para própria vida e saúde ou de outros embasou a indicação da maior parte das internações observadas neste estudo. Observou-se que a ideação suicida, com ou sem tentativa de suicídio, ocasionou a internação de

35,4% dos sujeitos da amostra. A manifestação de sintomas psicóticos motivou a internação de 29,1% dos egressos e comportamentos agressivos ocasionaram a internação de outros 25%. Um paciente foi internado por ter apresentado acatisia, efeito adverso pelo uso de um medicamento antipsicótico (Haloperidol).

Em decorrência do uso de bebida alcoólica um paciente teve grande alteração de humor que resultou em sua internação por comportamento agressivo. Houve uma internação por comportamento hipersexualizado. Em média, estes pacientes permaneceram internados 27 dias. O menor período de internação foi de dois dias e a internação de maior duração foi de 160 dias. Apenas oito pacientes afirmaram ter procurado um serviço emergencial de saúde no mês que

Tabela 3- Conhecimento dos pacientes egressos de internação psiquiátrica recente acerca do tratamento psicofarmacológico prescrito. Ribeirão Preto, 2008.

Conhecimento quanto à prescrição	nº (%)
Nenhum	12(25,0)
Parcial	15(31,2)
Total	21(43,8)
TOTAL	48(100,0)

Tabela 4 - Comportamentos que determinaram a necessidade de internação dos pacientes egressos de internação psiquiátrica recente. Ribeirão Preto, 2008.

Motivos de internação registrados guia referência	nº (%)
Acatisia (efeito colateral medicação)	1(2,1)
Uso ou abuso de álcool e comportamento agressivo	1(2,1)
Agressividade, irritabilidade, agitação psicomotora	12(25,0)
Ideação suicida ou tentativa de suicídio	17(35,4)
Delírios somatoformes resistentes	2(4,2)
Sintomas psicóticos (delírios, alucinações, mania).	1429,1)
Hipersexualidade	1(2,1)
Total	48(100,0)

antecedente a internação mais recente.

Reinternação psiquiátrica

Dos 48 sujeitos entrevistados em quatro meses, seis (12,5%) tiveram reinternação no período de coleta dos dados, sendo quatro homens e duas mulheres. A média de idade desses pacientes foi 32 anos, 50,0% deles eram solteiros e não possuíam filhos, eram aposentados. O baixo grau de escolaridade foi característico em 66,7% dos pacientes reinternados. Apenas um possuía vínculo empregatício e estava afastado do emprego. A renda individual foi de um salário mínimo em 50% dos casos. Cinco residiam com familiares em casa própria. Um era morador de rua e afirmava residir em seu carro. A renda familiar não ultrapassou dois salários mínimos.

Nenhum deles sabia dizer o nome de sua doença. Em média os pacientes que reinternaram tinham 8,3 anos de doença diagnosticada. Três pacientes tinham o diagnóstico de Esquizofrenia, um paciente diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, um deles tinha dois diagnósticos (Personalidade com instabilidade emocional e Episódio depressivo leve) e um deles tinha três diagnósticos (Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de álcool - Síndrome de Dependência junto à Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar). Nenhum dos pacientes que tiveram reinternação sabia dizer o nome de todos os medicamentos que utilizavam em enquanto estavam em tratamento.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que os egressos de internação psiquiátrica nessa amostra são, em sua maioria, mulheres (62,5%), residem com familiares (93,8%), com casa própria (70,8%), onde coabitam três ou quatro pessoas (58,4%). A renda individual não ultrapassou um salário mínimo (de 380,00 reais) para 66,7% dos pacientes, observando que 54,2%

possuem até o primeiro grau completo de escolaridade e apenas 14,6 deles exercem algum tipo de trabalho regularmente. Esses achados são semelhantes a outros estudos realizados com pacientes assistidos por serviços de atendimento comunitário⁽⁶⁻⁹⁾. Nesses e em outros trabalhos verifica-se que a baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico afetam a vida de muitos pacientes psiquiátricos.

Sabe-se que entre as dez principais condições de saúde, físicas e mentais, que provocam incapacidade, cinco são relacionadas a transtornos mentais, destacando: depressão, alcoolismo, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e distúrbio obsessivo compulsivo⁽¹⁰⁾. Verificou-se, na presente pesquisa, que esses transtornos estiveram presentes na amostra sendo prevalentes os diagnósticos classificados no grupo da Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos, transtornos delirantes e no grupo dos Transtornos de Humor (F20-F29; F31 a 33 do Cid 10), dados que remetem à amostra de diversos trabalhos na área⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Tratam-se de doenças severas, muitas vezes com manifestações de sintomas que limitam a atividade laboral, social e de lazer dos doentes. Além disso, desencadeiam, também, a discriminação e estigmatização⁽¹²⁻¹³⁾. Considerando esse aspecto, a baixa escolaridade e nível socioeconômico podem estar relacionados à severidade dos sintomas manifestados nessas doenças. A constante manifestação dos sintomas e os efeitos adversos do tratamento medicamentoso dificultam as relações do doente mental com sua família e meio social⁽¹⁴⁾.

Neste estudo a ocorrência de efeitos adversos foi tão severa em um paciente que chegou a ser motivo para mais uma internação.

Considerado tamanho prejuízo, verifica-se a necessidade de uma adequada manutenção do tratamento dos pacientes não hospitalizados que são assistidos pelos serviços de atendimento comunitário. Com isso, a prevenção de recaídas

pode minimizar danos e favorecer as relações sociais dos pacientes, o que torna a atuação dos serviços, enfermeiros e demais profissionais de saúde imprescindíveis nesse cotidiano.

A comorbidade psiquiátrica esteve presente em 29,2% da amostra. Entre os pacientes que tinham dois diagnósticos, em três casos um dos diagnósticos de doença mental esteve associado ao uso de drogas (substâncias psicoativas, álcool e múltiplas drogas). Entre os dois pacientes que tinham registro de três diagnósticos, um diagnóstico era ligado ao uso de drogas. Sabe-se que a adicção as drogas muitas vezes está ligada a manifestação de doenças mentais e é atualmente um problema de saúde pública⁽¹⁵⁾.

Os pacientes egressos de internação apresentaram baixo conhecimento quanto ao nome de sua doença mental e seu tratamento psicofarmacológico. Apesar de grande parte da amostra ter apresentado diagnóstico e tratamento recente (menos de um ano), 56% não souberam dizer o nome da doença mental que os acometia e que por ela estavam em seguimento no serviço de saúde mental e 56,2% não sabiam ou sabiam parcialmente sobre os medicamentos a eles prescritos.

Embora não soubessem ou soubessem parcialmente dizer o nome dos medicamentos prescritos, quando questionados acerca da importância da manutenção do tratamento psicofarmacológico, 81,2% dos pacientes consideraram que o tratamento através de medicamentos é importante. Tais opiniões pouco coerentes parecem refletir o que é observado na prática.

Apesar de absorverem as orientações dos profissionais de saúde quanto à importância do tratamento psicofarmacológico, observa-se que, em geral, a não adesão atinge cerca de 50% dos pacientes⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Entre pacientes tratados com antipsicóticos convencionais, 40% param de tomar sua medicação no primeiro ano de tratamento e 75 % param de tomar esta medicação dentro de dois anos⁽¹⁸⁾.

O tratamento é um elemento fundamental na vida dos pacientes. Para eles que vivem este processo de internação e reinternação, as demais atividades da vida cotidiana organizam-se em torno das possibilidades de tratamento, afinal, o fato de estar internado ou não, muda completamente o cotidiano desta população. A internação não representa apenas uma forma de tratamento para o paciente, pois os familiares relatam a dificuldade em conviver com a desordem da loucura e consideram a internação um momento em que podem descansar e viver com tranquilidade⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos, no decorrer deste estudo, aprofundar nosso conhecimento sobre aqueles que utilizam a rede pública de serviços em saúde mental vigente e necessitaram de internação psiquiátrica durante seu tratamento. Tal conhecimento visa entre outras coisas, gerar reflexão e subsídios que colaborem na dinâmica entre o saber e o fazer em saúde mental. O comprometimento profissional com o saber em sua relação com a prática é uma importante fonte de evolução.

As inovações geradas pela mudança de paradigmas na assistência psiquiátrica demandam mais estudos e adaptações para profissionais e serviços de saúde que atendam às demandas desta clientela. Com internações psiquiátricas criteriosas e períodos mais curtos de institucionalização, pacientes e familiares se tornaram cada vez mais os principais provedores de cuidados em saúde mental. Nesse contexto, a cronicidade dos transtornos mentais leva estas pessoas a conviverem com o processo de internação-reinternação, e suas atividades cotidianas se organizam em torno das possibilidades de tratamento do transtorno mental.

Para tanto, conhecer quem são os egressos de internação psiquiátrica, hoje, possibilita identificar características que podem fomentar a determinação do melhor tratamento e suporte profissional aos pacientes e seus cuidadores. O baixo conhecimento dos pacientes quanto a seus diagnósticos e tratamento psicofarmacológico aponta a necessidade de intervenções psicoeducativas para maior compreensão da doença mental e suas implicações. Intervenções de manutenção do tratamento, educação, ventilação e alívio de crises podem buscar atender à demanda de cuidado dessas pessoas, não se restringindo a apenas garantir adesão ao tratamento psicofarmacológico, mas também visando identificar e minimizar riscos, trabalhar carências e conflitos sociais, emocionais e financeiros gerados pela manifestação crônica da doença mental.

Pesquisas e intervenções acerca das necessidades dos pacientes egressos de internação e de seus cuidadores são importantes para uma atuação sistematizada dos profissionais inseridos em serviços de saúde mental. Os egressos pesquisados neste estudo representam a população assistida por um serviço público de saúde, porém estudos a longo prazo serão realizados para que a internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento desses pacientes possam ser considerados em profundidade.

REFERÊNCIAS

- Rodrigues LR. Só quem sabe da doença dele é Deus: o significado da doença mental no contexto cultural [dissertação] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental: 1990-2002. 3a ed. rev. atual. Brasília: Ministério da saúde; 2002.
- Dalgalarrondo P, Botega NJ, Banzato CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. Rev Saúde Pública. 2003;37(5):629-34.

5. Oliveira AGB, Alessi NP. Mental health nursing work: contradictions and current potentialities. *Rev. Latinoam Enferm.* 2003;11(3):333-40.
6. Gomes MPC, Couto MCV, Pepe VLE, Almeida LM, Delgado PGG, Coutinho ESF. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no Estado do Rio de Janeiro: dados preliminares. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(6):1803-7.
7. Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin.* 1999;26(5):246-56.
8. Carvalho RJL. Utilização de recursos e custos diretos da esquizofrenia para o setor público do Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2000.
9. Bechelli LPC. Impacto e evolução do emprego dos neuropépticos no tratamento da esquizofrenia. *J Bras Psiquiatr.* 2000;49(5):131-47.
10. Josef F, Silva JAR. Doença mental e comportamento violento: novas evidências da pesquisa. *J Bras Psiquiatr.* 2003;52(2):127-35.
11. Newstead L, Kelly M. Early intervention in psychosis: who wins, who loses, who pays the price? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003;10(1):83-8.
12. Brasil. Leis. Decretos. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.* 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 243-51.
13. van Meijel B, van der Gaag M, Kahn RS, Grypdonck M. The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 1. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002;9(3):347-55.
14. Medeiros ARC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa-PB. [dissertação]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba; 2006.
15. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(4):343-54.
16. Davis NJ, Billett HH, Cohen HW, Arnsten JH. Impact of adherence, knowledge, and quality of life on anticoagulation control. *Ann Pharmacother.* 2005;39(4):632-6.
17. Garcia RAC. Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2003.
18. Piñero F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria.* 1997;19(7):372-6.