



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

---

**Helena Ayako Mukai**

**GESTÃO ASSISTENCIAL AO PORTADOR  
DE TRANSTORNO MENTAL: AVALIAÇÃO  
DE NECESSIDADES CUIDATIVAS E CARGA  
DE TRABALHO**

**São José do Rio Preto**

**2012**

**Helena Ayako Mukai**

**GESTÃO ASSISTENCIAL AO PORTADOR  
DE TRANSTORNO MENTAL: AVALIAÇÃO  
DE NECESSIDADES CUIDATIVAS E CARGA  
DE TRABALHO**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Galan Perroca

Co-orientadora: Profa. Dra. Marli de Carvalho Jericó

São José do Rio Preto – SP

2012

## Ficha Catalográfica

Mukai, Helena Ayako

Gestão Assistencial ao Portador de Transtorno Mental:  
Avaliação de Necessidades Cuidativas e Carga de Trabalho./ Helena  
Ayako Mukai.

São José do Rio Preto, 2012

74 p.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do  
Rio Preto – FAMERP

Eixo temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientadora: Profa Dra. Márcia Galan Perroca

Co-orientadora: Profa. Dra. Marli de Carvalho Jericó

1. Pessoas mentalmente doentes/Classificação; 2. Enfermagem  
psiquiátrica; 3. Indicadores de qualidade em assistência à saúde; 4.  
Avaliação em enfermagem.

**Helena Ayako Mukai**

**GESTÃO ASSISTENCIAL AO PORTADOR  
DE TRANSTORNO MENTAL: AVALIAÇÃO  
DE NECESSIDADES CUIDATIVAS E CARGA  
DE TRABALHO**

**BANCA EXAMINADORA**

**DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE  
MESTRE**

Presidente e Orientador: Dra.Márcia Galan Perroca

2º Examinador: Dra.Paula Andréia Shinzato Ferreira  
Martins

3º Examinador: Dra. Maria da Graça Girade Souza

Suplentes: Dra.Emirene Maria Trevisan Navarro da Cruz  
Dra Maria Alice Ornellas Pereira

São José do Rio Preto, 08/05/2012.

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epígrafe.....	vi
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	ix
Resumo.....	xi
Abstract.....	xiii
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>2</b>
1.1 O portador de transtorno mental.....	2
1.2 Processo de cuidar em saúde mental.....	4
1.3 Necessidades cuidativas do portador de transtorno mental.....	6
1.4 Objetivos.....	9
<b>2 ARTIGOS CIENTÍFICOS.....</b>	<b>11</b>
2.1 Manuscrito1.....	12
2.2 Manuscrito 2.....	29
<b>3 CONCLUSÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>64</b>
<b>DIVULGAÇÃO.....</b>	<b>69</b>

*Dedico este trabalho a todos portadores de transtorno mental, cujo sofrimento excede tudo o que nos seria possível compreender e que merecem receber nosso cuidado e nossa dedicação.*

## **Agradecimentos Especiais**

---

- ✓ À **Deus** pelas oportunidades que me foram dadas na vida, principalmente por ter conhecido pessoas e lugares interessantes, mas também por ter vivido fases difíceis, que foram matérias-primas de aprendizado;
- ✓ Aos meus pais **Anziro** (in memoriam) e **Otuko Mukai**, sem os quais eu não estaria aqui, e por terem fornecido bases sólidas do meu caminhar, minhas buscas e minhas conquistas;
- ✓ A **Isabela** e **Thiago**, filhos adorados e razão da minha vida, por compreenderem minhas ausências, omissões e escolhas e, mesmo assim, permanecerem ao meu lado me apoiando e perdoadando;
- ✓ Aos meus **irmãos**, **cunhados** e **sobrinhos** pelo apoio e pelo carinho sempre dispensados à minha pequena família;
- ✓ Ao **Mário** e **Eduardo**, pela importância que tiveram em minha vida, de uma forma ou de outra;
- ✓ Ao **Carlos**, por existir e fazer parte da minha vida;

- ✓ Ao **Corpo Docente e Funcionários** da Pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) que propiciou condições para a realização deste trabalho;
  
- ✓ À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Galan Perroca**, orientadora de infinita competência, dedicação, paciência e sempre disponível, agradeço por sua amizade, confiança e pela oportunidade de vislumbrar novos horizontes. Serei eternamente grata por permitir-me compartilhar desta experiência única em que me dispensou momentos de tanta sabedoria. Que sua estrela continue brilhando e atingindo a todos;
  
- ✓ À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marli de Carvalho Jericó**, co-orientadora, mesmo que a palavra “obrigada” signifique tanto, não expressará por inteiro o quanto seu gesto atencioso e delicado foi importante para mim;
  
- ✓ Às **Prof<sup>a</sup>(s) Dr<sup>a</sup>(s) Maria da Graça Girade Souza e Emirene Maria Trevizan Navarro da Cruz** pela valiosa contribuição e relevantes sugestões ao participarem do meu exame de qualificação;
  
- ✓ As enfermeiras **Silvia Helena Tejo Marcolino**, Diretora de Departamento, **Fabiana Monção Fidelis**, Diretora do Serviço de Enfermagem e à **Comissão Científica** do Centro de Atenção Integral a Saúde (CAIS) Clemente Ferreira pelo apoio institucional, permitindo o desenvolvimento dessa pesquisa;

- ✓ As bibliotecárias da FAMERP – **Rosângela Kavanami** e do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Lins – **Sandra Montagnoli**, pela revisão das referências bibliográficas;
- ✓ À **Zélia Regis** pelo auxílio na formatação final.
- ✓ Às enfermeiras **Adriana de Oliveira, Angélica Trevisanelli Zagato, Aparecida Quirino, Ana Carla Tiozzo, Maria de Lourdes Souza e Soraia Bruzzon** que colaboraram e muito contribuíram para a realização dessa pesquisa; e, às demais colegas pela colaboração quando das minhas ausências, sempre disponíveis nas trocas de plantão, minha eterna gratidão;
- ✓ Aos **funcionários** do CAIS Clemente Ferreira, principalmente do Núcleo de Informações, pelo auxílio na coleta de dados;
- ✓ Ao **Prof. Dr. José Antonio Cordeiro** e **Prof. Msc. Marcos Ardenghi**, pelo tratamento estatístico e pela disponibilidade sempre que necessário, não medindo esforços em me auxiliar;
- ✓ À **Sofie Martins**, pela disposição e auxílio nas traduções realizadas;

- ✓ Aos **colegas** do grupo de pesquisa Gestão de Serviços de Saúde (GESTSAÚDE) pela amizade, incentivo e conhecimentos compartilhados;
- ✓ À **Josi Vaz**, amiga de todas as horas, que soube me incentivar quando eu mais precisei. Vou sentir saudades dos nossos almoços no “Subway” na companhia da sempre amiga Fabiana;
- ✓ À **Reitoria** e **colegas** do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium (UNISALESIANO) e **Diretores** e **colegas** do Centro Estadual de Educação Tecnológica *Paula Souza* pela confiança, incentivo e oportunidades;
- ✓ À **Jovira Sarraceni**, amiga de todos os momentos, pelo convívio, apoio, compreensão e amizade;
- ✓ Aos **colegas** do curso de Pós Graduação da FAMERP, pelos momentos compartilhados;
- ✓ À **todos** que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração e conclusão deste trabalho.

*“Os doentes mentais são como beija-flores. Nunca pousam.*

*Estão sempre a dois metros do chão.”*

## ARTIGO CIENTÍFICO 1

<b>Tabela 1.</b>	Distribuição das variáveis sócio demográficas dos pacientes internados segundo unidades de internação (N=105). Lins, 2010 .....	18
<b>Tabela 2.</b>	Diagnóstico principal e comorbidades segundo unidades de internação e gênero (N=105). Lins, 2010...	19
<b>Tabela 3.</b>	Descrição do consumo e custo de medicamentos segundo unidades de internação (R\$). Lins, 2010.....	20
<b>Tabela 4.</b>	Indicadores de recursos humanos de enfermagem no período de 2006 a 2010. Lins, 2010.....	21

## ARTIGO CIENTÍFICO 2

<b>Tabela 1.</b>	Dados demográficos e tempo de internação dos pacientes segundo unidade de internação. (N=105). Lins, 2010.....	36
<b>Tabela 2.</b>	Caracterização dos diagnósticos clínico-assistenciais e classificação do nível de dependência por unidade investigada. Lins, 2010.....	37
<b>Tabela 3.</b>	Distribuição dos pacientes com Esquizofrenia e Retardo Mental segundo variáveis idade e tempo de internação. Lins, 2010.....	38
<b>Tabela 4.</b>	Apresentação da Matriz de Covariância com os pesos fatoriais da Análise de Componentes Principais dos fatores 1 e 2. Lins, 2010.....	39

<b>Tabela 5.</b> Carga de trabalho da equipe de enfermagem, relação enfermeiro/leito e auxiliar de enfermagem/leito por unidade de internação. Lins, 2010.....	40
--	----

**Lista de Símbolos e Abreviaturas**

---

<b>ACP</b>	Análise de Componentes Principais
<b>ANOVA</b>	Análise de Variância
<b>AVD</b>	Atividade de Vida Diária
<b>BPC</b>	Benefício de Prestação Continuada
<b>CAIS</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEJA</b>	Centro de Educação de Jovens e Adultos
<b>CID-10</b>	Código Internacional de Doenças
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>CQH</b>	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
<b>DPOC</b>	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde
<b>GAIS</b>	Gerência de Atenção Integral à Saúde
<b>ICP</b>	Instrumento de Classificação de Pacientes
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Seguridade Social
<b>NMP</b>	Núcleo de Moradias Protegidas
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNASH</b>	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

<b><i>PNAAS</i></b>	Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde
<b><i>PROAJA</i></b>	Programa de Alfabetização de Jovens e Adultos
<b><i>SCP</i></b>	Sistema de Classificação de Pacientes
<b><i>SMAD</i></b>	Saúde Mental Álcool e Drogas
<b><i>SMS</i></b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b><i>SUS</i></b>	Sistema Único de Saúde

**Introdução:** O conhecimento da demanda de cuidados em relação à enfermagem de pacientes internados e carga de trabalho da equipe possibilitam implementar mudanças no processo de assistir e no gerenciamento da assistência. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivos: 1- Identificar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico de pacientes com transtornos mentais; 2- Avaliar suas necessidades cuidativas em relação à enfermagem e, 3- Mensurar as horas médias de assistência dispensadas e a carga de trabalho da equipe de enfermagem. **Casuística e Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva (2006-2010) conduzida em hospital neuro psiquiátrico público localizado na região sudeste do Brasil. Foram investigados 105 pacientes portadores de transtorno mental mediante aplicação de instrumento de classificação de pacientes. O tratamento estatístico foi realizado por meio de Análise de Componentes Principais, Análise de Variância, teste de Kruskal-Wallis e ajuste de Bonferroni. **Resultados:** Houve predomínio de tempo de internação até 15 anos 84(80%), diagnóstico de esquizofrenia 50(47,7%) e pacientes na categoria de cuidados discreta (73,3%). A relação enfermagem/leito variou de 0,22 a 0,48 e a enfermeiro/leito de 0,06 a 0,13; as horas médias de assistência de 0,57 a 0,88 (enfermeiros) e de 1,97 a 3,16 (auxiliares de enfermagem) e a carga de trabalho de 119,6 a 183 horas. **Conclusão:** Almeja-se que os resultados dessa investigação possam contribuir na elaboração de políticas de saúde mental e instrumentalizar o gestor na tomada de decisão e estabelecimento de

estratégias de ação voltadas ao planejamento da assistência e ajuste quanti/qualitativo de pessoal.

**Palavras-chaves:** 1. Pessoas mentalmente doentes/Classificação; 2. Enfermagem psiquiátrica; 3. Indicadores de qualidade em assistência à saúde; 4. Avaliação em enfermagem.

**Introduction:** Knowledge on hospitalized patients' nursing care demands and the nursing team's workload permit implementing changes in the care process and in care management. **Aims:** This study aimed to: 1- Identify the sociodemographic and epidemiological profile of patients with mental disorders; 2- Assess their nursing care needs and, 3- Measure the mean number of care hours delivered and the nursing team's workload. **Sample and Method:** This descriptive and retrospective research (2006-2010) was conducted at a public neuropsychiatric hospital in the Brazilian Southeast. In this study, 105 mental disorder patients were examined through the application of a patient classification instrument. For statistical treatment, Main Components Analysis, Variance Analysis, Kruskal-Wallis test and Bonferroni's adjustment were used. **Results:** Hospitalization times of up to 15 years were predominant, with 84 (80%), schizophrenia diagnoses 50 (47.7%) and patients in the discrete care category (73.3%). The nursing/bed index ranged from 0.22 to 0.48, and the nurse/bed index from 0.06 to 0.13; the mean number of care hours from 0.57 to 0.88 (nurses) and from 1.97 to 3.16 (nursing auxiliaries) and the workload from 119.6 to 183 hours. **Conclusion:** The researchers hope these research results can contribute to the elaboration of mental health policies and equip managers for decision-making and the establishment of action strategies aimed at care planning and quantitative/qualitative staff adjustments.

**Key words:** 1. Mentally ill people/Classification; 2. Psychiatric nursing; 3. Health care quality indicators; 4. Nursing assessment.

## **1 INTRODUÇÃO**

---

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 O portador de transtorno mental**

Estimativas indicam que cerca de 450 milhões de pessoas sofram de perturbações mentais ou neurobiológicas ou mesmo problemas psicossociais relacionados ao uso de álcool e drogas. Dentre elas, predominam agravos à saúde como epilepsia (50 milhões), esquizofrenia (20 milhões), dependência alcoólica (70 milhões), suicídio (um milhão) e tentativa de suicídio (10 a 20 milhões).<sup>(1)</sup> A depressão grave é a principal causa de incapacitação e encontra-se, mundialmente, em quarto lugar entre as dez principais causas de doenças. No Brasil, 3% da população sofrem de transtornos mentais severos e persistentes e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, contínuo ou eventual.<sup>(2)</sup>

Após a Reforma Psiquiátrica, que teve início na década de 80, e a consequente transformação do modelo assistencial, o perfil dos pacientes internados tem alterado observando-se aumento de sua complexidade. Observou-se crescimento de internações de pacientes que não respondiam satisfatoriamente aos diversos tratamentos e por mandato judicial como também de primeiras internações.<sup>(3)</sup>

O estudo do perfil sócio-demográfico e clínico proporciona informações sobre a evolução dos pacientes com transtornos mentais<sup>(4)</sup>. Censo realizado no Estado de São Paulo, em 2007,<sup>(5)</sup> para conhecer a população moradora das instituições de saúde encontrou 6.349 moradores em 56 hospitais psiquiátricos.

Destes, 61,9% eram do sexo masculino semelhantes aos resultados encontrados em estudos realizados em hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro (66%),<sup>(6)</sup> Campo Grande (65,5%)<sup>(7)</sup> e Ribeirão Preto (60%).<sup>(3)</sup> Também, apontou a maioria deles como sendo analfabeto, solteiro e portador de esquizofrenia. A dificuldade de interação social pode ter contribuído para a predominância de solteiros, pois somado ao fato de apresentar o isolamento como sintoma da doença, há a discriminação e rejeição ao portador de transtorno mental.<sup>(8)</sup> Estudos constataram que pacientes esquizofrênicos do sexo masculino apresentam maior probabilidade de não se casarem devido ao início precoce da doença, geralmente na adolescência, não aderência ao tratamento e, conseqüentemente, pior prognóstico.<sup>(8-9)</sup>

Em relação ao grau de escolaridade, estudo em vinte hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro, mostrou alto índice de pacientes analfabetos - 25%.<sup>(10)</sup> No censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo foi evidenciado 70% de analfabetos.<sup>(5)</sup> O analfabetismo entre os maiores de 15 anos no país foi de 14,1 milhões representando 9,7% da população.<sup>(11)</sup>

A barreira do analfabetismo aprofunda os mecanismos de exclusão social desta população porque a impede de exercer o ato mínimo de sobrevivência, que é ler e compreender o mundo<sup>(5)</sup>. O transtorno mental dificulta a aprendizagem de habilidades básicas como as atividades de vida diária (AVD).<sup>(3)</sup> A baixa escolaridade indicadora geralmente associada ao transtorno mental<sup>(12)</sup> pode ocasionar impacto na aderência ao tratamento. A falta de compreensão das orientações realizadas pelos profissionais da

saúde,<sup>(3)</sup> decorrentes do fato de que a esquizofrenia interrompe os estudos e a convivência social, constitui-se em fatores causais na baixa aderência.

## **1.2 Processo de cuidar em saúde mental**

As primeiras instituições destinadas à exclusão social da pessoa com transtorno mental surgiram a partir da segunda metade do século XIX.<sup>(13)</sup> Os agentes de enfermagem, leigos ou religiosos, estavam sujeitos ao poder médico, que utilizava um rígido controle por meio de instrumentos jurídicos reguladores da vida asilar. Devido à inexistência de pessoal de enfermagem qualificado a formação destes profissionais passou a ser realizado por psiquiatras.<sup>(14)</sup>

A enfermagem psiquiátrica surgiu da necessidade de especializar a mão de obra disponível para disciplinar e reeducar o paciente executando a ordem emitida pelos médicos. O modelo adotado na preparação dos enfermeiros psiquiátricos, com características específicas, diferenciava da formação dos enfermeiros para hospitais gerais, que adotavam o modelo Nightingale.<sup>(14)</sup>

O enfoque assistencial aos pacientes na década de 50 estava voltado para as técnicas psicodinâmicas, priorizando a escuta e a interpretação do comportamento humano. Com a cronificação dos doentes mentais, tratamento asilar e práticas de segregação, este enfoque foi modificado na década de 60, priorizando a relação interpessoal por meio da comunicação entre o enfermeiro e o paciente, visando resgatar a realidade objetiva do paciente.<sup>(15)</sup> A partir da década de 70, diante da situação deficitária no atendimento aos doentes, tiveram início os movimentos exigindo a reforma na psiquiatria. Houve críticas

ao modelo asilar e propostas de modelos alternativos no tratamento da doença mental dando início à luta antimanicomial.<sup>(7)</sup> Esta propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país.<sup>(16)</sup>

Dessa forma, em 1987, teve início a Reforma Psiquiátrica através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental seguindo a tendência internacional. Foram criados vários tipos de dispositivos tais como: ambulatórios, unidades de internação em hospitais gerais, Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) e estruturas residenciais na comunidade<sup>(7)</sup>. As ações de enfermagem no atendimento às necessidades de cuidados das pessoas com transtorno mental passam a caracterizar-se pela ênfase na recuperação da autonomia, reintegração à família e à sociedade, nas atividades de relacionamento interpessoal e trabalho interdisciplinar.

Consequentemente, o papel do enfermeiro passa a ser do agente terapêutico cujo objetivo fundamental é auxiliar o paciente a aceitar a si próprio e a melhorar suas relações pessoais.<sup>(17)</sup> Contudo, observou-se reduzida atuação técnico-assistencial específica pela maioria dos enfermeiros que alegavam despreparo para atuar na saúde mental<sup>(14)</sup> e, também não reformulação do ensino de enfermagem, em muitas escolas, dificultando a inserção e a adequação dos profissionais na nova política e refletindo na equipe sob sua supervisão.<sup>(18)</sup>

Com esta nova forma de assistir ao paciente, o processo de enfermagem passa a ser utilizado para direcionar o cuidado prestado, auxiliar no processo de tomada de decisões<sup>(19)</sup> e também instrumentalizar a realização

de intervenções considerando os aspectos psicoemocionais. A identificação dos problemas de origem emocional ou decorrentes de internação e do adoecer possibilita ao enfermeiro subsidiar e otimizar o cuidado integral ao doente mental.<sup>(20)</sup> Assim, o grande desafio para os profissionais de enfermagem consiste em mudança de atitude e práticas na assistência a esses pacientes.<sup>(21-22)</sup>

### **1.3 Necessidades cuidativas do portador de transtorno mental**

Os portadores de transtorno mental têm tido, durante muito tempo, suas necessidades negligenciadas e seu desconhecimento pode conduzir a inexistência de intervenções de reabilitação e, conseqüentemente, ao déficit no funcionamento psicossocial. A identificação das necessidades de cuidado é determinante para o planejamento de serviços de saúde.<sup>(23)</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS),<sup>(24)</sup> enfatiza que o portador de doença crônica, incluindo a pessoa com transtorno mental, necessita de cuidado planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. A demanda de trabalho de enfermagem tem sido essencial quando se busca aliar qualidade da assistência, otimização de recursos e redução de custos.<sup>(25)</sup>

Considerar os diferentes graus de complexidade assistencial em unidades de internação auxilia a adequação dos recursos de forma crítica, reflexiva e aderente à realidade, gerando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.<sup>(26)</sup> Atualmente os enfermeiros dispõem de instrumentos que possibilitam avaliar o nível de complexidade de cuidado e a carga de trabalho de enfermagem requerida pela clientela.

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), desenvolvido na década de 60 nos Estados Unidos, é um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado de enfermagem requerido baseado na complexidade da assistência de enfermagem.<sup>(27)</sup> O conhecimento do perfil assistencial dos pacientes realizado por meio do diagnóstico situacional da unidade é um fator que subsidia o planejamento e a implementação de programas assistenciais para melhor atendimento às necessidades dessa clientela.<sup>(28)</sup> A aplicação deste instrumento viabiliza, também, a mensuração da carga de trabalho da equipe de enfermagem.<sup>(25)</sup> O conhecimento da carga de trabalho, por sua vez, possibilita o dimensionamento da equipe de enfermagem para atendimento de qualidade das necessidades cuidativas dos pacientes.<sup>(27)</sup>

Embora a idéia de classificar pacientes tenha iniciado no Brasil em 1972<sup>(29)</sup> como um método para dimensionar os recursos humanos em enfermagem, sua utilização na prática profissional foi preconizada apenas em 1996 através da Resolução COFEN n°189/1996<sup>(30)</sup> atualizada em 2004 -Resolução COFEN n° 293/2004.<sup>(28)</sup> Esta Resolução estabeleceu parâmetros mínimos para o dimensionamento de pessoal e preconizou horas de assistência por categoria de cuidados: 3,8h (cuidados mínimos), 5,6h (cuidados intermediários), 9,4h (cuidados semi-intensivos) e 17,9h (cuidados intensivos). A classificação de pacientes ficou determinada como competência exclusiva do enfermeiro.

Os instrumentos de classificação de Fugulin<sup>(31)</sup> e Perroca<sup>(32)</sup> têm sido os mais utilizados nas instituições de saúde. Contudo, por não atenderem às especificidades dos pacientes com transtornos psiquiátricos, foi construído<sup>(33)</sup> e

validado<sup>(34)</sup> um instrumento destinado a esta clientela. Destaca-se, na literatura, a existência de apenas um estudo<sup>(35)</sup> aplicando este instrumento em unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral no interior do Estado de São Paulo.

A enfermagem tem utilizado, cada vez mais, métodos científicos para a organização da assistência para obtenção de melhores resultados. Todavia, esta prática ainda não é a realidade na área da saúde mental. Assim, estudos devem ser desenvolvidos em busca de soluções para a melhoria na assistência de enfermagem aos portadores de transtornos mentais.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Gerais**

- Descrever a população de pacientes com transtornos mentais em um hospital neuro psiquiátrico.

### **1.4.2 Específicos**

- Identificar o perfil sóciodemográfico e epidemiológico dos pacientes;
- Avaliar as necessidades cuidativas dos pacientes;
- Mensurar as horas médias de assistência dispensadas e a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

**2 ARTIGOS CIENTÍFICOS**

---

## **2 ARTIGOS CIENTÍFICOS**

Os achados do presente estudo deram origem a dois artigos científicos utilizando o instrumento de classificação de pacientes na especialidade psiquiátrica.

A descrição do perfil sociodemográfico e epidemiológico de pacientes e indicadores de recursos humanos em hospital neuro psiquiátrico são mostrados no manuscrito intitulado **“Instituição psiquiátrica de longa permanência: perfil de pacientes e indicadores de recursos humanos”**, submetido à apreciação na Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD), em outubro de 2011.

O segundo manuscrito intitulado **“Pacientes psiquiátricos institucionalizados: necessidades de cuidados e carga de trabalho”** foi submetido à apreciação na Revista Latino Americana de Enfermagem, em março de 2012.

**2.1 MANUSCRITO 1**

**Instituição psiquiátrica de longa permanência: perfil de pacientes e indicadores de recursos humanos**

**Long-stay public psychiatric institution: patient profile and human resources indicators**

**Institución psiquiátrica de larga estancia: perfil de los pacientes y los indicadores de recursos humanos**

**Helena Ayako Mukai<sup>1</sup> ; Marli de Carvalho Jericó<sup>2</sup>; Márcia Galan Perroca<sup>3</sup>**

**RESUMO**

Este estudo, de caráter descritivo-retrospectivo, teve como objetivo investigar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico de pacientes e indicadores de recursos humanos em um hospital neuro psiquiátrico localizado na região sudeste do Brasil. Foram investigados 105 pacientes portadores de transtorno mental. Houve predomínio do sexo masculino 60(57,1%), idade média 52,5(11,4) anos, tempo de internação até 15 anos 84(80%) e diagnósticos de esquizofrenia 50(47,7%) e retardo mental 41(39%). A relação enfermagem/leito variou de 0,22 a 0,48 e a enfermeiro/leito de 0,06 a 0,13. Almeja-se que os resultados dessa investigação possam contribuir na elaboração de políticas de saúde mental e instrumentalizar o gestor na tomada de decisão e estabelecimento de estratégias de ação.

**Descritores:** Pessoas mentalmente doentes. Enfermagem psiquiátrica. Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

<sup>1</sup>Enfermeira, Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) Clemente Ferreira em Lins, Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da FAMERP e-mail-helenamukai@hotmail.com

<sup>2</sup>Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Especializada da FAMERP, São José do Rio Preto-SP, co-orientadora

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Especializada da FAMERP, São José do Rio Preto-SP, orientadora

**ABSTRACT**

This descriptive and retrospective study aimed to investigate the socio-demographic and epidemiological profile of patients and human resource indicators at a neuropsychiatric hospital located in the Brazilian Southeast. Study participants were 105 patients with mental disorders. Male patients predominated 60(57.1%), mean age 52.5(11.4) years, hospitalization time up to 15 years 84(80%) and main diagnosis schizophrenia 50(47.7%) and mental retardation 41(39%). The nursing professional/bed ratio ranged from 0.22 to 0.48 and the nurse/bed ratio from 0.06 to 0.13. The researchers hope these results can contribute to the elaboration of mental health policies and support managers in decision-making and the establishment of action strategies.

**Descriptors:** Mentally ill persons. Psychiatric nursing. Quality indicators, healthcare.

**RESUMEN**

Este estudio descriptivo-retrospectivo tuvo como objetivo investigar el perfil sociodemográfico y epidemiológico de pacientes y indicadores de recursos humanos en un hospital neuropsiquiátrico localizado en la región sudeste de Brasil. Participaron del estudio 105 pacientes con trastornos mentales. La mayoría de ellos eran del sexo masculino 60(57,1%), edad media 52,5(11,4) años, tiempo de internamiento hasta 15 años 84(80%) y diagnóstico principal de esquizofrenia 50(47,7%) y retardo mental 41(39%). La relación personal de enfermería/lecho varió desde 0,22 hasta 0,48 y la de enfermera/lecho de 0,06 a 0,13. Se espera que los resultados de esa investigación puedan contribuir a la preparación de políticas de salud mental y instrumentalizar el gestor en la toma de decisión y establecimiento de estrategias de acción.

**Descritores:** Enfermos mentales. Enfermería psiquiátrica. Indicadores de calidad de la atención desalud.

## **INTRODUÇÃO**

A assistência psiquiátrica, até a segunda metade do século XX, baseou-se principalmente na hospitalização e no asilamento do doente mental. Em 1987, iniciou-se a reforma psiquiátrica no Brasil que objetivava a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios. A redução planejada e programada de leitos deveria ser acompanhada pela expansão da rede comunitária, com a implantação de serviços substitutivos e credenciamento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, quando necessário<sup>(1)</sup>.

Dados do Ministério da Saúde<sup>(2)</sup> revelam que no ano de 1996 existiam 72.514 leitos psiquiátricos, os quais foram reduzidos para 42.076 em 2005, porém concentrados nos grandes centros, especialmente na região sudeste - 60%.

A assistência hospitalar em psiquiatria tomou novos rumos a partir da Portaria 251/GM, 2002<sup>(1)</sup> que estabeleceu diretrizes e normas para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados respeitando os princípios de universalidade e da equidade. Foi, então, criado o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH) que definiu indicadores de qualidade para classificação hospitalar, sendo substituído pelo Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde (PNASS), em 2004.

O indicador constitui-se em medida quantitativa utilizada como um guia para monitorar e avaliar a assistência<sup>(3)</sup>. Sua utilização possibilita replanejar e reorganizar as atividades de um serviço, oferecendo subsídios para tomada de decisões<sup>(4)</sup>. O uso

sistematizado de indicadores norteia a melhoria contínua da qualidade assistencial e aumento da produtividade beneficiando pacientes, profissionais e administração<sup>(5)</sup>.

A desinstitucionalização do portador de transtorno mental e sua conseqüente reinserção social modificou o perfil desta população. Dessa forma, pesquisas que abordam essa temática contribuem para o planejamento e organização dos serviços constituintes da rede de assistência psiquiátrica e aprimoramento das políticas assistenciais<sup>(6)</sup>.

Observa-se que após a reforma psiquiátrica alguns estudos têm investigado as características sócio demográficas e epidemiológicas de pacientes em diferentes cenários: instituição de longa permanência<sup>(7)</sup>, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>(8)</sup>, Hospital Dia<sup>(9)</sup>, instituição de curta permanência<sup>(6,10)</sup> e instituições de curta e longa permanência<sup>(11-12)</sup>.

## **OBJETIVOS**

1. Investigar o perfil sócio demográfico e epidemiológico de pacientes e indicadores de recursos humanos em hospital neuropsiquiátrico.

## **MÉTODO**

### *Delineamento e sujeitos*

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva com delineamento transversal. Foi desenvolvida em um hospital neuropsiquiátrico público de grande porte localizado na região sudeste do Brasil. A instituição atende essencialmente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), com área de abrangência do Departamento Regional de Saúde VI (DRS-VI) de Bauru. Atualmente, conta com 340 leitos de internação integrais sendo 160 destinados a pacientes psiquiátricos e 180 a neurológicos.

O quadro de pessoal é composto de 696 funcionários, sendo 199 das áreas administrativas e 497 da assistencial. A equipe de enfermagem encontra-se constituída por 31 enfermeiros e 298 auxiliares de enfermagem. Dentre os demais profissionais atuantes encontram-se 32 médicos (cinco psiquiatras e dois neurologistas), quatro fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos, três cirurgiões dentistas, dez psicólogos, onze assistentes sociais, três farmacêuticos e onze terapeutas ocupacionais.

Foram objetos de investigação somente os pacientes com transtornos mentais internados nas Gerências de Atenção Integral à Saúde (GAIS) IV e Núcleo de Moradias Protegidas (NMP), totalizando 105 pacientes distribuídos em três unidades de internação (F1, F3 e C3).

No que se refere às variáveis a serem estudadas, elas se constituíram em:

1. Sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, fonte de renda, procedência e tempo de internação;
2. Epidemiológicas: diagnóstico principal, comorbidades, terapêutica medicamentosa de uso contínuo;
3. Indicadores de recursos humanos: relação (enfermagem/leito, enfermeiro/leito e auxiliar de enfermagem/leito).

### ***Procedimentos para coleta de dados***

A coleta de dados somente foi conduzida após autorização formal do hospital e Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº. 319/2010). Os dados relativos aos indicadores de recursos humanos (2006-2010) e caracterização sócio demográfica e epidemiológica dos pacientes (2010) foram extraídos da base de dados do sistema de gestão hospitalar e escalas de pessoal disponibilizadas pela diretoria de enfermagem.

Os diagnósticos foram expressos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). O custo dos medicamentos foi disponibilizado pela farmácia. Os indicadores de recursos humanos foram calculados segundo recomendações do Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) <sup>(13)</sup>, descontadas horas não trabalhadas como férias, descanso semanal remunerado, cobertura em outra unidade, desconto de horas, licença médica, suspensão, falta e outros. Para tanto, foram utilizadas as seguintes equações: 1. Horas de Enfermeiro = número de horas prestadas por enfermeiro/número de pacientes-dia no período; 2. Horas de Técnico-Auxiliar = número de horas prestadas por Técnico-Auxiliar/número de pacientes-dia no período; 3. Relação enfermagem/leito = número de profissionais de enfermagem/média de pacientes-dia; 4. Relação enfermeiro/leito = número de enfermeiros/média de pacientes-dia e; 5. Relação auxiliar de enfermagem/leito = número de auxiliares de enfermagem/média de pacientes-dia.

### *Apresentação e Tratamento dos Dados*

Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico pelo The R Foundation for Statistical Computing versão 2.13.0. A análise descritiva encontra-se apresentada como frequência absoluta, média (DP) e porcentagens.

## **RESULTADOS**

Houve predomínio do sexo masculino 60(57,1%), faixa etária entre 41 - 60 anos 61(58,1%), idade média de 52,5(11,4) anos, variação - 18 a 80 anos; analfabetos 60(57,1%), solteiros 94(89,5%), sem qualquer tipo de renda 71(67,7%), procedentes da região de Bauru 72(68,6%) e com tempo de internação até 15 anos 84(80%). Em relação às unidades de internação, houve maioria feminina - 18(69%) e faixa etária de 61-80

anos - 3(11,5%) na unidade F3. O tempo de internação mais prolongado (26-29 anos) teve maior ocorrência na unidade C3 - 5(13%) e o menos prolongado ( $\leq 5$  anos) na F3 9(34,6%) (Tabela 1).

**Tabela 1-** Distribuição das variáveis sócio demográficas dos pacientes internados segundo unidades de internação (N=105). Lins, 2010

<i>Variáveis</i>	<b>F1</b>		<b>F3</b>		<b>C3</b>		<b>TOTAL</b>	
	(n= 40)		(n= 26)		(n= 39)		(N= 105)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Gênero</b>								
Feminino	11	27,5	18	69,0	16	41,0	45	42,9
Masculino	29	72,5	8	31,0	23	59,0	60	57,1
<b>Faixa etária (anos)</b>								
$\leq 20$	-	-	1	3,9	-	-	1	0,9
21 – 40	3	7,5	9	34,6	3	7,7	15	14,3
41-60	27	67,5	13	50,0	21	53,8	61	58,1
61- 80	10	25,0	3	11,5	15	38,5	28	26,7
<b>Escolaridade</b>								
Analfabeto	23	57,5	15	57,7	22	56,4	60	57,1
1º grau incompleto	17	42,5	11	42,3	17	43,6	45	42,9
<b>Estado Civil</b>								
Casado/amasiado	4	10,0	1	3,8	2	5,1	7	6,6
Solteiro	35	87,5	23	88,5	36	92,3	94	89,5
Desquitado/viúvo	1	2,5	1	3,8	-	-	1	2,0
Sem dados	-	-	1	3,8	1	2,6	2	1,9
<b>Fonte de renda</b>								
Aposentadoria	2	5,0	1	3,8	1	2,6	4	3,8
BPC*	7	17,5	5	19,3	7	17,9	19	18,1
Pensão INSS	6	15,0	1	3,8	4	10,3	11	10,5
Sem renda	25	62,5	19	73,1	27	69,2	71	67,7
<b>Procedência</b>								
DRS VI- Bauru	29	72,5	17	65,5	26	66,7	72	68,6
Outras**	11	27,5	9	34,5	13	33,3	33	31,4
<b>T. de Internação (anos)</b>								
$\leq 5$	7	17,5	9	34,6	9	23,0	25	23,8
6- 10	16	40,0	6	23,0	10	25,6	32	30,5
11 – 15	10	25,0	7	27,0	10	25,6	27	25,7
16 – 20	3	7,5	2	7,7	4	10,2	9	8,6
21 – 25	3	7,5	-	-	1	2,6	4	3,8
26 – 29	1	2,5	2	7,7	5	13,0	8	7,6

\* Benefício de Prestação Continuada; \*\* Grande São Paulo, Araçatuba, Campinas, Franca, Piracicaba, São José do Rio Preto e Sorocaba.

O diagnóstico principal (Tabela 2) predominante foi esquizofrenia 50(47,7%) mais freqüente nas unidades F1-20(50%) e C3-21(53,8%) e o diagnóstico retardo mental 41(39%) na unidade F1-15(37,5%). No que se refere às comorbidades, o tabagismo 65(62%) seguido da obesidade 45(43%), hipertensão arterial 21(20%) e diabetes mellitus 18(17%) foram predominantes.

**Tabela 2** – Diagnóstico principal e comorbidades segundo unidades de internação e gênero (N=105). Lins, 2010

Variáveis	F1		F3		C3		TOTAL N(%)
	M n(%)	F n(%)	M n(%)	F n(%)	M n(%)	F n(%)	
<b>Diagnóstico principal</b>							
Esquizofrenia	15(37,5)	5(12,5)	2(7,9)	7(26,9)	10(25,6)	11(28,2)	50 (47,7)
Ret. Mental	9(22,5)	6(15,0)	4(15,4)	9(34,6)	9(23,0)	4(10,2)	41 (39,0)
Epilepsia	3(7,5)	-	1(3,8)	1(3,8)	3(7,7)	-	8 (7,6)
Trans.mentais	2(5,0)	-	1(3,8)	1(3,8)	1(2,6)	1(2,6)	6 (5,7)
<b>Total</b>	<b>29(72,5)</b>	<b>11(27,5)</b>	<b>8(30,8)</b>	<b>18(69,2)</b>	<b>23(59,0)</b>	<b>16(41,0)</b>	<b>105 (100)</b>
<b>Comorbidades</b>							
Tr.mentaldep.tabaco	17	6	2	12	15	13	65 (62)
Obesidade	6	7	3	7	8	14	45 (43)
Hipertensão arterial	3	4	2	2	5	5	21 (20)
Diabete mellitus	4	1	-	1	5	7	18 (17)
Epilepsia	2	-	-	5	4	3	14 (13)
Retardo mental	3	-	4	2	1	2	12 (11)
Trans.mentais (outros)	4	1	-	1	1	1	8 (7,6)
Demais doenças**	2	-	-	-	1	2	5 (4,8)
DPOC*	1	1	-	-	1	-	3 (2,9)
D. Parkinson	-	-	-	-	2	-	2 (1,9)
Hipotireoidismo	-	1	-	-	-	-	1 (0,9)
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>43</b>	<b>47</b>	<b>194</b>

\*Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;\*\*Doença degenerativa, hemiplegia espástica, insuficiência renal crônica

Os neurolépticos foram os medicamentos mais consumidos pelos pacientes durante o tratamento terapêutico 205.344 (53,8%) comprimidos anualmente, totalizando

R\$128.525,84. Em relação aos demais medicamentos foram mais representativos os anti-histamínicos- 21.240comp.(30,8%), anti-glicemiantes- 20.520(29,7%) e anti hipertensivos-18.000(26,1%). Os psicotrópicos perfizeram o total de 381.564 comprimidos ao custo de R\$135.713,01; os outros medicamentos de uso contínuo somaram 68.952 comprimidos ao custo de R\$5.051,04 (Tabela 3).

**Tabela 3** – Descrição do consumo e custo de medicamentos segundo unidades de internação (R\$). Lins, 2010.

<i>Medicamentos</i>	<b>F1</b> n	<b>F3</b> n	<b>C3</b> n	<b>Total</b> N(%)	<b>Custo</b> R\$
<b><i>Psicotrópicos</i></b>					
neuroléptico					
típico	38.880	50.928	38.676	128.484(33,7)	15.324,60
atípico	27.540	27.000	22.320	76.860(20,1)	113.201,24
anticonvulsivante	37.080	35.280	37.800	110.160(28,9)	4.280,40
antiparkinsoniano	9.360	6.840	13.680	29.880(7,8)	1.598,58
ansiolítico	4.680	9.720	4.860	19.260(5)	300,43
antidepressivo	4.320	1.800	2.880	9.000(2,4)	293,76
estabilizador humor	2.880	720	4.320	7.920(2,1)	714,00
<b>Sub total</b>	124.740	132.288	124.536	381.564(100)	<b>135.713,01</b>
<b><i>Outros</i></b>					
anti-histamínico	5.760	6.120	9.360	21.240(30,8)	344,08
Anti-glicemiante	3.600	2.880	14.040	20.520(29,7)	619,87
anti-hipertensivo	6.840	3.240	7.920	18.000(26,1)	339,23
laxante	2.880	1.825	720	5.424(7,9)	3.661,20
Inib.sec.gástrica	1.800	528	1.440	3.768(5,5)	86,66
<b>Subtotal</b>	20.880	14.593	33.480	68.952(100)	5.051,04
<b>Total</b>	145.620	146.881	158.016	450.516	<b>140.764,05</b>

Em relação aos indicadores de recursos humanos em enfermagem a relação enfermagem/leito no período investigado variou de 0,22 a 0,48; relação enfermeiro/leito de 0,06 a 0,13 e auxiliar de enfermagem/leito 0,16 a 0,35 (Tabela 4).

**Tabela 4** - Indicadores de recursos humanos de enfermagem no período de 2006a 2010. Lins, 2010

<i>Indicadores</i>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Relação enfermagem/leito					
F1	0,26	0,27	0,26	0,29	0,27
F3	0,46	0,48	0,42	0,44	0,42
C3	0,30	0,32	0,22	0,31	0,28
Relação enfermeiro*/leito					
F1	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
F3	0,13	0,13	0,12	0,12	0,11
C3	0,08	0,09	0,06	0,08	0,08
Relação auxiliar/leito					
F1	0,19	0,20	0,19	0,22	0,20
F3	0,33	0,35	0,30	0,32	0,31
C3	0,22	0,23	0,16	0,23	0,20

\* Enfermeiros ficam lotados em mais de uma unidade

## DISCUSSÃO

Nos achados desse estudo houve predomínio do sexo masculino (57,1%), corroborando outras pesquisas de 53,4%<sup>(12)</sup> e 65,5%<sup>(10)</sup>. É importante destacar que os homens normalmente apresentam alguns distúrbios mentais precocemente necessitando de internação<sup>(11)</sup>. Evidenciou-se que a maioria dos pacientes - 58,1% estavam na faixa etária entre 41 e 60 anos, diferente de estudos realizados no Rio de Janeiro que encontraram idade inferior a 40 anos (52,6%)<sup>(11)</sup> e entre 30 a 49 anos (56%)<sup>(12)</sup>. Chama a atenção o número de pacientes idosos, na faixa etária dos 60 aos 80 anos 28(26,7%) semelhante ao valor de 31,3% encontrado no censo psicossocial realizado pela Secretaria de Saúde junto a 58 instituições de longa permanência no estado de São Paulo<sup>(2)</sup>.

Mostrou-se significativo a quantidade de analfabetos entre os moradores da instituição investigada 57,1%, situação também encontrada em outras pesquisas de 50%<sup>(12)</sup> e 70%<sup>(2)</sup>. A baixa escolaridade intensifica a condição de exclusão social<sup>(14)</sup> e pode ocasionar impacto na aderência ao tratamento por falta de compreensão das orientações realizadas pelos profissionais da saúde<sup>(6)</sup>. Para corrigir esta condição a

instituição oferece oportunidades para que os moradores frequentem o Programa de Alfabetização de Jovens e Adultos (PROAJA), o Centro de Educação de Jovens e Adultos (CEJA) ou a Classe Hospitalar. Atualmente, 21% dos moradores estão matriculados em um desses programas.

Outra característica observada foi de a maioria ser solteira 89,5% e sem fonte de renda 67,7%. A dificuldade de interação social pode ter contribuído para essa ocorrência, pois somado ao fato de apresentar o isolamento como sintoma da doença, há a discriminação e rejeição ao portador de transtorno mental<sup>(9)</sup>.

A esquizofrenia foi o diagnóstico de maior ocorrência 47,7%, valor semelhante ao encontrado em outros estudos - 43,3%<sup>(10)</sup> e 53,6%<sup>(12)</sup>. Dentre as comorbidades, a elevada porcentagem de tabagismo de 62% está próxima aos resultados encontrados em Porto Alegre de 38,9 a 54,3%<sup>(15)</sup> e em São Paulo - 50 a 84%<sup>(16)</sup>. Ciente da relação do tabagismo e a mortalidade, a instituição iniciou um programa de conscientização entre funcionários e pacientes, para redução do consumo e, conseqüentemente, dos danos causados pela nicotina. A obesidade foi a segunda comorbidade mais presente. Relata-se que a incidência de obesidade dentre os portadores de esquizofrenia tratados com psicofármacos é de 40 a 75%<sup>(17)</sup>.

As medicações antipsicóticas e ansiolíticas foram mais consumidas na unidade F3, por alocar os pacientes com maior número de intercorrências psiquiátricas. Isto evidencia que o tratamento aos portadores de transtornos mentais baseia-se, ainda, no modelo farmacológico<sup>(8)</sup>. Os antipsicóticos estão associados ao aumento importante de peso e alterações metabólicas e, conseqüentemente, ao aumento do risco de morte por problemas cardiovasculares<sup>(18)</sup>.

O alto custo do paciente psiquiátrico é evidenciado pelo consumo das

medicações de uso contínuo, tanto psicotrópicas (R\$135.713,01) como as utilizadas para tratamento de problemas clínicos (R\$5.051,04). Porém, é relevante lembrar que neste estudo foram consideradas somente as medicações de uso contínuo e que este custo poderia ser alterado ao se incluir todas as medicações consumidas pelo paciente. Investigação<sup>(19)</sup> mostra que a internação psiquiátrica tem custo mais alto dentre todas as especialidades financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O perfil de pacientes encontrado nesta pesquisa e o longo tempo de internação justificam a existência, ainda, de instituições psiquiátricas de longa permanência, apesar da proposta de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica. No Brasil, em 2008, os hospitais psiquiátricos totalizavam 32.735 leitos pelo SUS, ou seja, uma proporção de 0,172 leitos por 1.000 habitantes<sup>(2)</sup>. O Estado de São Paulo contava com 58 hospitais psiquiátricos, totalizando 13.190 leitos, sendo 432 em hospitais gerais, com proporção de 0,34 leitos/1.000hab., inferior aos 0,45/1.000 habitantes preconizado pelo Ministério da Saúde; inferior, também, ao encontrado em países como Itália (4,6), Reino Unido (5,8) e Noruega (12) leitos/10.000 habitantes<sup>(20)</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>(20)</sup>, não se consegue a transição de um serviço essencialmente hospitalar para comunitário somente encerrando as instituições psiquiátricas sem proporcionar estruturas alternativas apropriadas. Nos Estados Unidos, a reforma psiquiátrica fez com que aumentasse a quantidade de moradores de rua, por não ocorrer a articulação entre os hospitais psiquiátricos e os serviços comunitários<sup>(21)</sup>. O conhecimento da população institucionalizada possibilita o planejamento e efetivação de sua reinserção social evitando a falta de assistência.

No que se refere aos indicadores de recursos humanos, a relação entre número de profissionais de enfermagem/leito, nas unidades mostraram variação de 0,22 a 0,48 e

a relação enfermeiro/leito variação de 0,06-0,13. Os dados apresentados pelo CQH<sup>(22)</sup> referentes ao quarto trimestre de 2009 de hospitais psiquiátricos encontraram mediana de 0,13 enfermeiros/leito (variação 0,08 a 0,37) valores similares ao do presente estudo.

Ao enfermeiro compete estabelecer o quadro quantiquantitativo de profissionais necessário para atender as exigências dos pacientes em relação à assistência à saúde<sup>(23)</sup>. Em enfermagem psiquiátrica há poucas discussões de quantos pacientes a equipe de enfermagem consegue assistir terapêuticamente<sup>(24)</sup>, ao contrário de outras especialidades, em que as discussões avançaram muito. Os portadores de transtornos mentais, apesar de não apresentarem problemas clínicos que necessitem de assistência de enfermagem constante, requerem observação devido à instabilidade de humor, com ocorrências de auto e hetero agressividade, tentativas de fuga e suicídio<sup>(24)</sup>.

Portanto, tornam-se necessários estudos adicionais que conduzam a equipe ao quantiquantitativo adequado para não haver comprometimento da qualidade da assistência de enfermagem e da segurança do paciente. Os resultados encontrados nesta instituição podem diferir de outros estudos, sendo necessário dar prosseguimento a novas pesquisas para que a assistência aos portadores de transtornos mentais seja realizada de forma adequada.

## **CONCLUSÃO**

Almeja-se que os resultados dessa investigação possam contribuir na elaboração de políticas de saúde mental e instrumentalizar o gestor na tomada de decisão e estabelecimento de estratégias de ação.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
2. São Paulo. Secretaria da Saúde. Desafios para a desinstitucionalização dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo/Sonia Barros, Regina Bichaff (orgs): autoras Ana Luisa Aranha e Silva-[et al]. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008, 170p.
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Accreditation manual for hospitals. Nursing Care. 1992. p. 79-85.
4. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Revista de Administração em Saúde, 2004; 6(2): 15-8.
5. Travassos C, Noronha JC, Martins M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. Ciência e saúde coletiva, 4 (2): 367-381, 1999.
6. CastroAS de. Caracterização sócio demográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007. 90p; Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2009.
7. Fleck MPA, Wagner L, Wagner M, Dias M. Long-stay patients in a psychiatric hospital in Southern Brazil. Rev Saúde Pública 2007; 41 (1): 124-30.
8. Carvalho MDA, Silva HO, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.) [Internet]. 2010 [acesso em 05 ago.2011];

- 6(2):337-49. Disponível em: [www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMAD](http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMAD) v6 n2 a7. Pdf.
9. Alves AMO. Perfil sócio demográfico e clínico do portador de doença mental crônica egresso do Hospital-Dia de Psiquiatria da Santa Casa de Campo Grande-MS. [Dissertação] Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande-MS, 2003.
10. Barros NHS. Características biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em hospital psiquiátrico de Campo Grande-MS. Dissertação (Mestrado)-Universidade Católica Dom Bosco. Programa de Mestrado em Psicologia, 2007.
11. Silva JPL, Coutinho ESF, Amarante PD, 1999. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 15:505-511.
12. 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*. Vol. 18 n.6. Rio de Janeiro, Nov/Dec. 2002.
13. Associação Paulista de Medicina. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. Programa de Qualidade Hospitalar - CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar). São Paulo: APM/CREMESP; 2006.
14. Brasil. Ministério da Educação. Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar : estratégias e orientações. / Secretaria de Educação Especial. – Brasília : MEC ; SEESP, 2002. 35 p.

15. De Boni R, Pechansky F. Prevalência de tabagismo em uma unidade de internação psiquiátrica de Porto Alegre. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* (2004); 3(25): 475-478.
16. Malbergier A, Oliveira Júnior HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. Psiquiatr. Clin.*(2005); 32: 276-82.
17. Wirshing D. Schizophrenia and obesity: impact of antipsychotic medications. *J. Clin Psychiatry*, 2004; 65 (Suppl 18): 13-26.
18. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev. chronic Dis* [serial online] 2006. Apr.[ago.2011] Available from: URL: <http://www.cdc.gov/pcd/issues>
19. Mello R. A questão da interdisciplinaridade no dia da enfermeira que atua em Centros de Atenção Diária de Saúde Mental. *Rev. Bras. Enferm* (1998); 51(1): 19-34.
20. Organização Mundial de Saúde (OMS). *The world health report 2001 mental health: new understanding, new hope*, 1a edição, Lisboa-Portugal, abril 2002.
21. Lovisi VR. Internação psiquiátrica na região de Ribeirão Preto no período de 1989 a 1993. 1998. 96f. dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de Enfermagem de São Paulo. Ribeirão Preto, 1998
22. Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). *Compromisso com a qualidade hospitalar: apresentação dos indicadores dos hospitais participantes referente ao 4º trimestre de 2009* [texto na Internet]. [citado 2011 out. 15]. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/?q=node/322> site.pdf

23. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. [acesso em 2009 aug 18]. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucao293.htm>.
24. Martins PASF. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

**2.2 MANUSCRITO 2****Pacientes psiquiátricos institucionalizados: necessidades de cuidados e carga de trabalho\***

Helena Ayako Mukai<sup>1</sup>; Marli de Carvalho Jericó<sup>2</sup>; Márcia Galan Perroca<sup>3</sup>

Este estudo descritivo de abordagem quantitativa teve como propósito investigar as necessidades de cuidados de enfermagem de pacientes com transtornos mentais, as horas médias de assistência dispensadas e a carga de trabalho da equipe de enfermagem. Foi conduzido em um hospital neuropsiquiátrico público localizado na região sudeste do Brasil no ano de 2010 tendo como sujeitos 105 pacientes. Para caracterizar o perfil assistencial foi aplicado um instrumento de classificação de pacientes. O tratamento estatístico foi realizado por meio de Análise de Componentes Principais e Análise de Variância. Houve predomínio de pacientes na categoria de cuidados discreta (73,3%). As horas médias de assistência variaram de 0,57 a 0,88 (enfermeiros) e de 1,97 a 3,16 (auxiliares de enfermagem) e a carga de trabalho de 119,6 a 183 horas. Estas

---

\*Manuscrito vinculado à dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)/SP e Grupo de Pesquisa Gestão em Serviços de Saúde (GESTSAÚDE)

<sup>1</sup>Enfermeira, Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) Clemente Ferreira – Lins. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da FAMERP, São José do Rio Preto-SP. E-mail: [helenamukai@hotmail.com](mailto:helenamukai@hotmail.com)

<sup>2</sup>Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Especializada da FAMERP, São José do Rio Preto-SP. E-mail: [marli@famerp.br](mailto:marli@famerp.br)

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Especializada da FAMERP, São José do Rio Preto-SP. E-mail: [marcia.perroca@famerp.br](mailto:marcia.perroca@famerp.br) Av: Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Vila São Pedro, CEP15090-000, São José do Rio Preto/SP

informações instrumentalizam a tomada de decisões e ações gerenciais voltadas ao planejamento da assistência e ajuste quanti/qualitativo de pessoal.

**Descritores:** Pessoas mentalmente doentes/Classificação. Enfermagem psiquiátrica. Avaliação em enfermagem.

### **Institutionalized psychiatric patients: care needs and workload**

The goal of this descriptive study with a quantitative approach was to investigate the needs for nursing care of patients with mental disorders, the mean number of care hours delivered and the workload of the nursing team. It was accomplished at a public neuropsychiatric hospital in the Southeast of Brazil in 2010. Subjects were 105 patients. To characterize the care profile, a classification instrument was applied. Main Components Analysis and Variance Analysis were used for statistical treatment. Patients in the discrete care category predominated (73.3%). The mean number of care hours ranged from 0.57 to 0.88 (nurses) and from 1.97 to 3.16 (nursing auxiliaries), and the workload from 119.6 to 183 hours. This information supports decision-making and management actions for care planning and quantitative/qualitative staff adjustments.

**Descriptors:** Mentally ill persons/Classification. Psychiatric nursing. Nursing assessment.

### **Pacientes psiquiátricos institucionalizados: necesidades de atención y carga de trabajo**

La finalidad de este estudio descriptivo con aproximación cuantitativa fue investigar las necesidades de cuidados de enfermería de pacientes con trastornos mentales, el promedio de horas de atención dispensadas y la carga de trabajo del equipo de

enfermería. Fue desarrollado en un hospital neuropsiquiátrico público localizado en la región sudeste de Brasil en el 2010, con 105 pacientes como sujetos. Para caracterizar el perfil asistencial, fue aplicado un instrumento de clasificación de pacientes. El tratamiento estadístico fue desarrollado mediante Análisis de Componentes Principales y Análisis de Variancia. Predominaron pacientes en la categoría de cuidados discreta (73,3%). El promedio de horas de atención varió entre 0,57 y 0,88 (enfermeros) y entre 1,97 y 3,16 (auxiliares de enfermería) y la carga de trabajo de 119,6 a 183 horas. Estas informaciones equiparon la toma de decisiones y acciones gerenciales dirigidas al planeo de la atención y ajuste cuantitativo/cualitativo de personal.

**Descriptor:** Enfermos mentales/Clasificación. Enfermería psiquiátrica. Evaluación em enfermería.

## **INTRODUÇÃO**

No Brasil, cinco milhões de pessoas (3% da população) sofrem de transtornos mentais severos e persistentes e 23 milhões (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental, eventual ou contínuo<sup>(1)</sup>. Em vista desta situação, o Ministério da Saúde através da Portaria 251/GM 2002<sup>(2)</sup>, estabeleceu diretrizes e normas para regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria, classificando os hospitais com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Esta classificação foi baseada nos indicadores de qualidade aferida pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH) que, a partir de 2004, passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde (PNASS).

No que diz respeito à enfermagem, as ações aos portadores de transtorno mental visam especial atenção à reabilitação psicossocial de forma a restabelecer a autonomia

de suas atividades junto à comunidade. A reabilitação psicossocial não se limita à reabilitação física, mas busca aumentar as habilidades e diminuir as deficiências do paciente<sup>(3)</sup>.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

As necessidades de cuidados requeridas pelos pacientes têm sido conceituadas de diversas maneiras e por diferentes autores. Necessidade é considerada como o conjunto de carências físicas e sociais que deverão ser satisfeitas com a finalidade do indivíduo experimentar bem estar<sup>(4)</sup> e, também, como estados de tensões conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais comuns a todos os seres humanos. O que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la. Na impossibilidade de realizá-la por si só faz-se necessário o auxílio de pessoas habilitadas<sup>(5)</sup>.

Portadores de transtornos mentais, apesar de não apresentarem problemas clínicos que necessitem de assistência de enfermagem contínua, requerem observação constante devido à instabilidade de humor, com ocorrências de auto e hetero agressividade, tentativas de fuga e suicídio<sup>(6)</sup>. Identificar as necessidades de pessoas com doença mental possibilita aos profissionais de saúde estabelecer planos de intervenção e tratamento individualizado tornando o processo de reabilitação mais eficiente<sup>(7)</sup>. Dessa forma, torna-se essencial o conhecimento da demanda de cuidados dos pacientes em relação à enfermagem para implementação de mudanças necessárias no processo de assistir e no gerenciamento da assistência.

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é um método que consiste na identificação dos cuidados individualizados requeridos pelos pacientes, agrupando-os

em categorias, permitindo identificar o perfil assistencial e a carga de trabalho da equipe de enfermagem. A utilização de instrumentos válidos e confiáveis denominados de instrumento de classificação de pacientes (ICP), integrante do sistema, permite caracterizar a demanda de cuidados de pacientes em relação à enfermagem<sup>(8)</sup>.

Carga de trabalho pode ser conceituada como as atividades realizadas em um determinado período pela equipe no processo de cuidar e o tempo despendido para executar essas ações<sup>(9)</sup>. Sua mensuração possibilita o dimensionamento da equipe de enfermagem para atendimento de qualidade das necessidades cuidativas dos pacientes.

A aplicação do SCP como um dos indicadores para determinar o perfil dos pacientes e para o dimensionamento de pessoal de enfermagem foi recomendada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Nesta mesma Resolução 293/2004 recomendou-se as horas de assistência para as diferentes categorias de cuidados<sup>(10)</sup>.

Em 2001, diante da ausência de um ICP específico para uso junto a pacientes com transtorno mental foi construído<sup>(6)</sup> e validado<sup>(11)</sup>, um instrumento destinado a esta população. Destaca-se, na literatura, a existência de apenas um estudo aplicando este instrumento em unidade de internação psiquiátrica em um hospital geral no interior do estado de São Paulo<sup>(12)</sup>.

Diante da escassez de publicações científicas que abordem a temática, esta investigação teve por objetivos: 1. Investigar as necessidades de cuidados de enfermagem de pacientes com transtornos mentais; 2. Analisar as áreas de cuidados que mais contribuem para a classificação dos pacientes nas diferentes categorias de cuidados, e 3. Identificar as horas médias de assistência e mensurar a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

## **MÉTODO**

### *Delineamento*

O estudo caracteriza-se como descritivo com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em um hospital neuropsiquiátrico público com 340 leitos, localizado na região sudeste do Brasil nos meses de agosto e setembro de 2010. Foram objetos de investigação somente os pacientes com transtornos mentais internados nas Gerências de Atenção Integral à Saúde (GAIS) IV e Núcleo de Moradias Protegidas (NMP) totalizando 105 pacientes distribuídos em três unidades de internação: F1 (n=40), F3 (n=26) e C3 (n=39). A equipe de enfermagem, lotada nestas unidades, era composta por: F1 com 02 enfermeiras e 28 auxiliares de enfermagem, F3 com 02 enfermeiras e 21 auxiliares de enfermagem e C3 com 02 enfermeiras e 26 auxiliares de enfermagem. No plantão noturno, as enfermeiras (02) ficavam lotadas em mais de uma unidade.

### *O Instrumento*

Para caracterizar o perfil assistencial dos pacientes foi aplicado um instrumento de classificação validado para a especialidade psiquiátrica<sup>(6-11)</sup> composto por 11 áreas de cuidados: 1- cuidados com a aparência e higiene; 2- expressão do pensamento; 3- humor e afeto; 4- atividades; 5- interação social; 6- alimentação e hidratação; 7- sono; 8- medicação; 9 - eliminações; 10- sinais vitais e outros controles; 11- problemas e queixas somáticas. Cada uma das áreas possui gradação de 1 a 3, apontando a intensidade crescente de complexidade do cuidado. A pontuação mínima é de 11 e a máxima de 33 pontos. Através do score o paciente pode ser classificado em uma das três categorias de cuidados: Discreta (11-18 pontos), Intermediária (19-26 pontos) e Plena (27-33 pontos).

### *Procedimento de coleta de dados*

Os pacientes internados nas unidades investigadas foram classificados, diariamente, de segunda à sexta-feira, por seis semanas consecutivas até se completar 30 dias pelos

enfermeiros (seis no total) lotados nas unidades. Os enfermeiros foram orientados sobre o instrumento e sua utilização.

Os dados foram coletados do Núcleo de Pessoal (registro de ausências não previstas) e planilhas de escala de pessoal disponibilizadas pela diretoria de enfermagem (ausências previstas).

Para os cálculos foram descontadas horas não trabalhadas como férias, descanso semanal remunerado, cobertura em outra unidade, desconto de horas, licença médica, suspensão, falta e outros e consideradas as seguintes equações<sup>(13)</sup>:

1 - Horas de Enfermeiro = número de horas prestadas por enfermeiro/ número de pacientes-dia no período; 2 - Horas de Técnico-Auxiliar = número de horas prestadas por Técnico-Auxiliar / número de pacientes-dia no período;

3 -Relação enfermagem/leito - número de profissionais de enfermagem/média de pacientes-dia; 4 - Relação enfermeiro/leito - número de enfermeiros/média de pacientes-dia e; 5 -Relação auxiliar de enfermagem/leito- número de auxiliares de enfermagem/média de pacientes-dia.

6 – Carga de trabalho = produto da quantidade média diária de pacientes assistidos segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem x tempo médio de assistência<sup>(14)</sup>. Utilizou-se as horas médias de assistência por categoria de cuidado recomendadas pela Resolução 293/2004 do COFEN<sup>(10)</sup>. Dessa forma, considerou-se 3,8 horas para assistência discreta, 5,6 horas para assistência intermediária e 9,4 horas para assistência plena. Optou-se por estes valores devido à inexistência no Brasil de horas médias de assistência de enfermagem destinadas, especificamente, a pacientes com transtornos mentais.

A coleta de dados somente foi conduzida após autorização formal do hospital, consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 319/2010).

#### *Apresentação e tratamento dos dados*

A análise estatística foi realizada utilizando-se Análise de Componentes Principais (ACP) pela matriz de covariância e Análise de Variância (ANOVA) para comparação de médias quando da normalidade dos dados. Quando não houve normalidade foi utilizado teste de *Kruskal-Wallis* com comparações pareadas de medianas e ajuste de

Bonferroni. Os dados descritivos são apresentados como porcentagens, médias, desvio padrão e variação. A análise estatística foi realizada através do programa R.2.11.1, *Copyright The R Foundation for Statistical Computing*.

## RESULTADOS

Dos pacientes em estudo, predominou o sexo masculino 60(57,1%), faixa etária entre 41 a 60 anos 61(58,1%), tempo de internação entre 6 a 15 anos 59(56,2%). O tempo médio de internação foi de 10,9(7,3) com variação de 1 a 29 anos (Tabela 1).

**Tabela 1-** Dados demográficos e tempo de internação dos pacientes segundo unidade de internação. (N=105). Lins, 2010

<i>Variáveis</i>	F1 (n= 40) n (%)	F3 (n= 26) n (%)	C3 (n= 39) n (%)	Total (N=105) N (%)
<b>Sexo</b>				
Feminino	11(27,5)	18 (69,0)	16 (41,0)	45 (42,9)
Masculino	29(72,5)	8 (31,0)	23 (59,0)	60 (57,1)
<b>Idade (anos)</b>				
≤20	-	1 ( 3,9)	-	1 ( 0,9)
21-40	3( 7,5)	9 (34,6)	3 ( 7,7)	15 (14,3)
41-60	27(67,5)	13 (50,0)	21 (53,8)	61 (58,1)
61-80	10(25,0)	3 (11,5)	15 (38,5)	28 (26,7)
M (DP)	53,8 (10,3)	44,2 (13,1)	56,7 (10,7)	52,5 (11,4)
Variação	31-78	18-64	25-80	18-80
<b>Tempo de Internação (anos)</b>				
≤ 5	7 (17,5)	9 (34,6)	9(23,0)	25 (23,8)
6 - 10	16 (40,0)	6 (23,0)	10(25,6)	32 (30,5)
11- 15	10 (25,0)	7 (27,0)	10(25,6)	27 (25,7)
16 - 20	3 ( 7,5)	2 ( 7,7)	4(10,2)	9 ( 8,6)
21 - 25	3 ( 7,5)	-	1( 2,6)	4 ( 3,8)
26 - 29	1 ( 2,5)	2 (7,7)	5 (13,0)	8 ( 7,6)
M (DP)	10,7 (6,2)	9,8 (6,0)	12(8,2)	10,9(7,3)
Variação	1-27	1-29	1-28	1-29

Dentre os diagnósticos houve predominância de esquizofrenia 50(47,7%) e retardo mental 41(39%). O diagnóstico de esquizofrenia foi mais frequente nas unidades F1 -20 (50%) e C3 -21(53,8%) e o de retardo mental na unidade F1 -15(37,5%). Em relação ao nível de dependência observou-se maior número de pacientes classificados como nível

de dependência discreta 77(73,3%) sendo a maior concentração na unidade C3-35(89,7%). O nível de dependência plena foi encontrado somente na unidade F1 (2-5%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Caracterização dos diagnósticos clínico-assistenciais e classificação do nível de dependência por unidade investigada. Lins, 2010

<i>Variáveis</i>	F1 (n=40) n (%)	F3 (n=26) n (%)	C3 (n=39) n (%)	Total (N=105) N (%)
Esquizofrenia	20 (50,0)	9 (34,6)	21 (53,8)	50 (47,7)
Retardo mental	15 (37,5)	13 (50,0)	13 (33,3)	41 (39,0)
Epilepsia	3 (7,5)	2 (7,7)	3 (7,7)	8 (7,6)
Transt.mental orgânico	2 (5,0)	2 (7,7)	2 (5,2)	6 (5,7)
<i>Níveis de dependência</i>				
Discreta	27 (67,5)	15 (57,7)	35 (89,7)	77 (73,3)
Intermediária	11 (27,5)	11 (42,3)	4 (10,3)	26 (24,8)
Plena	2 (5,0)	-	-	2 (1,9)

A tabela 3 mostra a distribuição dos pacientes com esquizofrenia e retardo mental segundo as variáveis demográficas (sexo e idade) e tempo de internação em razão do grande número destes diagnósticos na população estudada. Houve discreto predomínio do sexo masculino, tanto nos pacientes com esquizofrenia 27(54%) quanto nos portadores de retardo mental 22(53,7%). A idade média foi de 57,9(10,9) anos para esquizofrenia e de 52,8(13,7) para retardo mental. A média do tempo de internação dos pacientes com esquizofrenia foi de 10,3(6,0) anos e, para os pacientes com retardo mental, 11,9(7,9), não evidenciando diferença significativa entre os gêneros.

**Tabela 3-** Distribuição dos pacientes com Esquizofrenia e Retardo Mental segundo variáveis idade e tempo de internação. Lins, 2010.

Variáveis	Esquizofrenia (N=50)			Retardo Mental (N=41)		
	M n (%)	F n (%)	T N (%)	M n (%)	F n (%)	T N (%)
<b>Idade (anos)</b>	27(54)	23(46)	50 (100)	22(53,7)	19(46,3)	41 (100)
21 – 40	1(3,7)	1(4,3)	2(4,0)	4(18,2)	3(15,8)	7(17,1)
41 – 60	17(3,0)	14(60,9)	31(62,0)	14(63,6)	7(36,8)	21(51,2)
61 – 80	9(33,3)	8(34,8)	17(34,0)	4(18,2)	9(47,4)	13(31,7)
M (DP)	56,4(10,6)	59,7(11,4)	57,9(10,9)	50,5(12,1)	56,8(14,6)	52,8(13,7)
Variação	36-72	36-72	25-74	28-67	34-78	28-78
<b>Tempo de internação(anos)</b>						
≤ 5	7(25,9)	6(26,1)	13(26,0)	4(17,3)	5(27,8)	9(21,9)
6 – 10	8(29,7)	5(21,7)	13(26,0)	10(43,7)	3(16,7)	13(31,8)
11 – 15	8(29,6)	8(34,9)	16(32,0)	4(17,3)	5(27,8)	9(21,9)
16 – 20	3(11,1)	2(8,7)	5(10,0)	2(8,7)	1(5,5)	3(7,3)
21 – 25	1(3,7)	1(4,3)	2(4,0)	-	2(11,1)	2(4,9)
26 – 29	-	1(4,3)	1(2,0)	3(13,0)	2(11,1)	5(12,2)
M (DP)	9,9(5,5)	10,8(6,6)	10,3(6,0)	11,5(7,6)	12,4(8,3)	11,9(7,9)
Variação	1-22	1-27	1-27	5-28	1-29	1-29

A Tabela 4 apresenta a análise de componentes principais dos fatores 1 e 2 mostrando quanto cada fator explica e o quanto cada variável entra na composição fatorial através dos pesos. Analisando os 11 indicadores, os dois primeiros fatores correspondem 60,3% da variação total dos dados. O primeiro fator, que explica a intensidade dos cuidados por si só, representa 46,3% da variabilidade total, sendo considerado, dessa forma, o mais importante, ou seja, aquele que tem mais poder de discriminação.

Quando analisado os pesos fatoriais é possível destacar que as áreas de cuidados mais significantes no fator 1 são: Interação social (0,51), Expressão do pensamento (0,42), Atividades (0,38), Cuidados com a aparência e higiene (0,37), Eliminações (0,35) e Humor e afeto (0,34). Os indicadores críticos Interação social (51%) e Expressão do pensamento (42%) apresentaram maior peso fatorial e o indicador Sinais vitais e outros controles o menor peso (0,01).

O fator 2 explica a contraposição entre a necessidade de cuidados das áreas biológicas e sociais, representando 14% da variabilidade total. Ele combina as áreas de cuidados: Alimentação/hidratação (0,57), Eliminações (0,53), Cuidados com a aparência e higiene (0,29) e Sinais vitais e outros controles (0,25), contrapondo-as às áreas Expressão do pensamento (-0,28), Atividades (-0,28), Interação social (-0,22) e Humor e afeto (-0,20). As áreas de cuidados Alimentação/hidratação (0,57), Eliminações (0,53), Expressão do pensamento e Atividades (-0,28 cada) foram as que mais contribuíram na percepção dessa contraposição interna dentro dos grupos.

**Tabela 4** – Apresentação da Matriz de Covariância com os pesos fatoriais da Análise de Componentes Principais dos fatores 1 e 2. Lins, 2010.

<i>Matriz de Covariância</i>		
<i>Variável</i>	<i>PC1</i>	<i>PC2</i>
Autovalor	1,136	0,344
Proporção	0,463	0,140
Cumulativo	0,463	0,603
AC1	0,37	0,29
AC2	0,42	-0,28
AC3	0,34	-0,20
AC4	0,38	-0,28
AC5	0,51	-0,22
AC6	0,20	0,57
AC7	0,07	0,03
AC8	0,03	0,04
AC9	0,35	0,53
AC10	-0,01	0,25
AC11	0,01	0,03

AC1 = Cuidados com a aparência e Higiene; AC2 = Expressão do Pensamento; AC3 = Humore Afeto; AC4 = Atividades; AC5 = Interação Social; AC6 = Alimentação e Hidratação; AC7 = Sono; AC8 = Medicação; AC9 = Eliminações; AC10 = Sinais Vitais e Outros Controles; AC11 = Queixase Problemas Somáticos.

A carga média de trabalho nas três unidades investigadas variou de 119,6(6,0) a 183(8,5) horas; as horas médias de assistência dispensadas aos pacientes de 0,57 a 0,88 (enfermeiros) e 1,97 a 3,16 (auxiliares de enfermagem). Em relação ao número de

profissionais/leito nas unidades houve variação de 0,27 a 0,42; enfermeiros/leito variação 0,07 a 0,11 e auxiliares de enfermagem/leito variação 0,20 a 0,31 (Tabela 5).

**Tabela 5**– Carga de trabalho da equipe de enfermagem, relação enfermeiro/leito e auxiliar de enfermagem/leito por unidade de internação. Lins, 2010

<i>Variáveis</i>	<b>F1(n=40)</b>	<b>F3(n=26)</b>	<b>C3(n=39)</b>
<i>Carga de trabalho (horas)</i>			
M(DP)	183(8,5)	119,6(6,0)	157,5(2,6)
Por paciente	4,57	4,60	4,00
Variação	170-208	107-127	150-160
<i>Enfermeiros</i>			
Carga horária total	690	690	690
Nº pacientes-dia	1.200	780	1.170
Horas do enfermeiro	0,57	0,88	0,59
<i>Aux. Enfermagem</i>			
Carga horária total	2.620	2.471	2.313
Nº pacientes-dia	1.200	780	1.170
Horas Aux.Enfermagem	2,18	3,16	1,97
<i>Relação</i>			
Enfermagem/leito	0,27	0,42	0,28
Enfermeiro/leito	0,07	0,11	0,08
AuxEnf./leito	0,20	0,31	0,20

## DISCUSSÃO

A esquizofrenia foi o diagnóstico de maior predomínio 50(47,7%) corroborando outros estudos realizados 43,3%<sup>(15)</sup>, seguido de retardo mental 41(39%). O longo tempo de internação 10,9 anos demonstra, ainda, a existência de instituições psiquiátricas de longa permanência, apesar da proposta de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica. Em relação às necessidades de cuidados a maioria dos pacientes se encontrava no nível de dependência discreta- 73,3%. Outros estudos utilizando o mesmo instrumento encontraram, nesta mesma categoria, 58% de pacientes em instituição psiquiátrica<sup>(11)</sup> e 62% em unidade de internação psiquiátrica de hospital geral<sup>(12)</sup>.

Os indicadores críticos Interação social (0,51) e Expressão do pensamento (0,42) representaram os maiores pesos fatoriais, ou seja, foram os indicadores mais importantes para captar a mudança na categoria de cuidados. A área de cuidado Interação social, aborda o comportamento do paciente nas relações sociais e interpessoais. A interação social pode trazer qualidade de vida ao paciente<sup>(16)</sup> ou evitar a depressão<sup>(17)</sup>. Porém a qualidade da interação social é mais importante que a quantidade, sendo um dos fatores mais importantes na recuperação e prevenção dos problemas de saúde mental<sup>(18)</sup>. Questionou-se, neste estudo, se as necessidades de cuidados de enfermagem diferiam entre pacientes esquizofrênicos e com retardo mental, porém não foi evidenciado alterações ( $p < 0,18$ ).

Os pacientes estudados encontravam-se alocados em três unidades distintas (F1, F3 e C3), conforme o diagnóstico médico e julgamento clínico dos enfermeiros. Embora a instituição não utilize instrumento de classificação, a identificação do perfil permitiu verificar que os pacientes encontravam-se distribuídos nas unidades de forma adequada. Isto talvez possa ser explicado pelo elevado tempo de experiência profissional dos enfermeiros, na especialidade, e investimento da instituição na qualificação profissional.

A avaliação da carga de trabalho e a adequação dos recursos humanos de enfermagem permitem assistência segura e de qualidade. Assim, indicadores têm sido utilizados para mensurar e avaliar os efeitos da assistência prestada possibilitando o ajuste quantitativo da equipe de enfermagem às necessidades de cada paciente individualmente<sup>(19)</sup>. Dentre eles, o indicador de gestão de pessoas referenciado pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), que possibilita avaliar as horas de assistência de enfermagem por categoria profissional e de cuidado<sup>(13)</sup>.

A composição da equipe de enfermagem lotada nas unidades de internação foi representada por 9,6% de enfermeiros e 90,4% de auxiliares de enfermagem. A carga média de trabalho variou de 119,6 a 183h. Investigando-se as horas de assistência por categoria profissional, os valores variaram de 0,57 a 0,88 h para enfermeiros e de 1,97 a 3,16 h para auxiliares de enfermagem, totalizando 2,56 a 4,04 h de cuidados por paciente nas 24 h.

No que se refere às unidades de internação encontrou-se variação de 0,27 a 0,42 profissionais/leito. O número de pacientes que pode ser terapêuticamente assistido pela equipe de enfermagem ainda não se encontra bem delineado na literatura<sup>(6)</sup>. Dados apresentados em 2009 pelo CQH, referente a quatro hospitais psiquiátricos, revelaram a mediana de 0,12 enfermeiros/leito (variação 0,08 a 0,37)<sup>(20)</sup>. A Resolução da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) 864/2002 do Rio de Janeiro institui como parâmetro de dimensionamento de recursos humanos para enfermagem 5,5 horas de atendimento por paciente/dia em clínica psiquiátrica<sup>(21)</sup>.

Na unidade F1 estavam alocados pacientes com necessidades de maior assistência clínica, sendo enfatizada a reabilitação psiquiátrica com enfoque na reabilitação psicossocial e na ampliação da qualidade de vida. Foi constatado, após a classificação, ser a única unidade a apresentar pacientes de dependência plena (5%). Apresentou menor proporção de profissionais de enfermagem/leito (0,27), enfermeiro/leito (0,07) e menor número de horas dispensadas por enfermeiro (0,57) em relação à assistência de enfermagem. A carga de trabalho de acordo com o perfil assistencial por paciente foi de 4,57 h contra a efetivamente realizada de 2,75 h, observando-se uma defasagem de 1,82h. Considerando ser esta única unidade a apresentar pacientes na categoria de cuidados plena 5%, as horas dispensadas para assistência de enfermagem ficam aquém

dos valores preconizados pela Resolução Cofen/2004 (9,4 h de enfermagem por paciente na assistência plena) ou da Resolução 864/2002 do Rio de Janeiro (5,5 h de atendimento por paciente/dia).

Os pacientes da unidade F3 necessitam de cuidados mais intensivos em psiquiatria devido à ocorrência de surtos psicóticos frequentes. Esta unidade apresentou menor número de pacientes, sendo 42,3% classificados como de dependência intermediária e mais jovens em média. Nela encontrou-se a proporção de 0,11 enfermeiro/leito, próximo a mediana do CQH (0,12). A carga de trabalho de acordo com o perfil assistencial foi de 4,6 h/paciente, próximo a realizada - 4,04 h. Contudo, não atingiu os valores preconizados pelo COFEN (5,6 h) e resolução do Rio de Janeiro (5,5h).

Pacientes com menor grau de dependência em relação à enfermagem - dependência discreta - 90% foram encontrados na unidade C3. Devido às características destes pacientes é enfatizado a autogestão e autocuidado. O tempo médio de assistência para enfermeiros foi de 0,59 h e de auxiliares de enfermagem de 1,97 h, totalizando 2,56 h de assistência da equipe de enfermagem. A relação enfermagem/leito - 0,28 expressando valores próximos aos encontrados na unidade F1.

Resultados da proporção de pessoal de enfermagem/leito denotam diferentes realidades em diferentes serviços. Quantitativos inadequados podem comprometer a qualidade da assistência de enfermagem prestada e o trabalho do enfermeiro. Em estudo realizado em hospital psiquiátrico, observou-se que os profissionais embasados na vivência diária, adotavam de forma rudimentar a gravidade do paciente como critério para o dimensionamento de pessoal<sup>(22)</sup>. Consequentemente, por não realizarem classificação de pacientes antecedendo o dimensionamento de pessoal não conseguiam

fundamentar sua argumentação diante da necessidade de ampliação do quadro de pessoal.

Os achados do presente estudo evidenciaram que a previsão e a distribuição de pessoal de enfermagem, realizada de forma empírica, sem avaliação adequada da complexidade assistencial do paciente, acarretam equívocos na coordenação da assistência, podendo ocorrer sobrecarga da equipe de enfermagem, insatisfação profissional e aumento da taxa de absenteísmo.

Os achados desse estudo, no que se refere à carga de trabalho, representam a realidade de uma instituição de longa permanência e podem diferir em outros hospitais que atendem pacientes com transtornos mentais. Contudo, devido à inexistência de investigações sobre carga de trabalho junto a esta população, surge como um ponto de partida para que futuras discussões sobre essa temática possam ser estabelecidas.

## **CONCLUSÃO**

A informação sobre a demanda de cuidados dos pacientes com transtornos mentais em relação à enfermagem instrumentaliza a tomada de decisões e ações gerenciais voltadas ao planejamento da assistência e ajuste quanti-qualitativo da equipe de enfermagem nas unidades. Este estudo evidenciou que as horas de assistência dispensadas pela equipe de enfermagem estavam insuficientes para atender as necessidades cuidativas dos pacientes.

Espera-se que este estudo possa contribuir na busca por soluções para a melhoria na assistência de enfermagem aos portadores de transtornos psiquiátricos e subsidiar o dimensionamento de pessoal nesta especialidade. Torna-se necessária a realização de

novas pesquisas que permitam comparação com os resultados encontrados nesta investigação.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil, Ministério da Saúde. Informativo Eletrônico da SE/CNS para os conselheiros nacionais, Ano VI, Brasília, 29/06/2010.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório da gestão 2003-2006. Secretaria da Atenção à Saúde/ DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: 2007, 85p.
3. Sarraceno B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Cora editora, 1999. 176p.
4. Steverink N, Lindenberg S. Which social needs are important for subjective well-being? : What happens to them with aging? *Psych Aging* 2006;21(2):281-290.
5. Horta, WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária da USP, 1979.
6. Martins PASF, Forcella HT. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem psiquiátrica. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(1):62-7.
7. Ekdawi MY, Conning AM. *Psychiatric rehabilitation: A practical guide.* London: Chapman & Hall, 1994.

8. Perroca MG. Instrumento para classificação de pacientes: opinião de usuários e análise de indicadores de cuidado. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online]. 2008, vol. 42, n.4, pp. 656-664
9. O'Brien-Pallas L; Irvine D; Peereboom E; Murray M. Measuring nursing workload: Understanding the variability. *NursingEconomics* 1997;15(4):171-182
10. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. [acesso em 2009 aug 18]. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resoluções/resolucao293.htm>.
11. Martins PASF, Arantes EC, Forcella HT. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica: validação clínica. *RevEscEnferm USP*. 2008; 42(2):233-41.
12. Oliveira RP, Laus AM. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(5): 1164-70
13. Programa de Qualidade Hospitalar. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). São Paulo: APM/CREMESP; 2006.
14. Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005. p.125-137.
15. Barros NHS. Características biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em hospital psiquiátrico de Campo Grande-MS, [dissertação]. Campo

- Grande (MS). Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, 2007.
16. Santos SR, Costa Santos IB, Fernandes MGM & Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(6):757-764.
  17. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(4):431-438.
  18. Carmona CGH, Melo NA. *Comunicacion interpersonal: Programa de Entrenamiento em habilidades sociales*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2000.
  19. Krokosz DVC. *Efeitos da alocação de pessoal e carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-cirúrgicas [dissertação]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
  20. Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). *Compromisso com a qualidade hospitalar. Indicadores 2009 4º trimestre*. Hospitais Psiquiátricos [texto na Internet]. [citado 2012 fev. 23]. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/?q=node/322>.
  21. Rio de Janeiro (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Resolução de SMS n.864 de 12 de abril de 2002. Considerações acerca do perfil da unidade e do modelo assistencial/parâmetro de dimensionamento de recursos humanos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde. *Diário oficial do município do Rio de Janeiro*, 15 abr. 2002 p. 23.
  22. Carvalho MB, Felli VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 14(1): 61-9.

### **3 CONCLUSÃO**

---

### **3 CONCLUSÃO**

Apesar da proposta de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica, o perfil sócio demográfico e epidemiológico dos pacientes e o longo tempo de internação, encontrados nessa pesquisa, parecem justificar, ainda, a existência de instituições psiquiátricas de longa permanência.

As horas de assistência dispensadas pela equipe de enfermagem mostraram-se incompatíveis com as necessidades cuidativas dos pacientes e o quadro de pessoal com a carga de trabalho. Dessa forma, recomenda-se a reestruturação quantiqualitativa de pessoal nesta instituição a fim de proporcionar maior segurança e qualidade da assistência aos pacientes e melhores condições de trabalho para os colaboradores.

Almeja-se que os resultados dessa investigação possam instrumentalizar o enfermeiro no processo de tomada de decisão, negociação e implementação de ações no que se refere à gestão de pessoas e contribuir na elaboração de políticas de saúde mental.

## **4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

---

#### 4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. The world health report 2001 mental health: new understanding, new hope. Lisboa: WHO; 2002.
2. Ministério da Saúde. Carta eletrônica. Informativo Eletrônico da SE/CNS para conselheiros nacionais [periódico na Internet]. 2010 Set [acesso em 2012 Fev 5];6:[aproximadamente 3 p.]. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/carta\\_eletronica\\_29092010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/carta_eletronica_29092010.pdf)
3. Castro AS. Caracterização sócio demográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007 [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2009
4. Junqueira SAE. Perfil sócio-demográfico e clínico de pacientes psiquiátricos tratados em Hospital-Dia [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2009.
5. Barros S, Bichaff R, organizadoras. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP; 2008.
6. Silva JPL, Coutinho ESF, Amarante PD. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 1999;15(3):505-11.
7. Barros NHS. Características biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em hospital psiquiátrico de Campo Grande-MS [dissertação]. Campo Grande (MS): Universidade Católica Dom Bosco; 2007.

8. Chaves AC. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Suppl 1):21-2
9. Alves AMO. Perfil sócio demográfico e clínico do portador de doença mental crônica egresso do Hospital-Dia de Psiquiatria da Santa Casa de Campo Grande-MS [dissertação]. Campo Grande (MS): Universidade Católica Dom Bosco; 2003.
10. Keusen AL, Lima LA. Perfil da clientela de um asilo: Colônia Juliano Moreira. *J Bras Psiquiatr.* 1994;43(5):281-3.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. 2010 [acesso em 2012 Fev 15]. Síntese de Indicadores Sociais 2010. SIS 2010: Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos; [aproximadamente 7 telas]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impressao.php?id\\_noticia=1717](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1717)
12. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2003;81(8):609-15.
13. Foucault M. História da loucura. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2002.
14. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latinoam Enferm.* 2003;11(3):333-40.
15. Travelbee J. *Intervention em enfermagem psiquiátrica.* Colômbia: Carvajal AS; 1982.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional

- de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005.
17. Saeki T. Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1992.
  18. Souza MGG, Cruz EMTN, Stefanelli MC. Educação continuada e enfermeiros de um hospital psiquiátrico. *RevEnferm UERJ*. 2007;15(2):190-6.
  19. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
  20. Beteghelli P, Toledo VP, Crepschi JLB, Duran ECM. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. *RevEletrEnferm* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2012 Fev 5];7(3): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/pdf/original\\_11.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/pdf/original_11.pdf)
  21. Goldeberg J. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial-CAPS. In: Pitta A, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 33-47.
  22. Cintrão MA. Enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental nos cursos de habilitação profissional de técnico de enfermagem e qualificação profissional de auxiliar de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
  23. Bartels SJ, Mueser KT. Psychosocial rehabilitation for older adults with serious mental illness: Introduction to special series. *Am J PsychiatrRehabil*. 2008;11(1):1-6.

- 
24. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília (DF): OMS; 2003.
  25. Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
  26. Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2002.
  27. Perroca MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. *RevLatinoamEnferm*. 2011;19(1):58-66.
  28. Conselho Federal de Enfermagem [homepage na Internet]. Paulo: COREN-SP; 2004 [acesso em 2011 Dez 18]. Resolução n.293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados; [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/122.pdf>
  29. Ribeiro CM. Sistema de classificação de pacientes como subsídio para provimento de pessoal de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 1972.
  30. Conselho Federal de Enfermagem [homepage na Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2012 [acesso em 2009 Ago 18]. Legislação. Resolução n. 189/1996. Revogada pela RESOLUÇÃO COFEN-293/2004. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de

enfermagem nas instituições de saúde; [aproximadamente 3 telas].

Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4249>

31. Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da USP de São Paulo. *RevMedHosp Univ.* 1994;4 (1/2):63-8.
32. Perroca MG. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 1996.
33. Martins PASF, Forcella HT. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem psiquiátrica. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(1):62-7.
34. Martins PASF, Arantes EC, Forcella HT. Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica: validação clínica. *RevEscEnferm USP.* 2008; 42(2):233-41.
35. Oliveira RP, Laus AM. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. *RevEscEnferm USP.* 2011;45(5):1164-70.

**APÊNDICE**

---

## APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido (a) sobre o projeto de pesquisa intitulado **“Avaliação do perfil sócio demográfico, epidemiológico e assistencial de pacientes psiquiátricos”** sob a responsabilidade da mestranda Helena Ayako Mukai quanto aos seguintes aspectos:

1. Objetivos do estudo e sua importância para a prática assistencial e gerencial do enfermeiro;
2. Natureza da participação na pesquisa;
3. Possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação;
4. O sigilo das respostas será garantido;
5. Os resultados serão utilizados apenas para divulgação em revistas e eventos científicos;
6. Posso desistir de minha participação a qualquer momento;
7. Posso consultar a pesquisadora responsável pessoalmente ou por telefone para esclarecimento e dúvidas;

Assim, consinto em participar do projeto de pesquisa em questão, por livre vontade sem que tenha sido submetido (a) a qualquer tipo de pressão.

---

Assinatura do participante

São José do Rio Preto, ..... de ..... 2010.

Pesquisadora responsável: Helena Ayako Mukai

Orientadora: Profa Dra Márcia Galan Perroca

Endereço: Rua Cônego Vicente Francisco de Jesus, 200 apto 21

Jardim Santa Clara- Lins- São Paulo CEP- 16402-128

Fone: 14- 3522-5612 celular: 14-8131-3989

Comitê de Ética em Pesquisa – Fone: (17) 3201-5813

**APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Esclarecido****I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. Nome do Paciente:			
Documento de Identidade nº	Sexo:	Data de Nascimento:	
Endereço:		Cidade:	U.F.
Telefone:		CEP:	

1. Responsável Legal:			
Documento de Identidade nº	Sexo:	Data de Nascimento:	
Endereço:		Cidade:	U.F.
Natureza (grau de parentesco, tutor, curador, etc.):			

**II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**

1. Título do protocolo de pesquisa: “Avaliação do perfil sócio demográfico, epidemiológico e assistencial de pacientes psiquiátricos: aplicação de instrumento”.		
2. Pesquisador responsável: HELENA AYAKO MUKAI		
Cargo/função: Mestranda em Ciências da Saúde	Inscr.Cons.Regional: Coren-SP-38795	Unidade ou Departamento do Solicitante: FAMERP- Faculdade de Medicina de Rio Preto
3. Avaliação do risco da pesquisa: (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo).		
<input type="checkbox"/> SEM RISCO	<input type="checkbox"/> RISCO MÍNIMO	<input type="checkbox"/> RISCO MÉDIO
RISCO MAIOR		
a) Justificativa e os objetivos da pesquisa (explicitar):		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificar e analisar indicadores de desempenho de uma instituição destinada à pacientes psiquiátricos no período de 2006-2009</li> <li>- investigar o perfil sócio demográfico e epidemiológico de pacientes internados em um hospital neuropsiquiátrico referentes aos anos de 2006 a 2009</li> <li>- avaliar a complexidade assistencial em relação à enfermagem de pacientes com transtornos psiquiátricos.</li> </ul>
<p>b) Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: (explicitar)      Aplicação de instrumento de classificação de pacientes na especialidade psiquiatria</p>
<p>6. Desconfortos e riscos esperados: (explicitar)- Nenhum</p>
<p>a) Benefícios que poderão ser obtidos: (explicitar)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- melhorar a qualidade assistencial a estes pacientes</li> <li>- realizar o dimensionamento do quadro de enfermagem</li> <li>- na prática administrativa, realizar a previsão do quantitativo e do qualitativo de pessoal de enfermagem</li> <li>- fundamentar as argumentações e justificativas quanto a necessidade de contratação de pessoal.</li> </ul>
<p>8. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: (explicitar)</p>
<p>a) Duração da pesquisa: 30 dias úteis</p>
<p>10. Aprovação do Protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética para análise de projetos de pesquisa em            12 / 07 /2010</p>

### III - EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

<p>1. Recebi esclarecimentos sobre a garantia de resposta a qualquer pergunta, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa e o tratamento do indivíduo.</p>
<p>2. Recebi esclarecimentos sobre a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu tratamento.</p>
<p>3. Recebi esclarecimento sobre o compromisso de que minha identificação se manterá confidencial tanto quanto a informação relacionada com a minha privacidade.</p>
<p>4. Recebi esclarecimento sobre a disposição e o compromisso de receber informações obtidas durante o estudo, quando solicitadas, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando da pesquisa.</p>
<p>5. Recebi esclarecimento sobre a disponibilidade de assistência no caso de complicações e danos decorrentes da pesquisa.</p>

Observações complementares.
-----------------------------

IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador, conforme registro nos itens 1 a 6 do inciso III, consinto em participar, na qualidade de paciente, do Projeto de Pesquisa referido no inciso II.

Local,     /     /

Nome

---

---

Testemunha - RG

---

Testemunha - RG

APÊNDICE 3 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer n.º 319/2010

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O Protocolo n.º 3818/2010 sob a responsabilidade de Helena Ayako Mukai com o título "Avaliação do perfil sócio demográfico, epidemiológico e assistencial de pacientes psiquiátricos: aplicação de instrumento" está de acordo com a Resolução do CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 31 de agosto de 2010.

  
Prof. Dr. Antonio Carlos Pires  
Coordenador do CEP/FAMERP

**APÊNDICE 4-** Registro Diário da Classificação dos Pacientes

**Instrumento de Classificação de Pacientes (Martins, 2001, 2007)**

**Colar Etiqueta de identificação do Paciente aqui**

<b>INDICADORES</b>	<b>ESCORES</b>
1. Cuidados com a aparência e higiene	
2. Expressão do pensamento	
3. Humor	
4. Interação social	
5. Atividades	
6. Alimentação e hidratação	
7. Sono	
8. Medicação	
9. Eliminações,	
10. Sinais vitais e outros controles	
11. Problemas e queixas somáticas	
Total da pontuação	
Categoria de cuidado	
Enfermeiro avaliador ( nome)	
Data e horário	



## ANEXO 1 - Instrumento de Classificação de Martins (2001,2007)

Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica			
Nome do Paciente: _____		Ocupação: _____	
Idade: _____	Sexo: _____	Data de Internação: __/__/__	Nº Registro: _____
1. Cuidados com a Aparência e Higiene			
1	Discreta	Necessita apenas de orientação e supervisão para realizar as atividades de rotina como: uso do chuveiro, guarda de roupas e pertences e higiene adequada. Faz uso adequado de vestimentas e ornamentos.	
2	Intermediária	Necessita de orientação, estímulos verbais e auxílio para higiene adequada. Demonstra algum desinteresse por sua aparência. Abusa de ornamentos.	
3	Plena	Negligente quanto à aparência, veste-se de forma inadequada e ou bizarra, necessita de ajuda para tomar banho, escovar os dentes e realizar higiene íntima.	
2. Expressão do Pensamento			
1	Discreta	Demonstra crítica e juízo preservados. Responde às solicitações. Mantém discurso em tom de voz normal e conteúdo adequado.	
2	Intermediária	Mantém tom de voz elevado ou diminuído. Responde sucintamente às solicitações. Nota-se prejuízo da crítica e julgamento, mantém discurso acelerado, mudando várias vezes de assunto sem encerrar o anterior, fala aparentemente sozinho, mas, quando solicitado, consegue manter um discurso coerente.	
3	Plena	Apresenta idéias delirantes, idéias que expressam alucinações, denotando com certa frequência grande incômodo resultante de tais sintomas, expressa idéias de agitação, fuga ou suicídio, não responde às solicitações. Mantém-se em mutismo ou apesar das alterações, não é capaz de expressá-las.	
3. Humor e Afeto			
1	Discreta	Mantém humor eutímico.	
2	Intermediária	Demonstra certa indiferença, chora sem motivo aparente e com facilidade; não expressa seus sentimentos, faz demonstrações afetivas inadequadas, às vezes alegre, às vezes triste.	
3	Plena	Incapacidade para manejar seus sentimentos excessivamente alegre ou triste, desinteressado de tudo, irrita-se com facilidade, muda bruscamente de estado de humor. Refere vontade de morrer.	
4. Atividades			
1	Discreta	Aceita participar das atividades individuais e grupais, colaborador e ativo; procura ocupações espontaneamente, termina o que inicia e executa-as adequadamente.	
2	Intermediária	Participa de atividades, apenas quando é estimulado, mantendo-se isolado dos demais; não consegue permanecer integralmente nas atividades, não termina o que inicia, tem dificuldade de entrosamento durante as atividades.	
3	Plena	Recusa participar de qualquer atividade, apesar de conhecê-las; fica parado (completamente inativo), não permanece nas atividades.	
5. Interação Social			
1	Discreta	Colaborador, procura interagir espontaneamente.	
2	Intermediária	Mantém-se isolado dos demais; indeciso, tenta seduzir e manipular os demais; anda sozinho de um lado para outro; tem dificuldade no entrosamento e no cotidiano do manejo das relações familiares e sociais; quando solicitado, interage ou apenas responde às solicitações.	
3	Plena	Hostil e ameaçador; não tolera frustrações; muito dependente dos demais; fica parado (completamente inativo); não colabora; fuma em demasia; fuga pertences dos demais; aborda familiares de outros pacientes durante a visita; negligencia suas responsabilidades.	

*Instrumento elaborado pela Enfª. Paula A S F Martins. Fonte: Arantes EC. Observação de comportamento de pacientes internados em hospital psiquiátrico. Rev Bras Enferm. 1968; 11(3): 39-49.*

6. Alimentação / Hidratação			
1	Discreta		Accita adequadamente as refeições e hidratação; mantém hábitos adequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
2	Intermediária		Ingere quantidade insuficiente de alimentos; exige dieta especial (terapêutica); quando estimulado e orientado alimenta-se; mantém alguns hábitos inadequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
3	Plena		Não se alimenta sozinho; tem dificuldade para mastigar ou deglutir; recusa as refeições; ingere quantidade excessiva de alimentos; mantém-se inadequado durante as refeições; realiza ações purgativas, após as refeições.
7. Sono			
1	Discreta		Dorme regularmente à noite.
2	Intermediária		Dorme durante o dia; não dorme à noite mas permanece em seu leito; só dorme após ser medicado (s/n).
3	Plena		Dorme e queixa-se de que não dormiu; não dorme dia e noite e torna-se inquieto e agitado; sonâmbulo; não dorme mesmo depois de medicado uma vez; dorme além do normal tanto de dia como à noite.
8. Medicação			
1	Discreta		Aceita sua medicação; quase sempre conhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; é possível responsabilizá-lo pela própria medicação.
2	Intermediária		Aceita sua medicação após orientação e abordagem; apresenta sintomas de efeitos colaterais e indesejáveis da medicação; desconhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; demonstra certa insatisfação ou medo dos medicamentos; eventualmente, procura por informações sobre a medicação.
3	Plena		Faz tentativas de esconder sua medicação; recusa os medicamentos; necessita de medicações injetáveis; solicita medicamentos a todo o momento.
9. Eliminações			
1	Discreta		As eliminações estão presentes; tem controle esfinteriano.
2	Intermediária		Suas eliminações não são diárias ou são excessivas; tem controle esfinteriano; apresenta obstipação ou eliminações intestinais líquidas; apresenta incontinência urinária decorrente do uso de medicações.
3	Plena		Não tem controle esfinteriano; faz uso inadequado do sanitário.
10. Sinais Vitais e outros Controles			
1	Discreta		Necessita de verificação sistematizadamente.
2	Intermediária		Necessita de verificações de acordo com a evolução clínica, sintomatológica ou queixas.
3	Plena		Necessita de controle de sinais vitais, hídrico, de débito urinário, glicemia, ou outros, várias vezes ao dia; apresenta disfunções clínicas não psiquiátricas (HAS; Diabetes Mellitus; outras).
11. Queixas e Problemas Somáticos			
1	Discreta		Nega queixas somáticas.
2	Intermediária		Refere queixas relativas ao tratamento medicamentoso, de sinais e sintomas crônicos ou outras.
3	Plena		Refere queixas de sintomas agudos de disfunções fisiológicas ou clínicas; apresenta sinais e sintomas de patologias clínicas.
Total:		_____ Pontos	Classificação – Nível de Dependência _____
Diagnóstico de Enfermagem: _____			
Diagnóstico Clínico: _____			
Data: ____/____/____		Período: _____	Enf.º _____
Classificação por Nível de Dependência			
Pontuação	Descrição		
11 a 18	Grau de Dependência Discreta		
19 a 26	Grau de Dependência Intermediária		
27 a 33	Grau de Dependência Plena		

ANEXO 2 Comprovante de Submissão do Manuscrito 1



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ofício nº002/2012 – SMAD

Ribeirão Preto, 02 de abril de 2012.

Prezada Senhora,

O artigo nº2011-0236 intitulado "*Instituição psiquiátrica de longa permanência: perfil de pacientes e indicadores de recursos humanos*", de autoria de Helena Ayako Mukai; Marli de Carvalho Jericó e Márcia Galan Perroca, foi recebido para avaliação na SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.

Atenciosamente,

Ricardo de Oliveira Lima  
Seção de Comunicação e Publicações

ANEXO 3 Comprovante de Submissão do Manuscrito 2



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3890 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3602 3362 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602 0516  
www.eerp.usp.br - erp@eerp.usp.br

Ofício nº 031/2012-RLAE

Ribeirão Preto, 22 de março de 2012

Prezada Autora,

Informamos que o artigo 2469 - Pacientes psiquiátricos institucionalizados: necessidades de cuidados e carga de trabalho, de autoria de Helena Ayako Mukai; Marli de Carvalho Jericó; Márcia Galen Perroca, foi submetido, em 5/3/2012, para avaliação na Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Atenciosamente,

  
Adriana Antônio dos Santos Sousa

Revista Latino-Americana de Enfermagem

**DIVULGAÇÃO**

---

## **Apresentação em eventos científicos**

Os achados científicos deste estudo foram divulgados em dois eventos:

1.VII Congresso Anual de Iniciação Científica (CAIC) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), realizado no período de 4 a 6 de outubro de 2010, em forma de pôster sob o título “*Avaliação do perfil sócio demográfico, epidemiológico e assistencial de pacientes psiquiátricos*”. Encontra-se publicado nos Anais eletrônicos-Revista Arquivos de Ciências da Saúde, vol 17, Supl. 1, 2010.

2.III Encontro Científico e Simpósio de Educação Unisalesiano realizado no período 17 a 21 de outubro de 2011, em Lins, em forma de pôster intitulado “*Necessidades de cuidados de pacientes psiquiátricos hospitalizados*”, apresentado em Anais eletrônicos.

## **DIVULGAÇÃO**



**VII CAIC - CONGRESSO ANUAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**  
**2ª MOSTRA DAS LIGAS ACADÊMICAS DA FAMERP**

04 a 06 de Outubro 2010



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**

**Avaliação do perfil sócio demográfico, epidemiológico e assistencial de pacientes psiquiátricos**

Helena A Mukai<sup>1</sup>; Marli C Jericó<sup>2</sup>; Márcia G Perroca<sup>2</sup>

1 – Mestranda em Ciências da Saúde – FAMERP; 2 – Doutoradas em Enfermagem. Docentes do Departamento de Enfermagem Especializada da FAMERP, São José do Rio Preto-SP

**Introdução:**

Para instrumentalizar o gerenciamento da assistência de enfermagem e implementar mudanças necessárias, torna-se importante conhecer o perfil dos pacientes internados e também os indicadores de desempenho institucional.

**Objetivo:**

Identificar e analisar indicadores de desempenho de uma instituição destinada à pacientes psiquiátricos no período de 2006-2009; investigar o perfil sócio demográfico e epidemiológico de pacientes internados em um hospital neuro psiquiátrico no período citado e, avaliar a complexidade assistencial em relação à enfermagem de pacientes com transtorno psiquiátrico.

**Metodologia:**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, censitária, retrospectiva. Está sendo desenvolvido em um hospital neuropsiquiátrico público de grande porte, localizado no interior do Estado de São Paulo. Os dados relativos aos indicadores hospitalares e à caracterização sócio demográfica e epidemiológica dos pacientes são extraídos da base de dados do sistema de gestão hospitalar após autorização formal da Diretoria da instituição para o acesso. Os indicadores de desempenho institucional estudados constituem-se em: taxa de ocupação, média de permanência, taxa de reinternação, taxa de mortalidade institucional, relação enfermagem/leito, relação enfermeiro/leito e relação auxiliar de enfermagem/leito. Os pacientes internados são classificados diariamente pelos enfermeiros lotados nas unidades investigadas, mediante aplicação de um instrumento validado específico para pacientes com distúrbios psiquiátricos.

**Resultado:**

Dos 105 pacientes em estudo, predominou o sexo masculino (60%), faixa etária entre 41 a 60 anos (50%), sendo a maioria solteira; 80% são portadores de esquizofrenia e retardo mental com tempo de internação variando de um mês a 15 anos. Identificou-se taxa de ocupação de 90%, taxa de reinternação variando de 37 a 75% e taxa de mortalidade entre 10 e 33%.

**Conclusão:**

Os resultados parciais possibilitam visualizar algumas características sócio demográficas e indicadores em saúde de pacientes internados em hospital psiquiátrico no interior do Estado de São Paulo. Investigações que abordam esta temática contribuem para mudanças na forma de assistir o portador de sofrimento mental e gerenciar as ações de enfermagem.



**III ENCONTRO CIENTÍFICO E SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO  
UNISALESIANO**  
Educação e Pesquisa: a produção do conhecimento e a formação de  
pesquisadores  
Lins, 17 – 21 de outubro de 2011

**“NECESSIDADES DE CUIDADOS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS  
HOSPITALIZADOS”**

Helena Ayako Mukai <sup>1</sup> ; Márcia Galan Perroca <sup>2</sup>; Marli de Carvalho Jericó <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) Clemente Ferreira em Lins,  
Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da FAMERP

e-mail: helenamukai@hotmail.com

<sup>2</sup>Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Especializada  
da FAMERP, São José do Rio Preto-SP

e-mail: Márcia.perroca@gmail.com

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Especializada  
da FAMERP, São José do Rio Preto-SP

e-mail: [marlicj@hotmail.com](mailto:marlicj@hotmail.com)

### **Resumo**

Estudo descritivo com abordagem quantitativa objetivou investigar as necessidades de cuidados de enfermagem de pacientes com transtornos mentais, analisar as áreas de cuidados que mais contribuem para a classificação dos pacientes nas categorias de cuidados, identificar horas médias de assistência e a carga de trabalho da enfermagem, utilizando instrumento de classificação de pacientes. Evidenciou-se o perfil assistencial de cuidados discretos e as áreas de cuidados interação social e expressão do pensamento como mais importantes para captar a mudança na categoria de cuidado. As horas de assistência dos enfermeiros variaram de 0,57 a 0,88 e dos auxiliares, de 1,97 a 3,16.

### **Introdução**

As ações de enfermagem para atendimento das necessidades cuidativas dos portadores de transtorno mental caracterizam-se pela ênfase na recuperação de sua autonomia, reintegração familiar e social, nas atividades de relacionamento interpessoal e trabalho interdisciplinar almejando humanização da assistência e qualidade de vida ao paciente. Torna-se importante conhecer a demanda de



**III ENCONTRO CIENTÍFICO E SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO  
UNISALESIANO**  
Educação e Pesquisa: a produção do conhecimento e a formação de  
pesquisadores  
Lins, 17 – 21 de outubro de 2011

cuidados dos pacientes em relação à enfermagem no sentido de implementar mudanças necessárias no processo de assistir e no gerenciamento da assistência.

#### **Objetivos**

Investigar as necessidades de cuidados de enfermagem de pacientes com transtornos mentais; analisar as áreas de cuidados que mais contribuem para a classificação dos pacientes nas diferentes categorias de cuidados; identificar as horas médias de assistência de enfermagem e a carga de trabalho da equipe de enfermagem.

#### **Metodologia**

O estudo caracteriza-se como descritivo com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido em um hospital neuropsiquiátrico público de grande porte localizado na região sudeste do Brasil. Foram sujeitos do estudo 105 pacientes portadores de transtorno mental, avaliados por seis enfermeiras durante 30 dias utilizando-se o instrumento de classificação proposto e validado por Martins (2001, 2007). Utilizou-se a Análise de Componentes Principais (ACP) e a Análise de Variância (ANOVA) para estudar o comportamento das variáveis (áreas de cuidados).

#### **Resultados e discussão**

Houve predominância de pacientes do sexo masculino (60- 57,1%) com idade média de  $52,5 \pm 11,4$  (variação 18-80 anos) e tempo médio de internação de  $10,9 \pm 7,3$  (variação 1-29 anos). Os diagnósticos mais freqüentes foram esquizofrenia (50 - 47,7%) e retardo mental (41- 39,0 %). Com relação ao perfil assistencial foram encontrados pacientes nas categorias de cuidados discreta (77 - 73,3%), intermediária (26 – 24,8%) e plena (2 - 1,9%). Os achados evidenciaram as áreas de cuidados Interação Social e Expressão do Pensamento como as mais importantes para captar a mudança na categoria de cuidado. As horas de assistência dispensadas aos pacientes pelos enfermeiros lotados nas unidades estudadas variaram de 0,57 a 0,88 hora e, para os auxiliares de enfermagem, essa variação foi de 1,97 a 3,16

#### **Conclusões**

A informação sobre a demanda de cuidados dos pacientes com transtornos mentais em relação à enfermagem instrumentaliza a tomada de decisões e ações gerenciais voltadas ao planejamento da assistência e reajuste quantitativo da equipe de enfermagem nas unidades.



**III ENCONTRO CIENTÍFICO E SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO  
UNISALESIANO**  
Educação e Pesquisa: a produção do conhecimento e a formação de  
pesquisadores  
Lins, 17 – 21 de outubro de 2011

**Descritores:** Pessoas mentalmente doentes/Classificação; Enfermagem psiquiátrica; Avaliação em enfermagem.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- OMS, The world health report 2001 mental health: new understanding, new hope, 1a edição, Lisboa-Portugal, abril 2002
- 2- BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório da gestão 2003-2006. Secretaria da Atenção à Saúde/ DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: janeiro de 2007, 85p.
- 3- SAEKI, T. Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1994
- 4- BRENWIN, C; WING, JK; MANGEN, SP; BRUGHS, TS; MACCARTHY B, 1987. Principles and practice of mensuring needs in the long-term mentally ill: the Medical Research Council needs for assessment. Psychological Medicine 17:971-981.
- 5- STEVERINK, N. & LINDENBERG, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? : What happens to them with aging?. Psychology and Aging, 21(2), 281-290.
- 6- HORTA, WA. Processo de enfermagem. Editora Pedagógica Universitária: Editora da Universidade de São Paulo, 1979.
- 7- EKDAWI, MY. & CONNING, AM. (1994). Psychiatric rehabilitation: A practical guide. London: Chapman & Hall.
- 8- BARTELS, SJ. & MUESER, KT. (2008). Psychosocial rehabilitation for older adults with serious mental illness: Introduction to special series. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 11, 1-6.
- 9- GIOVANETTI, P. Understanding patient classification systems. J. Nurs Adm. 1979; 9 (2): 4-9



**III ENCONTRO CIENTÍFICO E SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO  
UNISALESIANO**  
**Educação e Pesquisa: a produção do conhecimento e a formação de  
pesquisadores**  
Lins, 17 – 21 de outubro de 2011

- 10- DE GROOT, HA. Patient classification system evaluation: Part 2, System selection and implementation. J Nurs Adm. 1989; 19 (7): 24-30
- 11- MALLOCH, K; CONOVALOFF, A. Patient classification systems, Part 1: The third generation. J. Nurs Adm 1999; 29 (7-8): 49-56.
- 12- GAIDZINSKI, RR. O dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde. In: Kurcgant P, editor. Gerenciamento em enfermagem, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 10, p. 125-137.
- 13- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 189/1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. [acesso em 2009 aug 18]. Disponível em <http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucoes189.htm>.
- 14- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n.293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. [acesso em 2009 aug 18]. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucoes/resolucao293.htm>.
- 15- FUGULIN, FMT; SILVA, SHS, SHIMIZU, HE; CAMPOS, FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da USP de São Paulo. Rev. Med. HU-USP 1994; 4 (1/2): 63-8
- 16- PERROCA, MG. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: validação clínica. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000
- 17- PERROCA, MG. Patient classification systems-the brazilian experience. Health it Manag. 2009; 4 (1):36-9
- 18- MARTINS, PASF. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001
- 19- MARTINS, PASF. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica: validação clínica, [tese] Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-SP, 2007.
- 20- SILVA, JPL; COUTINHO, ESF; AMARANTE, PD, 1999. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, 15:505-511

