

Fernando Venturini

**JUDICIALIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA DE LONGA
PERMANÊNCIA NA BAIXADA SANTISTA: PERFIL E CUSTOS**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação
da Universidade Metropolitana de Santos –
UNIMES, para obtenção do título Mestre
Profissional em Saúde e Meio Ambiente.

SANTOS

2017

Fernando Venturini

**JUDICIALIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA DE LONGA
PERMANÊNCIA NA BAIXADA SANTISTA: PERFIL E CUSTOS**

Dissertação apresentada à Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES, para obtenção do título Mestre Profissional em Saúde e Meio Ambiente.

Departamento:

Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde e Meio Ambiente

Orientadora:

Profa. Dra. Yara Dadalti Fragoso

Coorientadora:

Profa. Dra. Paula Andrea de Santis Bastos

Alunos Graduação:

Jeshuah Milanez e Filipe Benetti Rocha

SANTOS

2017

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

Ficha Catalográfica

V580j Venturini, Fernando

Judicialização da internação psiquiátrica de longa permanência na Baixada Santista: perfil e custos. / Fernando Venturini. – Santos, 2017. 61f.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente) – Universidade Metropolitana de Santos, Santos, 2017.
Orientação Profa. Dra. Yara Dadalti Fragoso.

Título em inglês: Judicialization of long-stay psychiatric hospitalization in Santos: profile and costs.

1. Saúde Mental. 2. Saúde Pública. 3. Unidade Hospitalar de Psiquiatria. 4. Internação Compulsória de Doente Mental. 5. Custos e Análises de Custos.

I. Título.

CDD 616.89

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

Chefe do departamento do curso de pós-graduação *Strictu Sensu* :

Profa. Dra. Sandra Kalil Bussadori

Coordenador do curso de pós-graduação *Strictu Sensu* em Saúde e Meio Ambiente:

Prof. Dr. Délcio Matos

Fernando Venturini

**JUDICIALIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE LONGA
PERMANÊNCIA NA BAIXADA SANTISTA: PERFIL E CUSTOS**

Presidente da Banca

Prof. Dr. _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Prof. Dr. _____

Prof. Dr. _____

Dedicatória

Essa jornada não seria possível se não tivesse o porto seguro da minha família e da minha esposa Camilla Bório, que acredita e me incentiva para novos desafios a todo momento, fazendo com que a minha vida seja leve e cheia de descobertas.

Meu muito obrigado.

Agradecimentos

Agradeço à Profa. Dra. Yara Dadalti Fragoso e à Profa. Dra. Paula Andrea de Santis Bastos pela orientação e paciência, que com muita elegância mostraram-me os caminhos a percorrer.

Ao Dr. Sidney Costa Gaspar sempre no apoio e respaldo em momentos delicados do dia a dia.

À Gleice Giroto diretora do Polo de Atenção Intensiva de Saúde Mental (PAI) pela disponibilidade e ajuda, abrindo as portas para que o trabalho fosse realizado.

A equipe do PAI, em especial, a Alexandra Menocci Stuginski, Petrônio Lourenço Monteiro Junior e Gustavo Barbosa pela ajuda com planilhas, números e finanças, algo essencial e distante da minha prática diária.

A amiga de trilhas, Daniela Fagiani Dias que mesmo caminhando por terras distantes colaborou para este trabalho.

Ao amigo Bruno Reis pela prontidão na ajuda.

Ao Sr. Eder Rodrigues, amigo, que a muito caminha ao meu lado.

A Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins pela disposição e significância ($p < 000000000\infty$) que fez e refez as análises, sendo fundamental para essa conquista.

Ao amigo e professor Eduardo Calmon de Moura que compartilhou o seu saber por longas noites de discussão.

Aos pacientes pelo aprendizado.

À UNIMES pela oportunidade.

SUMÁRIO

Dedicatória	v
Lista de figuras	ix
Lista de quadros	x
Lista de tabelas	xi
Lista de abreviaturas	xii
Resumo	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivo.....	7
2 MÉTODOS	8
2.1 Estudo e amostragem	8
2.2 Procedimento.....	10
2.3 Análises estatísticas	13
3 RESULTADOS	15
3.1 Caracterização da amostra	15
3.2 Comparação entre os grupos ordem judicial e demais justificativas	26
4 DISCUSSÃO	29
5 CONCLUSÃO	32
6 PROPOSTA PROFISSIONAL	33
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
8 ANEXOS.....	36
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa.....	36
Anexo 2 – Solicitação de isenção do TCLE	37
Anexo 3 – Carta de Aceitação Institucional.....	38
Anexo 4 – Modelo de folha de internação	39
Anexo 5 – Termo de Internação Involuntária	40
Anexo 6 – Termo de internação voluntária.....	42

Anexo 7 – Modelo de planilha usada no serviço do Pai.....	44
Anexo 8 – Modelo de planilha usada no serviço do PAI	45
Abstract	
Bibliografia Consultada	

Lista de figuras

Figura 1. Mapa da Região Metropolitana da Baixada Santista.	8
Figura 2 Comparação das internações de longa permanência por município em números absolutos e por 100.000 hab., em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	17
Figura 3. Ocorrência por faixa de diagnóstico na amostra em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	19
Figura 4. Ocorrência de diagnósticos por município na amostra em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	20
Figura 5. Frequência das justificativas de longa permanência em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	21
Figura 6. Distribuição por gênero. Comparação entre o grupo ordem judicial e o grupo demais justificativas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016	26
Figura 7. Disposição percentual dos municípios nos grupos ordem judicial e demais justificativas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	27
Figura 8. Distribuição dos diagnósticos por grupos ordem judicial e demais justificativas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	28

Lista de quadros

Quadro 1 Censo Demográfico por município da Região Metropolitana da Baixada Santista. Santos, 2016.	9
Quadro 2 Lista de serviços extra hospitalares por município da Região Metropolitana da Baixada Santista, 2015.	10

Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição etária das internações por município em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	15
Tabela 2. Distribuição por município das ocorrências de internações de longa permanência em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	16
Tabela 3. Média, mediana e DP da permanência por município de procedências nas internações de longa permanência em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	18
Tabela 4. Diferenças significativas dentre os municípios de procedências e a média de permanência das internações prolongadas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	18
Tabela 5. Distribuição por cada município das justificativas de permanências em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	22
Tabela 6. Distribuição dos diagnósticos por justificativas de permanência em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	23
Tabela 7. Representação do tempo de permanência por justificativas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	24
Tabela 8. Diferença de custos entre os grupos ordem judicial e demais justificativas de longa permanência em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	25
Tabela 9. Apresentação de custos médio do serviço (30 leitos) em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	25
Tabela 10. Comparação de média de tempo de permanência e custo dos grupos, ordem judicial e demais justificativas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.	28

Lista de abreviaturas

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS INF	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID10	Classificação Internacional de Doenças 10º edição
DP	Desvio Padrão
DRS-IV	Departamento Regional de Saúde-Baixada Santista
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI	Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
UIPHG	Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral

Resumo

VENTURINI, F. **Judicialização da internação psiquiátrica de longa permanência na baixada santista: perfil e custos** 2017. 61f. Dissertação Mestrado Profissional – Saúde e Meio Ambiente, Universidade Metropolitana de Santos, Santos, 2017.

Objetivo: A internação psiquiátrica é indicada quando esgotados os recursos extra-hospitalares. Ocorre segundo a Lei nº 10.216/01 de três formas: voluntária, involuntária e a compulsória (ordem judicial). Este trabalho visa identificar, dentre as internações com permanência maior que 20 dias, quais os motivos que justificaram, em média, o maior tempo de hospitalização e os custos decorrentes no Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental no município de Santos, São Paulo, Brasil. **Método:** Realização de um estudo de coorte histórico com análise descritiva de dados secundários de planilha elaborada pela equipe do hospital. A amostra contou com 533 internações com estadia superior a 20 dias no período de julho de 2013 a junho de 2016. Como fator de exclusão considerou-se o tempo de permanência menor que 21 dias e as internações com dados incompletos. Os dados disponíveis eram: sociodemográficos, clínicos e justificativas da longa permanência, dentre elas a ordem judicial. Foi solicitado à direção do serviço os valores do custo paciente-dia para dimensionar os gastos. Com a intenção de verificar o impacto da ordem judicial na longa permanência e nos custos fez-se dois grupos: um com ordem judicial e outro com as demais justificativas agrupadas. **Resultados:** Foram consideradas 527 internações. Houve predomínio masculino (63,6%) e a média de idade foi de 35,5 anos. Já nas internações por ordem judicial, os pacientes ficaram em média 141,8 dias na enfermaria. Na comparação entre os grupos, a ordem judicial apresentou uma média de permanência de 108,2 dias a mais que as demais justificativas agrupadas ($p < 0,001$), impactando em um gasto maior de R\$ 68.657,23, em média, por internação. **Conclusão:** Na amostra de internações com mais de 20 dias de permanência, a ordem judicial implicou em quatro vezes mais dias de hospitalização, direcionando assim os gastos na mesma proporção, quando comparada em média com as demais justificativas de permanência.

Descritores: 1. Saúde Mental. 2. Saúde Pública. 3. Unidade Hospitalar de Psiquiatria. 4. Internação Compulsória de Doente Mental. 5. Custo e Análise de Custo.

1 INTRODUÇÃO

A internação hospitalar para doentes mentais é, atualmente, preconizada quando os recursos da comunidade não dão conta das demandas que se impõem frente a uma emergência psiquiátrica, ou seja, esgotados os recursos extra-hospitalares opta-se pela internação do paciente que se encontra em crise. Neste caso, do enclausuramento descrito por Foucault em *História da loucura* ⁽¹⁾ até a proposta de tratamento dos dias atuais a internação psiquiátrica foi e é tema de discussão. Conseqüentemente, o tempo que o paciente permanece internado torna-se indicador de qualidade na Saúde Mental ⁽²⁾.

No Brasil, o primeiro “filtro” técnico de avaliação para internação de um paciente psiquiátrico está ligado ao Instituto de Psicopatologia, do Pavilhão de Observação do Hospício Pedro II. Com inspiração francesa, o primeiro hospício brasileiro foi criado em 1841, no Rio de Janeiro, por decreto imperial e inaugurado em 1852 com o nome de Hospício Pedro II. Após 41 anos da inauguração, no ano de 1893, criou-se o Pavilhão de Observação, sob o comando do professor Teixeira Brandão, local de ensino dos alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Nesse espaço havia uma avaliação prévia dos pacientes, com suspeita de alienação mental, que eram encaminhados pelas autoridades públicas para serem internados. Os doentes eram examinados por até 15 dias e então decidia-se sobre a sequência do seu tratamento ⁽³⁾.

Contudo, o primeiro registro de emergência psiquiátrica que se tem notícia no Brasil data de 1955, no Rio de Janeiro, no Pronto Socorro do Instituto de Psiquiatria do Centro Psiquiátrico Nacional, na gestão de Jurandir Manfredini, no serviço Nacional de Doenças Mentais ⁽⁴⁾. Até então a emergência psiquiátrica era considerada “coisa de polícia”, e os pacientes ficavam em celas com presos comuns. Após nove anos, o primeiro serviço de emergência psiquiátrica foi inaugurado, também no Rio de Janeiro, sendo portanto, o segundo pronto socorro, e estava atrelado ao Hospital Pínel ⁽⁴⁾. Seguindo o modelo pré-estabelecido, médico-legal, os atendimentos eram respostas às chamadas policiais e dos prontos-socorros gerais. Ficavam, os pacientes, em observação por 72h caso não houvesse melhora dos sintomas eram encaminhados para o Pínel ou outro hospital psiquiátrico público ou privado de acordo com as possibilidades

da família. Tal perfil só começou a mudar na década de 70 sob influência da psiquiatria comunitária norte-americana, e com as propostas da Reforma Psiquiátrica (RP).

A Reforma Psiquiátrica

Após a Segunda Guerra Mundial, numa tentativa de tornar o atendimento mais humanizado, a Europa e os Estados Unidos passaram a reavaliar seus cuidados ao doente mental. Assim, começaram a repensar o modelo de assistência que até então era asilar. Junto com essa vontade de criar uma sociedade mais livre, igualitária e, solidária, veio como elemento propulsor da Reforma Psiquiátrica a descoberta dos medicamentos psicotrópicos (neurolépticos) e a adoção da saúde pública e psicanálise nas instituições de psiquiatria na França ⁽⁵⁾.

Em linhas gerais, a Reforma Psiquiátrica se desenrolou de formas diferentes nos diversos países, de acordo com seu sistema sanitário e suas políticas sociais, mas quando se fala em atendimento comunitário esse exige um sistema de saúde universal, equitativo, descentralizado e participativo. Além disso, exige-se a integração dos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), indo da prevenção à reabilitação, com financiamento fundamentalmente público, buscando ainda o atendimento não só do doente mas da população. Com isso, ficam no passado os manicômios, os leprosários e, os asilos como nos apresenta Manuel Desviat em *A reforma psiquiátrica*.⁽⁵⁾

Ademais, outro ponto crucial é qual alternativa se propõe ao modelo vigente (manicomial) e nesse sentido ou fecham-se os manicômios, como fez a Itália ou transformam-no numa instituição terapêutica, abordagem adotada pela França e Grã-Bretanha. De toda a sorte e independente do país, três conceitos são fundamentais, e que cada experiência desenvolve a seu modo, são eles: 1) Divisão em zonas; 2) Continuidade do atendimento e 3) Integração dos três níveis de atenção ⁽⁵⁾.

Nessa direção, os primeiros movimentos da reforma ocorreram na Europa (França/Grã-Bretanha), EUA e Canadá, e em um segundo momento, Espanha e Brasil. A todos foi necessário um clima social que permitiu, e, outras vezes, exigiu a conscientização e a denúncia manicomial, acompanhado de uma legitimação administrativa ⁽⁵⁾.

Na França, em 1940, em plena ocupação alemã, inicia-se com Tosquelles a adoção da psicanálise nas instituições, seria esta, a psicoterapia institucional, o fundamento teórico da política de setor francesa. A ideia era que toda a instituição estava doente, pacientes e trabalhadores, portanto a terapia devia dar conta de tratar o todo ⁽⁵⁾.

Por sua vez, na Grã-Bretanha, em 1943, também em meio a guerra e sob comando de Churchill, formulou-se a Lei de criação do Serviço Nacional de Saúde, a qual foi promulgada em 1948. Neste período conturbado, a Comunidade Terapêutica, base da Reforma Inglesa, proporcionou um meio de organizar as atividades nas instituições. O objetivo era atender os doentes mentais localmente, e para que os tratamentos se realizassem em hospitais gerais e hospitais-dia. Em 1959, entra em vigor o Mental Health Act determinando que os doentes mentais fossem tratados do mesmo modo que os demais pacientes. Em 1976, o Sistema Nacional de Saúde propôs a necessidade de garantir e de estudar alojamentos protegidos para doentes mentais.⁽⁵⁾ Pensava-se na articulação junto a atenção básica, médico de família para o acompanhamento do doente mental.

A Reforma Psiquiátrica Italiana baseava-se na demolição Basagliana do aparato manicomial. Em 1961, Franco Basaglia é empossado diretor do hospital psiquiátrico de Gorizia, transformando-o num primeiro momento em Comunidade Terapêutica. Mas ao identificar as limitações no modelo, propôs a volta do doente mental a comunidade, iniciando o processo de desarticulação do manicômio. Dessa forma, a condenação do manicômio veio com a Lei nº180, de maio 1978, que decretou sua extinção ⁽⁵⁾, assim essa lei determinava que a partir desse ano não se internava mais em hospitais psiquiátricos. Aboliu-se o estatuto de periculosidade social do doente mental. Houve em Trieste a proposta socio sanitária dos centros de atendimento a saúde mental, que funcionariam 24h por dia e seriam responsáveis pelo atendimento médico ambulatorial, hospitalização breve, hospital dia, hospital noite, alimentação e serviço social. Dessa maneira, fecha-se o manicômio e propõe-se alternativas substitutivas na comunidade para tratar o doente mental.

Nos Estados Unidos, a saúde pública é marcada por ausência de política de saúde pública, atraso de introdução da previdência social, e os seguros privados comandam à saúde ⁽⁵⁾. A Saúde Mental americana era assinalada pela presença dos grandes manicômios. A desinstitucionalização feita, sofreu grandes críticas no que diz respeito a

um descompasso entre a abertura das portas da instituição e a falta de um aparato adequado para respaldar o paciente na comunidade. Dessa modo, criou-se uma situação na qual os doentes mentais vagavam pelas ruas sem ter acolhimento, sem teto ⁽⁵⁾. Uma prática mais próxima a comunidade em detrimento a internação viabilizou a denominada Psiquiatria Preventiva, que surge como resposta às críticas da assistência psiquiátrica e as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos ⁽⁴⁾. Além disso, os EUA estavam envolvidos na Guerra do Vietnã, e era crescente o uso de drogas pelos jovens, surgimento de Gangs de jovens desviantes, enfim, conturbação social, política, econômica e cultural ⁽⁶⁾. O ápice destas críticas resultou no decreto do Presidente Kennedy, em fevereiro de 1963, o denominado “Community Mental Health Center Act”, que sob influência das ideias da psiquiatria francesa e da socioterapia inglesa, propunha, baseado nos conceitos preventivistas do professor Gerald Caplan, a redução da doença mental na comunidade.

Com base na Declaração de Caracas (1990), inicia-se um projeto de Reforma Psiquiátrica nos países da América Latina e Caribe. Por sua vez no Brasil, num clima de redemocratização, liberdade, denúncias de maus-tratos e desrespeitos frente ao doente mental, deu-se início à reforma psiquiátrica que seguia os modelos já preconizados de desinstitucionalização, atendimento extra-hospitalar, territorialização e reinserção do paciente na comunidade.

Na década de 80, com a crise política e econômica do governo militar, foi possível a reorganização da sociedade civil, na luta por mudanças no contexto em nível nacional. Dessa forma, o Brasil buscava agora nas propostas italianas de Franco Basaglia uma sustentação para sua reforma. Este propunha a desconstrução do aparato manicomial. O que se almejava era uma substituição do modelo hegemônico — hospitalocêntrico — com práticas extra-hospitalares. O município de Santos, de forma inédita no Brasil, adere as ideias de Basaglia, fechando as portas do hospital psiquiátrico da cidade ⁽⁷⁾. Tal movimento em âmbito nacional culminou com a aprovação da Lei nº 10.216 proposta pelo Deputado Paulo Delgado, em 2001.

A Lei Federal nº 10.216/2001 ⁽⁸⁾ trata de proteger os direitos da pessoa com transtorno mental, bem como repensar a assistência à Saúde Mental. No que diz respeito às internações psiquiátricas são definidas, no artigo único parágrafo 6º, três modalidades, a saber:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Logo, numa enfermaria de psiquiatria os pacientes se encontrarão em uma dessas três modalidades. ⁽⁹⁾. Sendo assim, o paciente que está sob ordem judicial, além dos cuidados médicos, está internado perante a Lei, e sua saída está vinculada à liberação judicial. Portanto, mesmo com a alta médica o paciente precisa da ordem de desinternação emitida pelo juiz para sair do hospital.

Nesse contexto de reforma psiquiátrica ganham destaque as Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG), com o objetivo de fazer internações breves, de pacientes em crise, com retorno o mais rápido possível para a sua comunidade.

Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral

No século XVIII a loucura passa ser considerada doença mental ⁽¹⁰⁾ e por causa disso se fazia necessário um local adequado para se ter domínio sobre esse novo saber. Em princípio, o hospício cumpre essa função, mas com o passar do tempo percebeu-se que ele não respondia às demandas e expectativas. Com isso, críticas a esses espaços foram constantes e após a II Guerra Mundial o movimento pela reforma ganha vulto, e as enfermarias em Hospital Geral começam, de forma tímida, a ter seu espaço no cuidado com o doente mental.

A primeira enfermaria de psiquiatria em Hospital Geral, a Lunatic House, foi organizada em Londres em 1728, por Thomas Guy, no Hospital St. Thomas ^(10,11). Assim como outras unidades, não sobreviveram até a metade do século XIX, e entramos no séc. XX com a persistência do modelo de atendimento asilar. A proposta atual de UIPHG surge 1902 em Nova Iorque, e após a II Guerra Mundial registra-se um grande crescimento no número de UIPHGs ⁽¹¹⁾. A moderna UIPHG tem como projeto o

planejamento terapêutico, integração a medicina geral, internações breves, rápido retorno à comunidade de origem, serviços de interconsulta e de emergência ⁽¹¹⁾.

No Brasil e América do Sul os alienados eram encaminhados para as “loquérias” dos hospitais religiosos, os mais pobres iam para prisões ou Santas Casas, onde havia porões ou celas e lá ficavam confinados ⁽¹¹⁾. Na década de 70 a assistência mental ficou a cargo dos grandes hospícios; com as propostas da reforma psiquiátrica houve mudanças e número total de leitos psiquiátricos diminuíram e foram abertos novos leitos psiquiátricos em hospital geral ⁽¹¹⁾.

Em nosso país, as primeiras enfermarias de psiquiatria em Hospital Geral surgiram na década de 50. Em 1954, a primeira UIPHG no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, e, em 1954, em São Paulo, também foi organizada outra no Hospital dos Comerciários. Assim, na década de 80 e 90 cresceram as UIPHG.

Dessa forma, ela ganha importância estratégica na rede de saúde mental, fazendo parte da nova formulação, com o objetivo de tirar o paciente da crise/emergência e o seu retorno o mais breve possível para o tratamento extra-hospitalar.

Por exemplo, estudos realizados nos EUA e no Brasil mostram que, em média, a permanência dos pacientes em UIPHG é de 20 dias. Tempo, esse, menor quando comparado com a permanência em Hospitais psiquiátricos ⁽²⁾, com um custo menor proporcionalmente a esse tempo. Segundo pesquisa realizada no Centro Médico da Universidade de Freiburg na Alemanha ⁽¹²⁾, existe uma relação direta entre tempo de permanência e custos hospitalares. Nessa direção, é imprescindível a reflexão sobre os aspectos que contribuem para uma melhor prática de assistência ao doente, bem como otimizar o fluxo e os recursos destinados a esse setor.

Ao levar isso em consideração, defendo a hipótese de que, na amostra de pacientes que permaneceram hospitalizados por mais de 20 dias na enfermaria do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI), a ordem judicial foi motivadora das maiores médias de permanência e gastos.

1.1 Objetivo

1. Identificar, dentre as internações com permanência maior que 20 dias no PAI, os motivos que justificaram, o maior tempo de hospitalização.
2. Verificar o direcionamento dos recursos financeiros dentre as justificativas de permanência maior que 20 dias.

2 MÉTODOS

2.1 Estudo e amostragem

Foi realizado um estudo de coorte histórico com análise descritiva, desenvolvido no PAI, que é uma enfermaria de psiquiatria do Hospital Guilherme Álvaro de Santos (UIPHG), referência para atendimento dessa modalidade na Baixada Santista. Trata-se de uma enfermaria de crise, com proposta de internações breves, para indivíduos portadores de transtorno mental grave e persistente em quadro agudo ⁽¹³⁾. Esta é uma unidade de internação mista e conta com 30 leitos que são destinados exclusivamente para pacientes provenientes do SUS, cuidando da demanda de toda a Região Metropolitana da Baixada Santista – nove municípios – de Bertioga a Peruíbe, figura 1, com uma população estimada, para 2016, em 1.813,033 habitantes ⁽¹⁴⁾, conforme quadro 1.

O hospital conta com uma equipe multidisciplinar, assistência médica e de enfermagem em tempo integral. São internados nessa unidade pacientes encaminhados por uma central de regulação de vagas do Estado de São Paulo sob a tutela do Departamento Regional de Saúde (DRS-IV). A gestão da enfermaria é feita por uma Organização Social de Saúde, a qual obedece regras e contratos pré-estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. A amostra foi delimitada pelas internações de longa permanência, sendo estas determinadas pela estadia maior que 20 dias. Ademais, ela foi definida por conveniência, e contava com as justificativas de 533 internações, no período de julho de 2013 a junho de 2016.

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana da Baixada Santista.



Fonte: EMTU – Empresa Municipal de Transportes Urbanos

O quadro 1 abaixo mostra a população da Baixada Santista, dividida por município, segundo censo do IBGE em 2010 e a estimativa para 2016.

Quadro 1 – Censo Demográfico por município da Região Metropolitana da Baixada Santista. Santos, 2016.

Município	População em 2010	Densidade demográfica em (hab/km ²)2010	População estimada 2016
Bertioga	47645	97,21	57942
Guarujá	290752	2026,8	313421
Santos	419400	1494,26	434359
São Vicente	332445	2247,88	357989
Praia Grande	262051	1781,87	304705
Mongaguá	46293	326	53384
Itanhaém	87057	144,69	97439
Peruíbe	59773	184,4	65907
Cubatão	118720	830,91	127887

Fonte: IBGE

A Região Metropolitana da Baixada Santista conta com serviços extra-hospitalares, que são prestados à comunidade pelo município para atendimento à saúde mental, são eles: ambulatórios, residência terapêutica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são divididos em I, II e III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional ⁽¹⁵⁾. Também existe a delimitação pelo público atendido: CAPS Infantil (CAPS INF) que atende crianças e adolescentes e o CAPS álcool e drogas (CAPS AD), cuidando da demanda da dependência química. O quadro 2 apresenta esses serviços extra-hospitalares, por município.

Quadro 2 – Listas de serviços extra-hospitalares por municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista. 2015.

MUNICÍPIO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS INF	CAPS AD	Ambulatório
Bertioga	1	0	0	0	0	0
Guarujá	0	1	0	1	1	0
Santos*	0	0	5	1	1	0
São Vicente	0	2	1	1	1	1
Praia Grande*	0	1	0	0	1	0
Mongaguá	0	0	0	0	0	1
Itanhaém	0	1	0	1	1	0
Peruíbe	1	0	0	0	0	1
Cubatão	0	1	0	0	1	0
TOTAL	2	6	6	4	6	3

Legenda:

*Apresenta enfermaria de psiquiatria em hospital geral

CAPS –Centro de Atenção Psicossocial

INF – Infantil

AD – Álcool e drogas

Fonte: Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental⁽¹³⁾

2.2 Procedimento

Foram avaliados os dados do período proposto, coletados da planilha de Excel[®] elaborada no próprio serviço do PAI (anexo-7), com o propósito de informar a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo os motivos pelos quais ocorreram internações de longa permanência, ou seja, quais as justificativas da manutenção dos pacientes por mais de 20 dias neste serviço. Estavam disponíveis variáveis sociodemográficas e clínicas e as justificativas da longa permanência.

A planilha confeccionada contém dados de internações de longa permanência; contudo, na revisão foram encontradas e excluídas quatro internações com período inferior a 21 dias. Também não se considerou duas internações cujos os dados estavam incompletos, não sendo possível recuperá-los junto ao prontuário.

Fluxograma da delimitação da amostra



Com objetivo de uniformizar o discurso sobre os diagnósticos psiquiátricos foi instituída a Classificação Internacional de Doenças publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente na sua 10ª edição ⁽¹⁶⁾ (CID 10). Desta classificação destacamos o capítulo V relacionado aos transtornos mentais e comportamentais. Na divisão por faixa temos:

1. (F00-F09) Transtornos Mentais Orgânicos: contempla quadros que tem em comum uma etiologia demonstrável de doença ou lesão cerebral, ou afecção que leve a uma disfunção cerebral. São exemplos dessa categoria os quadro demenciais;
2. (F10-19) Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa: incluem variados graus de uso de drogas e álcool desde leve intoxicação a dependência e sintomas psicóticos;
3. (F20-F29) Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes: faz menção aos transtornos psicóticos, com o principal diagnóstico sendo a

- esquizofrenia, na qual ocorre distorções do pensamento, das percepções e alteração do afeto, com alucinações auditivas e delírio persecutório;
4. (F30-F39) Transtornos do humor [afetivos]: os principais representantes são depressão e transtorno bipolar, cuja característica principal seria alteração de humor, polo depressivo ou polo de mania com pensamentos acelerado, comportamento expansivo;
 5. (F40-F49) Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes: representados por quadros de ansiedade, fobias, transtorno de pânico e transtorno obsessivo-compulsivo;
 6. (F60-F69) Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto: esse bloco marca padrões disfuncionais de relacionamento e estilo de vida, como exemplos, o transtorno limítrofe, antissocial e esquizóide;
 7. (F70-F79) Retardo mental: é marcado por comprometimento do nível global de inteligência e aptidões cognitivas.

Os diagnósticos foram feitos por critérios clínicos conforme a CID 10, considerando na análise apenas o diagnóstico psiquiátrico principal e com o descarte dos demais.

No período de avaliação as causas que justificaram a longa permanência foram, a saber:

- Dificuldade no ajuste da medicação - tempo necessário para estabilização do quadro clínico com condições de alta médica;
- Familiares refratários à saída hospitalar / transferência - para a saída do paciente da unidade psiquiátrica faz-se necessário a presença de um responsável maior de idade;
- Intercorrência Médico-Clínica - por razões de doença clínica, paciente mesmo que estabilizado do ponto de vista psíquico, ainda permanece na enfermaria;
- Dificuldade na liberação de vaga para hospital psiquiátrico - como o projeto do PAI é ser uma enfermaria de curta permanência, ao perceber que os pacientes necessitam de um tempo maior de internação faz-se necessário a solicitação de uma vaga em hospital psiquiátrico de retaguarda;
- Dificuldade da contrarreferência - é a relação com município para saída do paciente da unidade. O município é corresponsável pelo paciente, sendo acionado na desinternação, por vezes a delonga para a saída se deve por falta de estrutura do município e ausência da conclusão do projeto terapêutico, sendo estas as principais causas;

- Multi-fatores - quando existe associação de mais de um fator dos anteriores descritos;
- Ordem Judicial - a internação compulsória é determinada pela Justiça quando essa é acionada por familiares, Ministério Público ou comunidade.

Vale mencionar que, na justificativa multi-fatores, na qual existe associação de mais de um motivo de longa permanência, não está presente a ordem judicial.

Na intenção de mais detalhadamente verificar o impacto da ordem judicial na longa permanência dos pacientes e nos custos da enfermaria estabeleceu-se dois grupos, um somente com ordens judiciais e outro com as demais justificativas agrupadas.

Os dados foram coletados após a permissão da instituição (anexo 3) e foi solicitado junto a direção do PAI os valores médios de gastos com diárias de internação, sendo fornecida a planilha de gastos do período de julho de 2013 a junho de 2016 (anexo 8).

Não foi necessária a aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), por se tratar apenas de dados secundários provenientes de planilhas elaboradas no serviço (anexo 2).

A pesquisa encontra-se registrada e aprovada junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Metropolitana de Santos, sob o CAAE 59877316.7.0000.5509 cujo o título é *Avaliação do tempo de permanência dos pacientes em uma unidade de internação psiquiátrica dentro do hospital geral em Santos-SP* (anexo 1).

2.3 Análises estatísticas

Para a análise estatística, os dados foram transferidos para o IBM SPSS Statistics versão 23.

Realizou-se uma análise descritiva e posterior verificação da normalidade da distribuição dos dados. As variáveis quantitativas idade e tempo de permanência foram apresentadas em média e desvio padrão (DP). As variáveis qualitativas sexo, justificativa do tempo de internação, diagnóstico e município de procedência foram representadas em frequência e porcentagem

Para verificação da normalidade foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e ao verificar a distribuição não normal dos dados, escolhemos para os quantitativos, dentre os testes não paramétricos, o teste de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney e Comparações Múltiplas de Tukey. Para as associações dos dados qualitativos usamos o teste de Qui-Quadrado.

Os intervalos de confiança foram estabelecidos em 95% e os valores significantes considerados com $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

Para a pesquisa das justificativas de 533 internações, seis foram excluídas, quatro por que não preencheram o tempo mínimo de permanência, e outras duas por dados incompletos na planilha. Portanto, considerou-se 527 internações.

3.1 Caracterização da amostra

A amostra foi composta de 36,4% (192) gênero feminino e 63,6% (335) masculino, a média de idade de internação foi 35,5 anos com DP de 13,1 e mediana 34,0, sendo a menor idade de um paciente com 13 anos e a maior de um com 81 anos. No que diz respeito à representação etária por município a tabela 1 mostra essa distribuição.

Tabela 1 – Distribuição etária das internações por município em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.

Município	Idade		
	Média	Mediana	DP
Bertioga	33,2	30,5	13,5
Guarujá	31,4	28,0	11,5
Santos	38,4	38,0	14,2
São Vicente	38,2	36,0	12,7
Praia Grande	33,7	34,0	12,2
Mongaguá	37,0	35,0	14,2
Itanhaém	34,8	35,0	10,8
Peruíbe	29,9	25,0	11,4
Cubatão	35,0	27,5	14,1
Outros*	28,5	28,5	16,3

*Municípios não pertencentes à Baixada Santista

Fonte: Planilha recepção de internações

Em números absolutos o município que apresentou maior frequência de internação prolongada na enfermaria do PAI foi o município de Santos com 120 internações, seguido por São Vicente com 113, como pode ser visualizado na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição por município das ocorrências de internações de longa permanência em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.

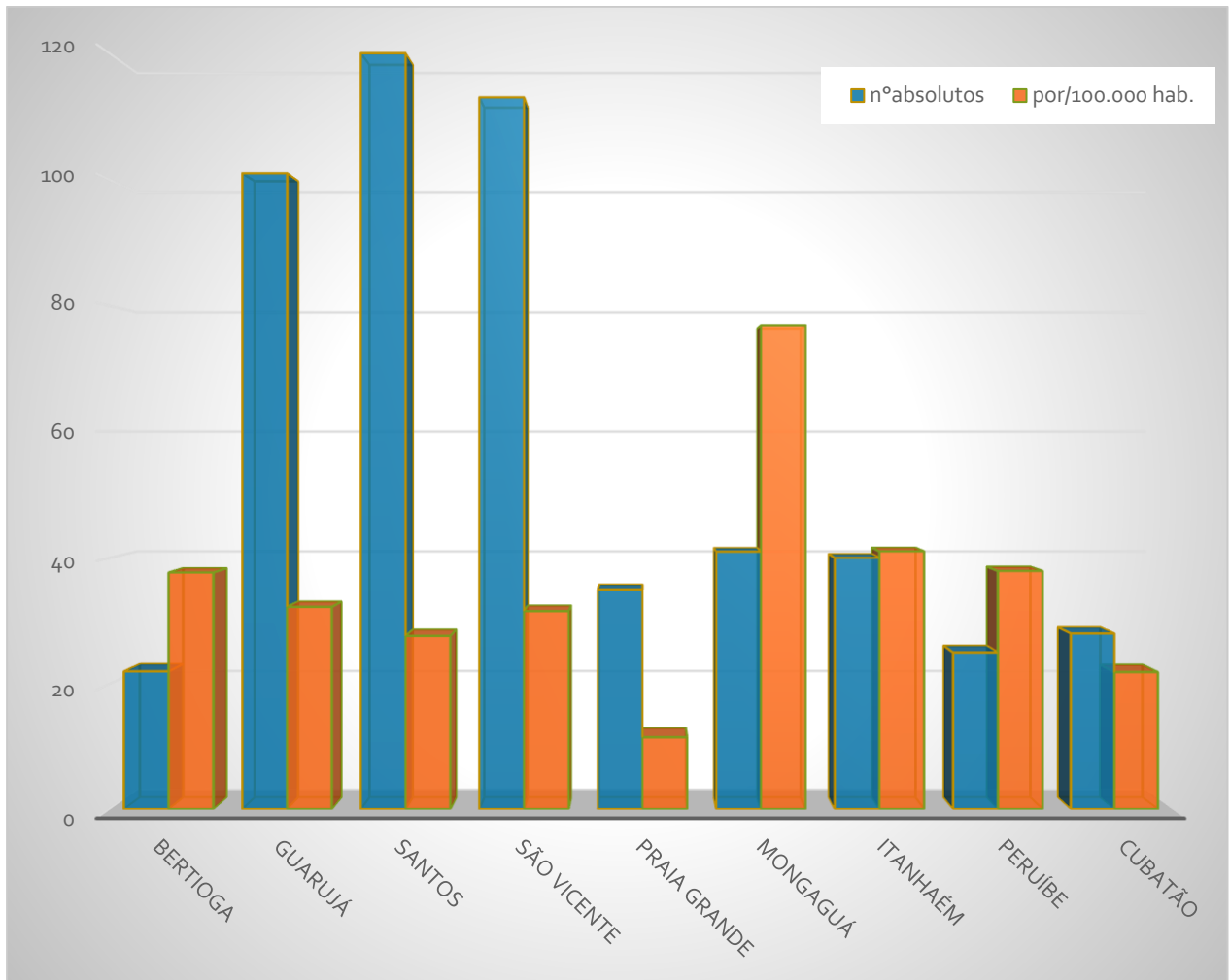
Municípios	Internações	
	Nº	%
Bertioga	22	4,2
Guarujá	101	19,2
Santos	120	22,8
São Vicente	113	21,4
Praia Grande	35	6,6
Mongaguá	41	7,8
Itanhaém	40	7,6
Peruíbe	25	5,9
Cubatão	28	5,3
Outros*	2	0,4
Total	527	100,0

*Municípios não pertencentes à Baixada Santista

Fonte: Planilha recepção de internações

Quando se compara as internações de longa permanência por municípios em números absolutos com a prevalência por 100.000 habitantes tem-se a seguinte representação, figura 2.

Figura 2 – Comparação das internações de longa permanência por município em números absolutos e por 100.000 hab, em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.



O tempo médio de permanência na enfermaria foi de 40 dias, com um DP de 42,6 com menor tempo de 21 dias e o maior de 506 dias. Comparando a média de permanência por município a tabela 3 nos mostra a seguinte relação.

Tabela 3 – Média, mediana e DP da permanência por município de procedências nas internações de longa permanência em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.

Municípios	Permanência (dias)			p
	Média	Mediana	DP	
Bertioga	31,8	27,5	11,7	0,051
Guarujá	36,4	29,0	33,3	
Santos	42,4	29,0	56,3	
São Vicente	33,9	30,0	13,1	
Praia Grande	45,9	29,0	61,2	
Mongaguá	52,8	30,0	67,1	
Itanhaém	37,7	28,5	36,5	
Peruíbe	52,4	40,0	42,5	
Cubatão	35,2	29,5	18,3	
Outros*	104,5	104,5	61,5	

*Municípios não pertencentes à Baixada Santista

Fonte: Planilha recepção de internações

Em relação as médias de permanência o grupo Outros (de municípios não pertencentes à Baixada Santista) apresenta-se com 104,5 dias, contribuindo com duas internações.

Encontra-se relevância ($p < 0,05$) na diferença de médias de permanência entre os municípios Guarujá e São Vicente quando comparados com Mongaguá, como ilustra a tabela 4.

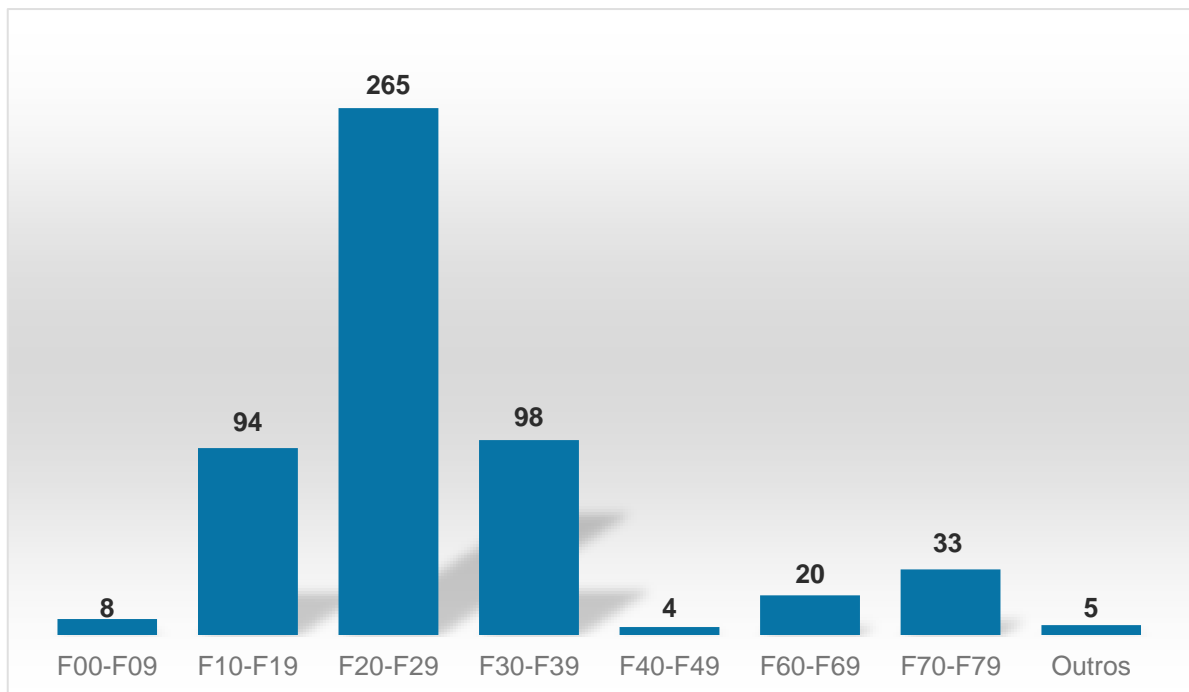
Tabela 4 – Diferenças significativas dentre os municípios de procedências e a média de permanência das internações prolongadas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.

Comparativos		Permanência (dias)	
Municípios	Municípios	Diferença de Médias	p
Guarujá	Mongaguá	-16,4	0,03
São Vicente	Mongaguá	-18,9	0,01
	Peruíbe	-18,5	0,48

Fonte: Planilha recepção de internações

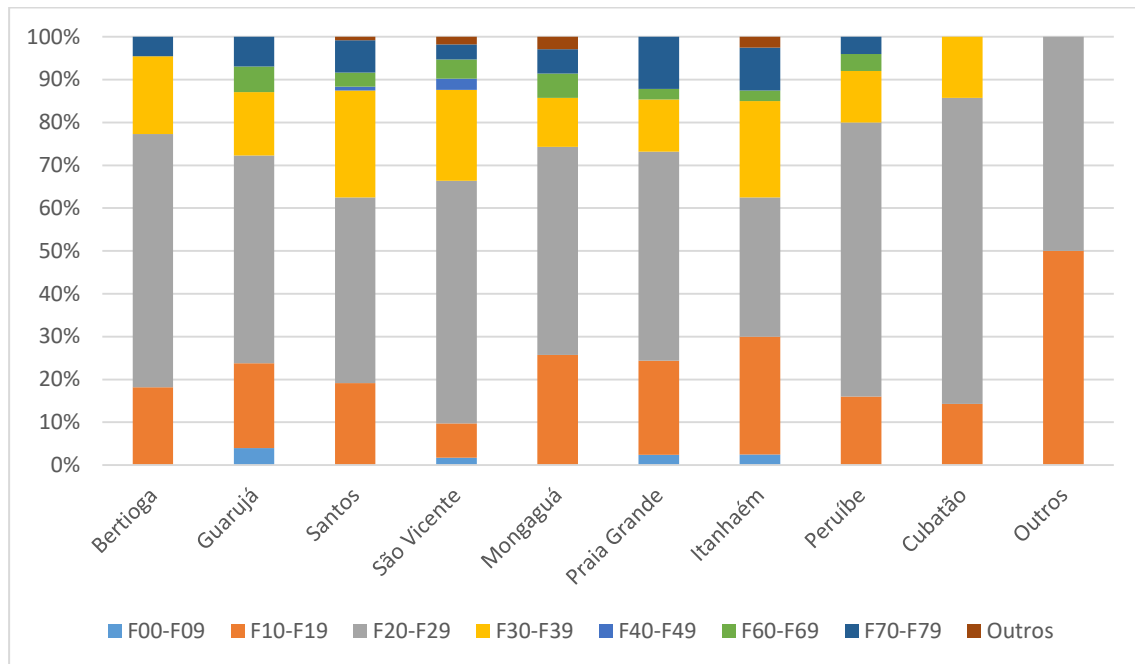
As faixas de diagnóstico mais frequentes na amostra, no período considerado, foram os transtornos psicóticos (F20-F29), seguidas por transtornos de humor (F30-F39) e dependência de substâncias psicoativas (F10-F19) respectivamente, como mostra a figura 3 abaixo.

Figura 3 – Ocorrência por faixa de diagnóstico na amostra em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.



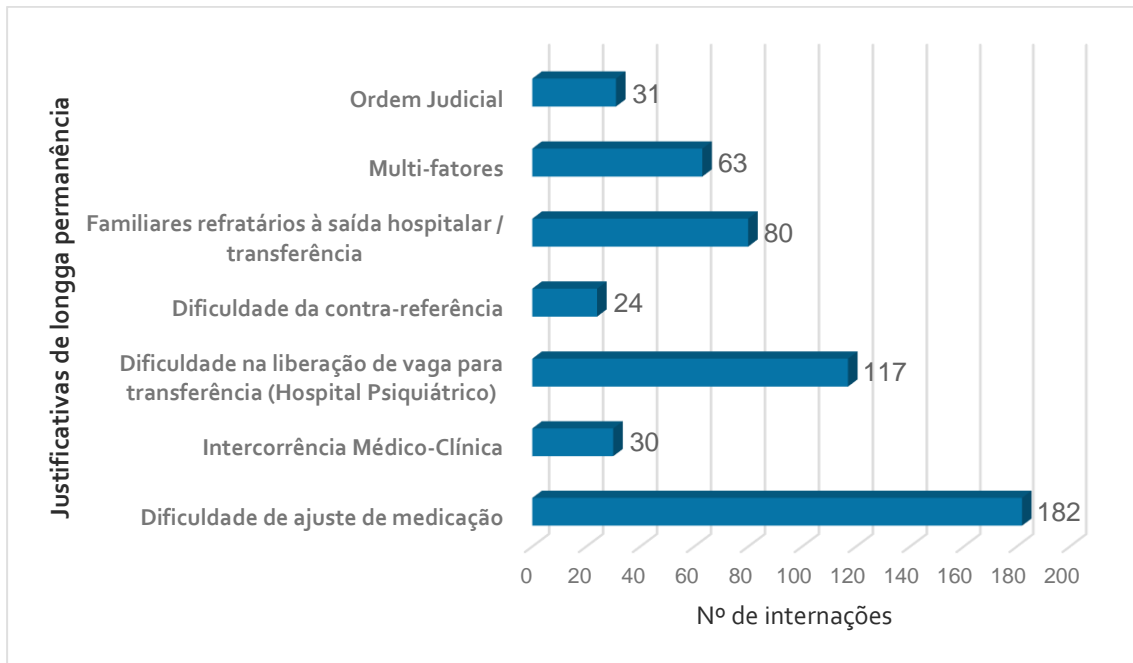
Por município a principal ocorrência percentual de diagnósticos foi a da faixa dos transtornos psicóticos (F20-F29), como mostra a figura 4.

Figura 4 – Ocorrência de diagnósticos por município na amostra em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.



Dentre as justificativas de permanência por mais de 20 dias na enfermaria a que mais apareceu foi o ajuste medicamentoso com uma ocorrência de 182 vezes, correspondendo a 34,5% da permanência prolongada, seguido de dificuldade na transferência para hospital psiquiátrico. As ordens judiciais contribuíram com 31 internações de longa permanência no período, equivalente a 5,9%. A figura 5 apresenta as frequências das justificativas.

Figura 5 – Frequência das justificativas de longa permanência em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.



Das internações de longa permanência justificadas por ordem judicial, em números absolutos, os municípios de Peruíbe e Santos foram os que apresentaram o maior número, seis cada um, já São Vicente e Bertioga não exibiram internações prolongadas por esse motivo. A tabela 5 mostra a distribuição completa das justificativas por município.

Tabela 5 – Distribuição por cada município das justificativas de permanências em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.

Municípios	Justificativas de Permanência													
	Dificuldade de ajuste de medicação		Intercorrência Médico-Clínica		Dificuldade de liberação de vaga		Dificuldade da contra-referência		Familiares refratários à saída		Multi-fatores		Ordem Judicial	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bertioga	5	2,7	2	6,7	3	2,6	1	4,2	3	3,8	8	12,7	0	0,0
Guarujá	37	20,3	7	23,3	23	19,7	6	25,0	13	16,3	12	19,0	3	9,7
Santos	41	22,5	9	30,0	28	23,9	6	25,0	17	21,3	13	20,6	6	19,4
São Vicente	57	31,3	5	16,7	27	23,1	2	8,3	14	17,5	8	12,7	0	0,0
Praia Grande	9	4,9	2	6,7	5	4,3	1	4,2	8	10,0	5	7,9	5	16,1
Mongaguá	8	4,4	0	0,0	13	11,1	1	4,2	9	11,3	5	7,9	5	16,1
Itanhaém	10	5,5	3	10,0	6	5,1	5	20,8	6	7,5	7	11,1	3	9,7
Peruibe	5	2,7	1	3,3	4	3,4	0	0,0	5	6,3	4	6,3	6	19,4
Cubatão	10	5,5	0	0,0	8	6,8	2	8,3	5	6,3	1	1,6	2	6,5
Outros*	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,2
Total	182	100,0	30	100,0	117	100,0	24	100,0	80	100,0	63	100,0	31	100,0

*Municípios não pertencentes à Baixada Santista

Fonte: Planilha recepção de internações

Das justificativas de internações prolongadas o diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas aparece em 51,6% das ordens judiciais, e 41,7% da dificuldade de contrarreferência. A Tabela 6 mostra as demais relações.

Tabela 6 – Distribuição dos diagnósticos por justificativas de permanência em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.

Justificativas	Faixa de Diagnósticos																Total	
	Orgânicos		Dependência		Psicose		Tr. Humor		Tr. Neuróticos		Tr. Personalidade		Retardo Mental		Outros			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dificuldade de ajuste de medicação	3	1,6	28	15,4	90	49,5	39	21,4	3	1,6	6	3,3	9	4,9	4	2,2	182	100,0
Intercorrência Médico-Clinica	3	10,0	10	33,3	10	33,3	4	13,3	0	0,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0	30	100,0
Dificuldade de liberação de vaga	0	0,0	3	2,6	77	65,8	28	23,9	0	0,0	1	0,9	8	6,8	0	0,0	117	100,0
Dificuldade da contra-referência	0	0,0	10	41,7	7	29,2	5	20,8	0	0,0	1	4,2	1	4,2	0	0,0	24	100,0
Familiares refratários à saída	1	1,3	16	20,0	37	46,3	16	20,0	0	0,0	6	7,5	4	5,0	0	0,0	80	100,0
Multi-fatores	1	1,6	11	17,5	33	52,4	5	7,9	1	1,6	6	9,5	6	9,5	0	0,0	63	100,0
Ordem Judicial	0	0,0	16	51,6	11	35,48	1	3,23	0	0,00	0	0,00	2	6,45	1	3,23	31	100,00

Fonte: Planilha recepção de internações

O tempo médio de permanência de uma internação por ordem judicial é de 141,8 ± 127,4 dias, enquanto o tempo médio da justificativa multi-fatores é de 42,4 ± 22,3 dias, conforme tabela 7.

Tabela 7 – Representação do tempo de permanência por justificativas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.

Justificativa	Tempo de Permanência (dias)			
	Média	DP	Mínima	Máxima
Dificuldade de ajuste medicamentoso	28,5	8,0	21	70
Intercorrência médico-clínica	41,0	32,4	21	161
Dificuldade na liberação de vaga	36,4	12,9	22	103
Dificuldade contra referência	32,5	13,5	21	84
Familiares refratários a saída	31,9	14,5	21	106
Multi-Fatores	42,4	22,3	21	180
Ordem Judicial	141,8	127,4	27	506

Fonte: Planilha recepção de internações

Quando se compara as ordens judiciais com cada justificativa de permanência tem-se que em relação à justificativa de maior ocorrência, ou seja, o ajuste medicamentoso, a internação por ordem judicial permanece em média 113,3 dias ($p < 0,001$) a mais na enfermaria, gerando custos maiores conforme tabela 8.

Tabela 8 – Diferença de custos entre a ordem judicial e as demais justificativas de longa permanência em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.

Justificativas de longa permanência	Ordem judicial	
	Diferença de média de permanência (dias)*	Diferenças de gastos, (reais)**
Dificuldade de ajuste medicamentoso	-113,3	-R\$ 71.893,38
Intercorrência médico-clínica	-100,8	-R\$ 63.961,63
Dificuldade na liberação de vaga	-105,3	-R\$ 66.817,06
Dificuldade contrarreferência	-109,3	-R\$ 69.355,22
Familiares refratários à saída	-109,8	-R\$ 69.672,49
Multi-Fatores	-99,4	-R\$ 63.073,28

*p<0,001

**Custo médio paciente dia R\$ 634,54

Fonte: Planilha de gastos, controladoria PAI

A tabela 9 mostra uma visão geral dos custos da enfermaria do PAI, estratificado, por período, e também o custo médio da amostra pesquisada.

Tabela 9 – Apresentação de custos médio* do serviço (30 leitos) em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.

Dia*		R\$ 19.036,20
Ano*		R\$ 6.948.213,00
Período de julho 2013 a junho 2016	Geral	R\$ 19.487.287,28
	Exclusivo Longa Permanência*	R\$ 13.376.103,20

* Custo médio paciente dia R\$ 634,54

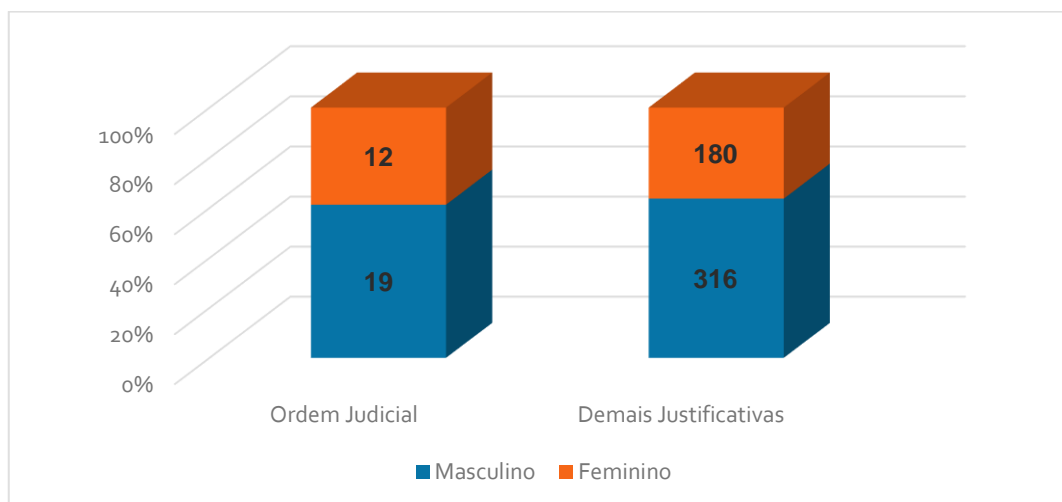
Fonte: Planilha controladoria PAI

3.2 Comparação entre os grupos ordem judicial e demais justificativas

Foi feita uma divisão em dois grupos comparativos em relação à justificativa da internação de longa permanência, um grupo formado por ordem judicial e outro grupo com as demais justificativas agrupadas.

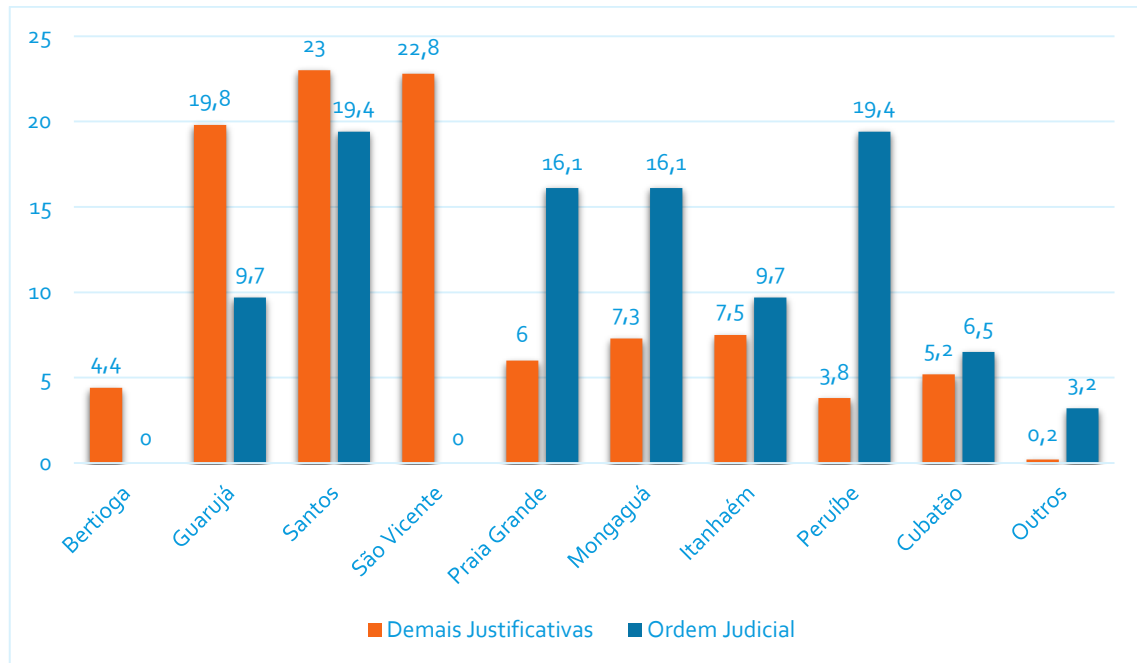
Em relação ao gênero, ambos os grupos apresentam maioria masculina, com 61,3% nas Ordens Judiciais e 63,7% nas Demais Justificativas, como mostrado na figura 6. A média de idade no grupo Ordem Judicial foi $32,2 \pm 13,2$ mediana 32, enquanto no grupo Demais Justificativas foi de $35,7 \pm 13,1$ mediana 34.

Figura 6 – Distribuição por gênero. Comparação entre o grupo ordem judicial e o grupo demais justificativas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.



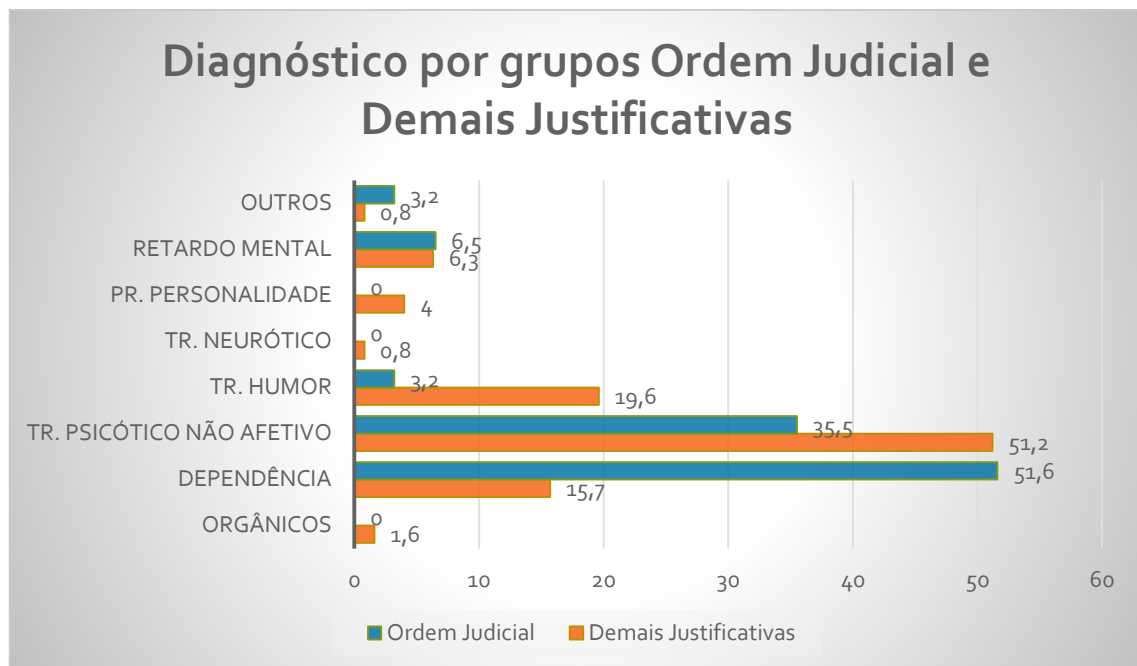
Os municípios de Santos e Peruíbe são os que mais ocorrem em números absolutos, dentro do grupo ordem judicial, como podemos verificar na figura 7.

Figura 7 – Disposição percentual dos municípios nos grupos ordem judicial e demais justificativas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.



A dependência química predomina no grupo Ordem Judicial quando comparada ao grupo das Demais Justificativas, perfazendo mais da metade das internações de longa permanência por ordem judicial. A comparação entre os grupos é apresentada na figura 8.

Figura 8 – Distribuição dos diagnósticos por grupos ordem judicial e demais justificativas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.



Na comparação do tempo de permanência entre os grupos por justificativa, as ordens judiciais apresentaram, em média, um gasto de R\$ 68.657,23 a mais relativo a sua maior estadia, como evidenciado na tabela 10.

Tabela 10 – Comparação de média de tempo de permanência e custo dos grupos, ordem judicial e demais justificativas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral no município de Santos, SP. PAI, 2016.

Justificativas	Tempo de Permanência (dias)			Diferença de custo (reais)**
	Média	DP	Diferença Média	
Demais Justificativas	33,6	15,9	108,2*	R\$ 68.657,23
Ordem Judiciais	141,8	127,4		

* $p < 0,001$

**Custo médio paciente dia R\$ 634,54

Fonte: Planilha de gastos controladoria PAI

4 DISCUSSÃO

Conforme preconizado na Lei nº 10.216/2001, que trata de proteger o doente mental e repensar o modelo de assistência, a internação psiquiátrica é medida de exceção, devendo ser substituída por cuidados na comunidade. Entra em cena os serviços extra-hospitalares com a proposta de cuidar dessa demanda. No entanto, percebe-se que nem sempre os serviços comunitários são capazes de dar suporte a essa população, em consequência a internação ocorre, e pacientes permanecem internados por períodos considerados hoje inadmissíveis.

Na internação por ordem judicial, determinada pelo juiz quando entendido que existe a perda da autonomia do indivíduo devido a sua doença mental ⁽⁹⁾, vemos que esse tempo de permanência fica ainda maior. Logo, percebemos que a recomendação da lei, para que a internação transcorra pelo menor tempo necessário ⁽¹¹⁾, ainda não é totalmente entendida.

A Ordem Judicial se dá quando o juiz é provocado por algum familiar, pelo Ministério Público ou pela comunidade. Entendendo que internação é exceção ao tratamento psiquiátrico, a internação compulsória seria medida extrema, mostrando a dificuldade em atuar nesta situação. Mas o que se coloca não é a internação em si, e sim a dificuldade em desinternar o paciente que do ponto de vista técnico poderia retornar a comunidade para seguir seu tratamento, porém fica aguardando apenas a liberação judicial.

Tal permanência não traz benefício ao paciente e por vezes pode ser prejudicial, uma vez que permanecendo longos períodos internados, os vínculos sociais e familiares ficam fragilizados, dificultando sua reinserção na comunidade.

O presente estudo mostrou que, na distribuição por gênero, tem-se a maioria masculina tanto na avaliação geral da amostra como na divisão por grupos. A média de idade foi semelhante a encontrada no estudo realizado em uma UIPHG em Campinas por Dalgarrondo ⁽¹⁷⁾ que foi de 35 anos. De forma geral esses dados replicam a realidade das enfermarias de psiquiatria com uma maioria de homens adultos na faixa dos 30-40 anos, com predominância de diagnóstico de transtorno psicótico ^(18,19), que

devido à gravidade do quadro, em momentos de crise, necessitam de tratamento intensivo em tempo integral.

Já na divisão por grupos, constatamos que a dependência química ocupa a maior percentagem no grupo das internações justificadas por ordens judiciais seguido pelos transtornos psicóticos. Tal fato pode ser explicado pela repercussão que ganhou o caso das “cracolândias” de São Paulo e Rio de Janeiro, em que a pressão social associada à falta de uma política pública estruturada fizeram com que aumentasse o número de ordens judiciais como alternativa para o tratamento da dependência. Cabe ressaltar que um grupo coordenado pelo Dr. Dartiu Xavier sugere uma internação de curto prazo em hospital geral, cujo objetivo é a desintoxicação ⁽¹⁹⁾. Também nesse sentido, a dependência química foi, dentre os diagnósticos, aquele que o nosso serviço apresentou maior dificuldade na contrarreferência, evidenciando uma relação com a dificuldade do manejo do paciente na comunidade e a internação compulsória.

No que diz respeito as justificativas para longa permanência, na amostra da enfermaria do PAI foi constatado que a dificuldade no ajuste da medicação é a maior ocorrência. Cabe aqui reforçar que dificuldade no ajuste medicamentoso foi o tempo necessário para que o paciente apresentasse melhora clínica e então recebesse alta médica. Tal tempo leva em consideração fatores intrínsecos como a gravidade do quadro, resposta do paciente ao medicamento, efeitos colaterais e tempo farmacológico de ação da droga. Mesmo com todos esses detalhes quando se compara o tempo de permanência da justificativa por ajuste da medicação com o tempo de permanência das ordens judiciais, temos que a ordem fica, em média, cinco vezes mais tempo na enfermaria, impactando, por internação, o custo médio em 5 vezes.

Os municípios de Santos e Peruíbe foram os que apresentaram, em valores absolutos, o maior número de internações prolongadas justificadas por ordem judicial, ao passo que São Vicente e Bertioga, não apresentaram internações de longa permanência com essa justificativa no período abordado. Quando se pensa em números relativos à população dos municípios, comparando, Santos e Peruíbe percebeu-se que, proporcionalmente, Peruíbe extrapola 6 vezes, em média, o número de permanência prolongada por ordem judicial. Pode-se pensar que talvez os recursos extra-hospitalares de Peruíbe, um CAPS-I e um ambulatório, apresentavam no momento, dificuldade no manejo do doente mental em crise.

Na mesma linha, o município de Mongaguá apresentou proporcionalmente o maior número de internações prolongadas, o maior tempo médio de permanência e maior número de ordens judiciais, o que aponta também para um olhar em sua estrutura extra-hospitalar, que atualmente conta com apenas um ambulatório.

A média de permanência dos municípios não pertencentes à Região Metropolitana da Baixada Santista foi de 104 dias, porém foram apenas 2 internações, o que limita a discussão específica desse dado.

A internação com duração maior que 20 dias impactou no funcionamento da enfermaria. Em relação aos custos, provocou o direcionamento de 2/3 do orçamento para as internações de longa permanência, e diminuiu a rotatividade de leitos, contrariando a proposta de enfermaria de agudos. Nessa distorção, o grupo composto pelas Ordens Judiciais ganhou relevância em decorrência de, em média, apresentarem quatro vezes mais tempo de permanência, e, por conseguinte, os maiores custos por internação.

Ainda em relação aos custos envolvidos na enfermaria, esse trabalho vai ao encontro do que foi publicado por Paul G. Barnett, mostrando que internação compulsória e maior tempo de permanência aumentam os custos de uma internação ⁽²⁰⁾.

Nosso trabalho apresentou algumas limitações, destacamos que foi um estudo retrospectivo com análise de dados de planilhas. O diagnóstico utilizado foi clínico sem padronização por instrumentos. Não foi possível avaliar o impacto laboral, social e familiar dessas internações de longa permanência, aspectos que podem ser desenvolvidos em trabalho futuro.

5 CONCLUSÃO

As internações por ordem judicial foram responsáveis, em média, por um tempo maior de permanência na enfermaria quando comparadas com os outros motivos estudados: ajuste medicamentoso, intercorrência médico clínica, dificuldade na liberação de vaga para hospital psiquiátrico, dificuldade na contrarreferência e multi-fatores.

Os recursos financeiros foram direcionados em uma proporção quatro vezes maior (R\$ 68.657,00 a mais por internação) para as ordens judiciais quando comparado com as demais justificativas agrupadas.

6 PROPOSTA PROFISSIONAL

Apresentar os resultados que motivaram internações com tempo médio de permanência maior que 20 dias aos gestores do PAI, coordenadores da Secretaria de Saúde, aos membros de rede municipal, e em especial, aos magistrados.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foucault M. História da Loucura. 9a ed. São Paulo: Perspectiva; 2010.
2. Machado V, Santos MA. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. J. Bras. Psiquiatr. [periódico na Internet] 2011[citado em 2016 Out 15]; 60(1):16–22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000100004&lng=em
3. Venâncio ATA. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. Hist. cienc. saude-Manguinhos [periódico na Internet]. 2003 Dez [citado em 2016 Out 15]; 10(3): 883–900. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300005&lng=em
4. Paulin LF. A criação de um serviço de urgência psiquiátrica: Uma análise histórica documental e oral [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998 [citado em 2016 Out 15].
5. Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. 2ª ed. Traduzido por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
6. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 1a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995
7. Devera D, Costa-Rosa A da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Rev Psicol da UNESP [Internet]. 2007;6(1):60–79. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewArticle/46/87>
8. BRASIL. Lei n. 10216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Diário Oficial da União; 2001 Abr 9 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
9. De Barros DM, Serafim ADP. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. Rev Psiquiatr Clin [periódico na Internet]. 2009 [citado em 2016 Out 14]; 36(4):175–7. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rpc/v36n4/a08v36n4.pdf
10. Hildebrandt LM, Alencastre MB. A Inserção Da Psiquiatria No Hospital Geral. R. Gaucha Enferm. 2001;167–86.
11. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
12. Wolff J, McCrone P, Patel A, Kaier K, Normann C. Predictors of length of stay in psychiatry: analyses of electronic medical records. BMC Psychiatry [Internet]. 2015;15(1):238. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/15/238>
13. PAI - Baixada Santista [sítio na Internet]. Santos: Polo de Atenção Intensiva em

- Saúde Mental; c2015 [citado em 2016 Out 15]. Disponível em:
<http://cruzadabandeirante.org.br/pai-baixada-santista>
14. Tabela de estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016 [base de dados na Internet]. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; c2016 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm
 15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 Mai [citado em 2016 Dez 20]. Disponível em:
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
 16. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados a Saúde (CID 10). São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde; c2007 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em:
<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
 17. Dalgarrondo P, Botega NJ, Banzato CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):629–34.
 18. Souza JC, Souza N, Magna LA. Tempo médio de hospitalização e categorias diagnósticas em hospital psiquiátrico. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(2):112–6.
 19. Pereira MO, Jericó MC, Perroca MG, Mukai HA. Long Term Psychiatric Institution: Profile os patients and human resource indicators. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [periódico na Internet] 2013 Abr [citado em 2016 Out 12]; 9(1):33–40. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000100006&lng=pt&nrm=iso
 20. Barnett PG, Swindle RW. Cost-effectiveness of inpatient substance abuse treatment. *Health Serv Res*. 1997;32(5):615–29.

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' web interface. The top navigation bar includes the logo, user profile 'Fernando Venturini - Pesquisador | V3.0', and session expiration 'Sua sessão expira em: 33min 53'. Below the navigation are buttons for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' and contains two sections:

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

- Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS PACIENTES EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIATRICA DENTRO DO HOSPITAL GERAL EM SANTOS-SP
- Pesquisador Responsável:** Fernando Venturini
- Área Temática:**
- Versão:** 1
- CAAE:** 59877316.7.0000.5509
- Submetido em:** 21/08/2016
- Instituição Proponente:** Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES
- Situação da Versão do Projeto:** Aprovado
- Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

A circular stamp with the text 'COORDENADOR' is visible on the right side of the details section. Below the details, a 'Comprovante de Recepção' is shown with a PDF icon and the filename 'PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_767350'.

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

rsão Atual Aprovada (PO) - Versão 1	Projeto Original (PO) - Versão 1	Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações

The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date '20/12/2016' and time '22:23'.

Anexo 2 – Solicitação de isenção do TCLE

Solicitação de Isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Referência: Avaliação do tempo de permanência dos pacientes em uma Unidade de Psiquiatria dentro do Hospital Geral em Santos

Pesquisador Responsável: Fernando Venturini


Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metropolitana de Santos:

Vimos por meio deste documento solicitar a dispensa de obtenção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado Avaliação do tempo de permanência dos pacientes em uma Unidade de Psiquiatria dentro do Hospital Geral em Santos, proposto por Fernando Venturini.

A dispensa do uso de TCLE se fundamenta: i) por ser um estudo observacional, analítico ou descritivo retrospectivo, que empregará apenas informações de prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico; ii) porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; iii) porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, e iv) porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e consequentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS No 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Santos, 17 de Agosto de 2016.



Fernando Venturini
CRM 109.296 – SP

Anexo 3 – Carta de Aceitação Institucional




À Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES

Carta de Aceite - Pesquisa

Declaramos para os devidos fins, que o Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental – PAI Baixada Santista concorda em disponibilizar os dados necessários a realização do projeto de pesquisa *“Avaliação do tempo de permanência dos pacientes em uma unidade de internação psiquiátrica dentro do hospital geral em Santos – SP.”*, a ser realizada pelo Dr. Fernando Venturini, como parte do Mestrado Saúde e Meio Ambiente em que o mesmo encontra-se devidamente matriculado junto à UNIMES.

Declaramos, ainda, que a pesquisa somente será iniciada após apresentação do projeto e da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa a que o trabalho está vinculado.

Santos, 05 de Agosto de 2016.


Mário Luís Kozik
Superintendente Operacional
CRA/SP 116.785
Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social



Gleice Giroto
Diretora Administrativa
CRA-SP 110.578
PAI BAIXADA SANTISTA

Rua Oswaldo Cruz, 197 - Boqueirão - Santos - SP
 (13) 3797-8777



Anexo 4 – Modelo de folha de internação



FICHA DE INTERNAÇÃO							Versão Trunk 2.50	
Nome XXXXXXXXXX	Unidade ENFERMARIA TERREO	Quarto 5	Leito A	Numero FIA XXXX	CNS XXXXXXXXXXXX			
Data Internação xx/xx/xxxx	Hora xx:xx:xx	Nascimento xx/xx/xxxx	Idade : xx Anos , x Meses e x Dias		Sexo F	Cor Branco (a)	Nr. Filhos NÃO Informado	
Est. Civ. Solteiro	Nacionalidade BRASILEIRA	Cidade de Nasc. SANTOS - SP	Tipo Doc.	Documento XXXXXX	Orgão emissor	CPF XXXXXXXX-XX		
Residência XXX XXX XXXXXX, XXX		Bairro XXXXXXXXXX						
Cidade XXXXXXXX	UF SP	CEP XXXXX-XXX						
Profissão	Endereço de trabalho		Cidade	UF	Fone XX XXXXXXX			
Pai XXXX XXXXX	Mãe XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		Conjuge					
convênio SISTEMA UNICO DE SAUDE		Dt. Validade		Guia				
Clinica Psiquiatria	Especialidade Psiquiatria	Leito Superior Não		Pagto. Diferença () Paciente () Hospital		Valor Caução		
Hipótese Diagnóstica XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - Fxx.x								
Médico Responsável XXXXXX XXXXXX XX XXXXX			CRM XXXXXX	CPF Médico Solicitante XXXXXXXX-XX	CNS Médico Solicitante XXXXXXXXXXXX			
Diagnóstico definitivo -								
Motivo de Alta	Data Alta	Hora xx:xx						
Funcionário XXXXXX	Prontuário XXXXXX							
Observações								

CBSC – PAI Baixada Santista
Cidade: Santos
Endereço: Rua Osvaldo Cruz, 197 – Boqueirão
CGC: XXXXXXXXXXXX Fone: (xx) XXXXXXXX

Ficha de Internação e Alta
Prontuário do Paciente

Assinatura Paciente/Responsável
*Paciente com internação anterior

Anexo 5 – Termo de Internação Involuntária

 	SERVIÇO SOCIAL FORMULÁRIO PARA COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA	<small>Nº FE 0122</small> <small>Data de Implantação 10/02/2014</small> <small>Versão Nº. 01</small> <small>Data de Versão 10/02/2014</small> <small>Pág.: 01/02</small>
---	---	--

Santos, de de

Dando cumprimento ao que dispõe o §1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do(a) paciente abaixo relacionado(a):

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA
 AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE Santos Nº

1. ESTABELECIMENTO

Nome: *Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental - PAI BAIXADA SANTISTA*

2. PACIENTE

Nome: _____

Pai: _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão exp.: _____ U.F.: _____ C.P.F.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ U.F.: _____

Acompanhante/Responsável

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ tel.: _____

RG: _____ Assinatura: _____



3. INTERNAÇÃO

Data: _____ Hora: _____ C.I.D.: _____ Local: Psiquiatria

Motivo da Internação:

Justificativa da
Involuntariedade:

Continuação

SERVIÇO SOCIAL	
	
FORMULÁRIO PARA COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA	
<small>Nº FE 0122</small>	
<small>Data de Implantação 10/02/2014</small>	
<small>Versão Nº. 01</small>	
<small>Data de Versão 10/02/2014</small>	
<small>Pág.: 02/02</small>	

Motivo de discordância do paciente quanto à internação:

Antecedentes psiquiátricos:

Tempo estimado de internação (dias):

1 a 5
 6 a 14
 15 a 21
 22 a 30
 mais de 30

Médico Responsável pela Internação: Dr. Eduardo Calmon de Moura CRM: 112.874

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Contexto familiar:



4. Situação Jurídica do paciente:

Interditado? Sim Não informação ignorada



5. Dados sobre INSS

6. Observações:

Anexo 6 – Termo de internação voluntária

 	SERVIÇO SOCIAL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA	<small>Nº FE 0122</small> <small>Data de Implantação 10/02/2014</small> <small>Versão Nº. 01</small> <small>Data da Versão 10/02/2014</small> <small>Pág.: 01/02</small>
Santos, _____ de _____ de _____		
Dando cumprimento ao que dispõe sobre o artigo 7º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001:		
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA N° _____		
1. ESTABELECIMENTO Nome: Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental - PAI BAIXADA SANTISTA		
2. PACIENTE Nome: _____ Pai: _____ Mãe: _____ Identidade Nº: _____ Órgão exp.: _____ U.F.: _____ C.P.F.: _____ Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____ Data de Nasc.: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ U.F.: _____		
3. INTERNAÇÃO Data: _____ Hora: _____ C.I.D.: _____ Local: <u>Psiquiatria</u> Justificativa: Médico Responsável pela Internação: _____ <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> _____ <i>Assinatura e Carimbo com nº do CRM</i> </div> Familiar/Responsável pelo paciente: _____ Grau de parentesco: _____ RG: _____ Órgão exp.: _____ U.F.: _____ Endereço: _____ tel.: _____ <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> _____ <i>Assinatura do Responsável</i> </div>		

Continuação

		<p>SERVIÇO SOCIAL</p> <p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA</p>	<p>Nº FE 0122</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: small;">Data de Implantação 10/02/2014</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Versão NR. 01</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Data de Versão 10/02/2014</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Pág.: 02/02</td> </tr> </table>	Data de Implantação 10/02/2014	Versão NR. 01	Data de Versão 10/02/2014	Pág.: 02/02
Data de Implantação 10/02/2014							
Versão NR. 01							
Data de Versão 10/02/2014							
Pág.: 02/02							
<p>4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p> <p>Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre meus direitos, garantidos na Lei 10.216/01.</p> <p style="text-align: center;">Santos, _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>Assinatura ou polegar do paciente</i></p>							
<p>5. Observações:</p> 							

Anexo 8 – Modelo de planilha usada no serviço do PAI

CUSTO MÉDIO GERAL PACIENTE-DIA				CUSTO MÉDIO PACIENTE-DIA (Serviços Assistenciais)				CUSTO MÉDIO PACIENTE-DIA (MAT/MED)			
*Custo Hospitalar 2013				**Custo Clínica Psiquiátrica 2013				****Custo MAT/MED 2013			
Julho	R\$	578.943,75	845	Julho	R\$	212.396,67	845	Julho	R\$	9.443,68	845
Agosto	R\$	554.008,07	850	Agosto	R\$	212.209,90	850	Agosto	R\$	8.309,42	850
Setembro	R\$	551.558,04	818	Setembro	R\$	206.336,14	818	Setembro	R\$	6.636,49	818
Outubro	R\$	552.026,84	887	Outubro	R\$	214.460,82	887	Outubro	R\$	7.582,27	887
Novembro	R\$	572.274,64	841	Novembro	R\$	221.768,43	841	Novembro	R\$	6.827,46	841
Dezembro	R\$	524.696,58	848	Dezembro	R\$	213.978,32	848	Dezembro	R\$	6.047,67	848
Média	R\$	555.584,65	848	Média	R\$	213.608,38	848	Média	R\$	7.474,50	848
Custo Hospitalar 2014				Custo Clínica Psiquiátrica 2014				Custo MAT/MED 2014			
Janeiro	R\$	528.339,39	858	Janeiro	R\$	214.266,71	858	Janeiro	R\$	5.733,23	858
Fevereiro	R\$	508.948,85	766	Fevereiro	R\$	211.662,60	766	Fevereiro	R\$	6.504,71	766
Março	R\$	495.200,53	838	Março	R\$	201.080,34	838	Março	R\$	10.169,37	838
Abril	R\$	525.863,36	847	Abril	R\$	217.665,81	847	Abril	R\$	7.801,93	847
Maior	R\$	516.036,20	892	Maior	R\$	209.267,77	892	Maior	R\$	6.151,18	892
Junho	R\$	515.862,28	837	Junho	R\$	217.507,59	837	Junho	R\$	6.069,50	837
Agosto	R\$	524.581,13	877	Agosto	R\$	212.653,83	877	Agosto	R\$	6.321,12	877
Setembro	R\$	506.848,79	864	Setembro	R\$	215.875,16	864	Setembro	R\$	6.238,86	864
Outubro	R\$	523.608,11	876	Outubro	R\$	217.881,52	876	Outubro	R\$	6.102,90	876
Novembro	R\$	537.461,15	856	Novembro	R\$	225.877,10	856	Novembro	R\$	5.549,22	856
Dezembro	R\$	544.791,04	875	Dezembro	R\$	229.337,91	875	Dezembro	R\$	7.333,48	875
Média	R\$	520.648,17	857	Média	R\$	215.388,05	857	Média	R\$	6.486,62	857
Custo Hospitalar 2015				Custo Clínica Psiquiátrica 2015				Custo MAT/MED 2015			
Janeiro	R\$	539.855,92	880	Janeiro	R\$	229.058,16	880	Janeiro	R\$	5.040,11	880
Fevereiro	R\$	536.307,82	792	Fevereiro	R\$	238.345,27	792	Fevereiro	R\$	4.760,62	792
Março	R\$	551.394,65	868	Março	R\$	239.734,79	868	Março	R\$	4.136,00	868
Abril	R\$	549.076,84	819	Abril	R\$	237.745,18	819	Abril	R\$	5.037,75	819
Maior	R\$	518.778,51	879	Maior	R\$	222.476,74	879	Maior	R\$	6.880,60	879
Junho	R\$	530.216,34	826	Junho	R\$	227.307,11	826	Junho	R\$	6.966,94	826
Julho	R\$	551.739,97	868	Julho	R\$	239.924,84	868	Julho	R\$	16.551,32	868
Agosto	R\$	539.926,11	887	Agosto	R\$	234.503,43	887	Agosto	R\$	7.498,57	887
Setembro	R\$	532.105,21	877	Setembro	R\$	233.532,05	877	Setembro	R\$	4.850,96	877
Outubro	R\$	528.276,55	871	Outubro	R\$	232.954,89	871	Outubro	R\$	5.071,98	871
Novembro	R\$	541.720,51	868	Novembro	R\$	237.295,84	868	Novembro	R\$	4.587,62	868
Dezembro	R\$	561.390,43	874	Dezembro	R\$	256.567,85	874	Dezembro	R\$	4.264,89	874
Média	R\$	540.065,74	859	Média	R\$	235.828,85	859	Média	R\$	6.303,95	859
Custo Hospitalar 2016				Custo Clínica Psiquiátrica 2016				Custo MAT/MED 2016			
Janeiro	R\$	586.228,18	839	Janeiro	R\$	261.028,73	839	Janeiro	R\$	3.634,12	839
Fevereiro	R\$	572.229,23	807	Fevereiro	R\$	252.547,85	807	Fevereiro	R\$	5.059,88	807
Março	R\$	567.466,70	852	Março	R\$	245.115,41	852	Março	R\$	5.379,67	852
Abril	R\$	572.577,53	829	Abril	R\$	245.305,28	829	Abril	R\$	5.034,82	829
Maior	R\$	565.589,40	859	Maior	R\$	243.291,39	859	Maior	R\$	5.707,73	859
Junho	R\$	561.141,37	847	Junho	R\$	238.458,67	847	Junho	R\$	4.983,70	847
Média	R\$	570.868,74	839	Média	R\$	247.707,89	839	Média	R\$	4.966,65	839
Total Paciente-dia				Total Paciente-dia				Total Paciente-dia			
Custo médio Paciente-dia				Custo médio Paciente-dia				Custo médio Paciente-dia			
R\$ 698,72				R\$ 250,25				R\$ 4,33			
R\$ 709,08				R\$ 252,24				R\$ 6,27			
R\$ 666,04				R\$ 252,24				R\$ 6,31			
R\$ 690,66				R\$ 241,78				R\$ 6,07			
R\$ 658,43				R\$ 263,70				R\$ 6,64			
R\$ 662,50				R\$ 252,33				R\$ 5,88			
R\$ 680,55				R\$ 251,85				R\$ 5,92			
Média Jul.13 a Jun.16				Média Jul.13 a Jun.16				Média Jul.13 a Jun.16			
R\$ 694,54				R\$ 266,44				R\$ 7,43			

* Composição dos custos: Pessoal Próprio / Serviços de Terceiros / Serviços Médicos / Materiais Hospitalares e Medicamentos / Materiais Gerais / Despesas gerais.

** Composição dos custos: Pessoal Próprio Clínica Psiquiátrica / Serviços de Terceiros Clínica Psiquiátrica / Serviços Médicos / Materiais Hospitalares e Medicamentos / Materiais Gerais / Clínica Psiquiátrica / Despesas gerais Clínica Psiquiátrica.

*** Composição dos custos: Materiais Hospitalares e medicamentos.

Abstract

VENTURINI, F **Judicialization of long-stay psychiatric hospitalization in Santos: profile and costs** 2017. 61 f. Master Professional - Health and Environment, Universidade Metropolitana de Santos, Santos, 2017.

Objective: Psychiatric hospitalization is indicated when the out-of-hospital resources are exhausted. It occurs according to Law n ° 10.216 / 01 in three ways: voluntary, involuntary and compulsory (court order). This study aims to identify, among the hospitalizations with permanence longer than 20 days, which reasons justified, on average, a greater hospitalization time and its respective costs at PAI – Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental in the city of Santos, São Paulo, Brazil. Method: Perform a historical cohort study with descriptive analysis of secondary spreadsheet data made by hospital staff. The sample consisted of 533 hospitalizations with a stay of more than 20 days in the period from July 2013 to June 2016. As an exclusion factor were considered the length of stay (less than 21 days) and hospitalizations with incomplete data. The available data were: sociodemographic, clinical and justification of the long stay, among them compulsory hospitalizations. The Hospital's Board of Directors were asked to inform the values of the patient-day cost to measure its expenses. In order to verify the impact of the court order's hospitalizations over long stay criteria and in its costs, two groups were created: a court order group and the other all grouped justifications group. Results: 527 hospitalizations were considered. There was a male predominance (63.6%) and the mean age was 35.5 years. In the hospitalizations by court order group, the patients were on average 141.8 days in the ward. In the comparison between the groups, the court order group had an average stay of 108.2 days more than the other all grouped justifications group ($p < 0.001$), impacting on a higher spent of R\$ 68,657.23, on average, due to hospitalization. Conclusion: In the sample of hospitalizations with more than 20 days of stay, the court order group has resulted as four times more hospitalization days, directing its expenses in the same proportion, when compared on average with the other justification of permanence.

1. Mental health. 2. Public Health. 3. Hospital Unit of Psychiatry. 4. Compulsory Inpatient Mental Illness. 5. Cost and Cost Analysis.

Bibliografia Consultada

Martins LC. Apostila de Bioestatística [apostilado]. Santos: Programa de Pós Graduação; 2016. 42p.

Rother ED, Braga MER. Como Elaborar sua tese: Estrutura e referências. 2a ed. rev. e ampl. São Paulo: BC Gráfica; 2005.