

ANA LÚCIA PREZIA SAMPAIO

**ANÁLISE DOS CASOS DE ÓBITO EM PACIENTES
INTERNADOS EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA
DE HOSPITAL GERAL**

CAMPINAS

2007

ANA LÚCIA PREZIA SAMPAIO

**ANÁLISE DOS CASOS DE ÓBITO EM PACIENTES
INTERNADOS EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA
DE HOSPITAL GERAL**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, área de Concentração em Ciências Biomédicas.*

ORIENTADOR: PROF.DR. PAULO DALGALARRONDO

CAMPINAS

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sa47a

Sampaio, Ana Lúcia Prezia

Análise dos casos de óbito em pacientes internados em Unidade Psiquiátrica de Hospital geral / Ana Lúcia Prezia Sampaio. Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador : Paulo Dalgalarrodo

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Mortalidade. 2. Unidade Hospitalar de Psiquiatria. 3. Transtornos mentais. 4. Pacientes internados. I. Dalgalarrodo, Paulo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Analysis of the cases of death in patients hospitalized in Psychiatric Unit of General Hospital

Keywords: • Mortality

- Psychiatric Department Hospital
- Mental disorder
- Inpatients

Titulação: Mestre em Ciências Médicas

Área de concentração: Ciências Biomédicas

Banca examinadora: Prof Dr Paulo Dalgalarrodo

Prof Dr Marco Antonio Alves Brasil

Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

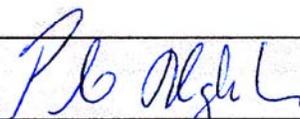
Data da defesa: 29 - 08 - 2007

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

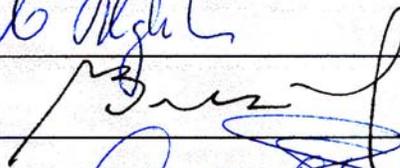
Orientador: Prof Dr. Paulo Dalgalarrodo

Membros:

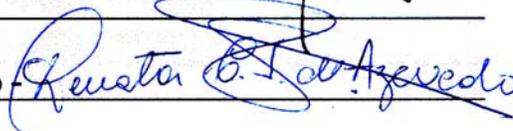
1. Prof. Dr. Paulo Dalgalarrodo -



2. Prof. Dr. Marco Antônio Alves Brasil -



3. Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo -



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 29/08/2007

DEDICATÓRIA

Ao Lucas e Fábio

*Como uma forma de recompensar as ausências e
compartilhar os resultados....*

Ao Fernando

Por toda ajuda e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Dalgarrondo, que me acompanhou com disponibilidade e firmeza. Agradeço pelos valiosos ensinamentos que me proporcionaram crescimento pessoal e profissional.

Ao Fernando, Lucas e Fábio, a quem devo muito, pelo carinho e incansável paciência e colaboração.

Aos queridos Prof. Dr. Wolgrand Alves Vilela e Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos pela participação diária e ativa nessa pesquisa.

A toda equipe da Unidade de Internação Psiquiátrica e, em especial, a Maristela da Silva Farci, pela ajuda emocional e a compreensão dedicada nos momentos mais críticos do trabalho.

Às amigas, Maria Elenice Quelho Areias e Maria Inalda G. Beraquet, que muito me apoiaram nas dúvidas e angústias além do conhecimento técnico oferecido.

A Lílian Cristina Gonçalves, secretária do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, pelo incentivo e apoio na concretização desse mestrado.

Ao Prof. Dr. Egberto Turato pela orientação e apoio fornecido em um momento muito difícil da pesquisa e que foi primordial para a realização da mesma.

À Cleide Aparecida Moreira Silva, estatística da Câmera de pesquisa, que muito me auxiliou na análise estatística dos dados da pesquisa.

Aos professores Cláudio Eduardo Muller Banzato, Renata Cruz Soares de Azevedo e Marisa Lúcia Fabrício Mauro pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Ao Secretário Municipal de Saúde da cidade de Campinas, Dr. José Francisco Kerr Saraiva, por autorizar a utilização do Sistema de informações de mortalidade junto ao Banco de dados da Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria, permitindo assim a continuidade da pesquisa.

À UNICAMP e ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria pela oportunidade da continuidade do meu processo de capacitação profissional.

Aos pacientes que participaram dessa investigação, sem os quais nada disto teria acontecido.

A todos que, de alguma forma, colaboraram na realização desta pesquisa.

*“Não há morte natural: nada do que aconteça ao homem
jamais é natural, pois sua presença questiona o mundo.*

*Todos os homens são mortais, mas para cada homem
sua morte é um acidente e mesmo que ele a conheça
e a consinta, uma violência indevida “.*

Simone de Beauvoir

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xiv</i>
ABSTRACT	<i>xvi</i>
1- INTRODUÇÃO	18
1.1- Mortalidade em pacientes com transtornos mentais	19
1.2- Grupos diagnósticos e etários específicos e mortalidade em pacientes com transtornos mentais	22
1.3- O construto “mortes evitáveis” em pacientes com transtornos mentais	24
2- OBJETIVOS	27
3- SUJEITOS E MÉTODOS	29
3.1- Desenho do estudo	30
3.2- População total	30
3.3- Sub-população estudada	30
3.4- Local	31
3.5- Fonte de obtenção dos dados	32
3.6- Variáveis	34
3.6.1- Variáveis Dependentes.....	34
3.6.2- Variáveis Independentes.....	34
3.7- Procedimentos	35
3.8- Análise estatística	35

4- RESULTADOS.....	37
4.1- Análise descritiva dos pacientes internados na Unidade de internação psiquiátrica (população total).....	38
4.2- Análise sócio-demográfica e clínica dos pacientes que foram a óbito durante a internação na Unidade Psiquiátrica – HC – UNICAMP..	40
4.3- Análise comparativa entre os pacientes que foram a óbito com os que receberam alta hospitalar.....	44
4.4- Análise descritiva e comparativa entre as variáveis estudadas dos pacientes que foram a óbito.....	46
4.5- Análise descritiva e comparativa entre o diagnóstico psiquiátrico e o de óbito.....	48
4.6- Diagnósticos psiquiátricos e de óbito por gênero.....	50
5- DISCUSSÃO.....	53
5.1- Limitações do estudo.....	54
5.2- Perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes que foram a óbito e análise comparativa com um grupo de contraste dos que tiveram alta hospitalar.....	54
5.3- Análise comparativa entre as variáveis dos pacientes que foram a óbito e as causas básicas de óbito.....	57
5.4- Análise de frequência dos diagnósticos psiquiátricos e causas de óbito.....	57
5.5- Análise de frequência dos diagnósticos psiquiátricos e causas de óbito, relacionados ao gênero	58
6- CONCLUSÃO.....	59
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

8- ANEXOS	69
Anexo 1- Parecer do Comitê de Ética.....	70
Anexo 2- Autorização do Secretário Municipal de Saúde.....	72
9- APÊNDICES	73
Apêndice 1- Artigo publicado	74
Apêndice 2- Trabalho apresentado no Congresso.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS

HC	Hospital de Clínicas
RMC	Região Metropolitana de Campinas
SIM	Sistema de informação de mortalidade
UNICAMP	Universidade de Campinas
UIP	Unidade de internação Psiquiátrica

	PÁG.
Tabela 1- Características Sociodemográfica e clínica da população total da Unidade Psiquiátrica.....	39
Tabela 2- Distribuição de Diagnósticos Psiquiátricos no grupo de óbitos e no grupo geral de pacientes da UIP.....	42
Tabela 3- Características Sociodemográfica e clínica da amostra dos pacientes que foram a óbito.....	43
Tabela 4- Análise comparativa - variável: gênero.....	44
Tabela 5- Análise comparativa - variável: idade.....	44
Tabela 6- Análise comparativa - variável: estado civil.....	45
Tabela 7- Análise comparativa - variável: procedência.....	45
Tabela 8- Análise comparativa - variável: número de internações.....	46
Tabela 9- Análise comparativa - variável: tempo de internação.....	46
Tabela 10- Causas de óbitos agrupados por gênero.....	47
Tabela 11- Causas de óbitos agrupados por idade.....	47
Tabela 12- Causa básica de óbito em relação ao tempo de internação.....	48
Tabela 13- Correlação entre diagnósticos psiquiátricos, causa básica do óbito e causa de morte.....	49
Tabela 14- Diagnósticos psiquiátricos e de óbito correlacionados com gênero masculino.....	51
Tabela 15- Diagnósticos psiquiátricos e de óbito correlacionados com gênero feminino.....	52

	<i>PÁG.</i>
Gráfico 1- Frequência de diagnósticos da população total da Unidade Psiquiátrica.....	40
Gráfico 2- Frequência de diagnósticos psiquiátricos nos casos de óbitos ocorridos na Unidade Psiquiátrica.....	41

RESUMO

Introdução: Estudos atuais mostram que indivíduos com transtornos mentais graves têm uma menor expectativa de vida quando comparados à população geral. Realizou-se um estudo retrospectivo e descritivo da população de pacientes internados na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas da Unicamp que foram a óbito no período de 18 anos.

Objetivo: Descrever o perfil sócio demográfico e clínico dos casos de óbitos ocorridos na Unidade de internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas da Unicamp, comparando-os com uma amostra dos que receberam alta hospitalar.

Método: Foi realizada uma análise descritiva de todos os casos de óbito num período de 18 anos, e uma comparação entre esses casos e um grupo sorteado de casos que receberam alta hospitalar.

Resultados: Verificou-se que os pacientes que foram a óbito tinham o seguinte perfil: masculinos (58%), média de idade de 47,2 (DP=14,6) anos, procedentes da Região Metropolitana de Campinas (92%). Os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes no grupo de óbito foram de transtornos de humor e transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas, e as causas de óbitos mais frequentes foram doenças cardio-respiratórias (54%).

Conclusões: Esses resultados sugerem que pacientes com transtornos mentais graves parecem morrer mais cedo que a população da Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas da Unicamp e a concentrarem-se nos grupo masculino, com transtornos do humor e transtornos relacionados a álcool e drogas.

ABSTRACT

Introduction: Current studies show that individuals with severe mental illness have lower life expectancy when compared to the general population. This is a retrospective and descriptive study of the inpatient population who died at the Psychiatric Unit of the University Hospital of Unicamp in an 18-year period.

Objective: Describe the sociodemographic and clinical profile of the deceased patients hospitalized at the Psychiatric Unit of the University Hospital of Unicamp, comparing them to a sample of those who were discharged from the hospital.

Method: A descriptive analysis of mortality and a comparison between these cases and a randomly allocated group of patients among those who were discharged.

Results: It was found that the patients who died had the following profile: males (58%), mean age 47.2 (SD=14.6) years, single (54%), from Campinas great metropolitan area (92%). The most frequent psychiatric diagnoses among the patients who died were affective and alcohol/drug disorders, while the most frequent cause of death were cardiorespiratory diseases (54%).

Conclusions: These outcomes suggest that patients with severe mental disorders tend to die earlier than the population from Psychiatric Unit of the University Hospital of Unicamp. This group seems to be over represented by males, with affective disorders and alcohol/drugs disorders.

“Velhos homens devem ser exploradores, não importa onde...
Temos de estar sempre nos movendo na direção de uma nova intensidade, de uma
união a mais, de uma comunhão mais profunda...
Nos movendo através de uma desolação escura, fria e vazia: O grito das ondas, o grito
do vento, as águas imensas das gaivotas e dos golfinhos: No meu fim está
o meu início.”
T. S. ELIOT

1- INTRODUÇÃO

1.1- Mortalidade em pacientes com transtornos mentais

Vários pesquisadores têm demonstrado que pacientes com transtornos mentais graves têm uma menor expectativa de vida do que a população geral (Felker et al., 1996; Prior et al., 1996; Dembling et al. 1999; Lawrence et al., 2000; Hannerz et al., 2001; Hiroeh et al., 2001; Politi et al., 2002).

Dembling e colaboradores (1999) investigaram uma população de 43.724 adultos que foram atendidos no Departamento de Saúde Mental de Massachusetts, EUA, um total de 1.890 mil pacientes psiquiátricos foi a óbito no período de cinco anos e dados referentes a estes pacientes foram comparados com uma amostra da população geral que também foi a óbito no mesmo período. Os autores encontraram uma alta frequência de óbitos por lesões intencionais ou acidentais, principalmente por ingestão de medicações psiquiátricas. Pacientes com transtornos mentais graves tiveram um tempo médio de vida em torno de 8,8 anos menor do que a população geral, sendo 14,1 anos para homens e 5,7 anos para mulheres.

No período de desinstitucionalização, relacionado à Reforma Psiquiátrica, foram realizados vários estudos avaliando as taxas de mortalidade em pacientes psiquiátricos (Crisanti et al., 1992; Rossler et al., 1995; Chen et al., 1996; Valenti et al., 1997; Currier, 2000; Lawrence et al., 2000, Hannerz et al, 2001; Hansen et al., 2001; Salakongas et al., 2002; D'avanzo et al., 2003). O objetivo geral desses estudos foi investigar o efeito da diminuição dos leitos sobre a saúde física dos pacientes psiquiátricos, e os riscos de óbito por causas naturais ou não naturais (suicídio, homicídio, acidentes).

Os preditores de óbitos por causas não-naturais (suicídio, homicídio, acidentes) encontrados nesses estudos foram: idade (menos que 50 anos), diagnósticos (abuso de drogas psicoativas, esquizofrenia e depressão), em pacientes com maior número de hospitalizações, menor tempo de doença e óbitos ocorrendo nos primeiros anos após o início do tratamento (Brown, 1997; Harris & Barraclough, 1998; Joukamaa et al., 2001; Salakongas et al., 2002).

Por outro lado, os preditores de óbitos por causas naturais encontrados foram: idade (mais que 50 anos), diagnósticos (transtornos orgânicos, retardo mental e epilepsia), saúde física precária (co-morbidades clínicas), funções cognitivas pobres e maior tempo de internação. As causas de óbitos mais frequentes foram doenças cardiovasculares, pulmonares e os tumores (Valenti et al., 1997; Harris & Barraclough, 1998; Korten et al., 1999; Frisoni et al., 1999; Hannerz & Borga, 2000; Salakongas et al. 2002; D'Avanzo et al., 2003).

Nos últimos anos, pesquisadores têm se preocupado de forma crescente com a alta incidência de co-morbidades físicas em pacientes com transtornos mentais (Felker et al.1996; Kamara et al., 1998; Lyketsos et al. 2002; Ceilley et al., 2005; Goff et al. 2005). Para eles as co-morbidades físicas estão correlacionadas com aumento de sintomas psiquiátricos, dano funcional, tempo de internação (Lyketsos et al., 2002), além de aumentar o risco de óbitos prematuros (Felker et al. 1996).

Entre as doenças físicas encontradas em pacientes com transtornos mentais estão desde problemas simples como visuais, dentários e de pressão arterial até os mais complexos como câncer e doenças degenerativas (Dixon et al. 1999). Para o autor esses achados demonstram a necessidade de intensificar ações preventivas em saúde geral para essa população.

Dentre as doenças encontradas no estudo realizado por D'Avanzo e colaboradores (2003) estavam a pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cardíaca isquêmica além de casos de câncer (pulmonar em homens e de mama em mulheres).

Altos índices de doenças pulmonares, cardiovasculares (hipertensão arterial), câncer (principalmente de fígado, pâncreas e esôfago), e diabetes tipo 2 são encontrados em pacientes com transtornos mentais. (Dixon et al.,1999; Reischel & Shih,1999; Stolte et al.,2006; Jackson et al.,2007). O uso de tabaco, dietas inadequadas, estilo de vida sedentário e classe socioeconômica mais baixa são fatores que contribuem para uma precária saúde física nesta população (Simon et al. 1999).

Por outro lado, os efeitos adversos das medicações utilizadas no tratamento de transtornos mentais podem também contribuir para a piora da saúde física. Alguns estudos têm demonstrado que o uso de antipsicóticos típicos e, sobretudo, atípicos está associado com ganho de peso e aumento dos níveis de colesterol e glicose no sangue (Ringback et al., 1998; Allison et al., 1999; Archie et al., 2003; Lindenmayer et al., 2003). Da mesma forma, os sintomas dos transtornos mentais podem ser causados ou exacerbados por uma doença clínica, por exemplo, doenças da tireóide ou lúpus eritematoso, que podem gerar sintomas depressivos (Lambert et al., 2003).

Estima-se que entre 30% a 47% dos pacientes psiquiátricos não recebem tratamentos para suas doenças físicas (Levinson et al, 2003; Hahm et al., 2005). Entre os fatores que contribuem para um tratamento clínico inadequado está a dificuldade do paciente psiquiátrico em ter acesso aos serviços de saúde devido ao seu comportamento relutante, não-cooperativo ou desorganizado. Esse comportamento é muitas vezes associado aos sintomas psiquiátricos que interferem também na capacidade do indivíduo em identificar e comunicar adequadamente os seus problemas de saúde a um profissional (Berren et al. 1999).

Para Reeves e colaboradores (2000), doenças clínicas associadas a um estado mental, com certa frequência, são falsamente consideradas um problema psiquiátrico. Exames físicos inadequados, dificuldade em obter uma história completa sobre o paciente e dificuldades em realizar exames laboratoriais, para o autor, são algumas das causas de erros na elaboração de um diagnóstico físico adequado.

Pandiani e colaboradores (2002) avaliaram a taxa de mortalidade de indivíduos com idade entre 18 a 79 anos e que tinham diagnóstico de transtorno mental grave em Vermont e Oklahoma, nos EUA, no período de 1992 a 1998. Apesar dos resultados apontarem para uma alta taxa de mortalidade em novos serviços psiquiátricos quando comparados aos mais antigos, os autores acreditam que a avaliação deve ser mais ampla, para conclusões mais consistentes.

Sabe-se também que muitos serviços psiquiátricos freqüentemente não possuem equipamentos adequados e equipes aptas a prover um cuidado adequado à saúde física de seus pacientes no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento de doenças clínicas (Carney et al., 1998)

1.2- Grupos diagnósticos e etários específicos e mortalidade em pacientes com transtorno mentais

Cuidados com a saúde física têm sido tomados no tratamento de pacientes com transtornos mentais e faixas etárias específicas (De Filippo et al., 2000; Sacks, 2004; Marder et al., 2004; Carney et al., 2006).

Pacientes com transtornos de humor (transtorno afetivo bipolar e depressão) tendem a ter mais co-morbidades físicas (associadas a uso de substâncias) e a morrer mais cedo (Osby et al., 2001, Politi et al., 2002)

Para Goldman (2000), o transtorno mental pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de problemas clínicos. Em seu artigo de revisão bibliográfica, Goldman (1999) estabelece a relação entre a esquizofrenia e doenças físicas e aponta para o risco crescente de doenças como artrite reumatóide, alergias, abuso de substâncias e polidipsia. Para ele, cerca de 50% dos pacientes com esquizofrenia apresentam co-morbidades físicas, que muitas vezes são mal diagnosticadas ou mesmo não identificadas.

Hannerz e Borga (2000) avaliaram a mortalidade de todos os pacientes psiquiátricos (17.878 homens e 23.256 mulheres) com psicose funcional (CID-8) inseridos no Registro de Alta do Hospital Nacional da Suécia entre 1978 e 1982 e acompanhados no período de 1983 a 1985. Em comparação com a população geral, esse grupo apresentou diminuição da expectativa de vida em ambos os sexos. No grupo etário de 20 a 49 anos a alta taxa de mortalidade foi devida a suicídio e acidentes, enquanto no grupo de 50 a 89 anos os óbitos foram predominantemente por doenças cardiovasculares.

Estudos com pacientes idosos (Rossler et al., 1995; Kamara et al.,1998; Frisoni et al, 1999; Korten et al. 1999; Druss et al.,2001) demonstram que o alto índice de mortalidade nesse grupo está, em parte, relacionado com a diminuição da capacidade cognitiva e com a dificuldade de executar atividades de auto-cuidado (higiene pessoal, alimentação, etc.) além dos riscos de acidentes no próprio ambiente.

O abuso e dependência de substâncias lícitas e ilícitas têm gerado preocupação por parte dos pesquisadores. Vários estudos têm sido realizados com objetivo de determinar as co-morbidades médicas relacionadas a pacientes que fazem uso ou abuso de substâncias psicoativas (Felker et al., 1996; Dickey et al., 2002; Ceilley et al., 2005; Calle et al., 2006; Landheim et al., 2006; Jackson et al., 2007).

Em estudo recente, Ceilley e colaboradores (2005) determinaram a prevalência de doenças clínicas e o impacto delas no tempo de internação de pacientes psiquiátricos com co-morbidade de transtornos de abuso de substância. A amostra consistiu de 87 pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico universitário. Entre as doenças mais encontradas estavam osteoartrites, hepatite C e doença pulmonar obstrutiva. Os autores concluíram que os pacientes com transtornos mentais e co-morbidade de abuso de substância possuem alta frequência de doenças clínicas.

No Brasil, Menezes e Mann (1996) realizaram estudo prospectivo em amostra de 120 internações consecutivas numa região delimitada do município de São Paulo. A amostra consistiu de indivíduos com diagnóstico clínico de psicose funcional não afetiva, na faixa etária de 18 a 44 anos. Essa amostra foi seguida por dois anos a partir da internação psiquiátrica. Após esse período foram acompanhados 116 pacientes (96,7%), dos quais sete faleceram (6% dos 116 que completaram o estudo), sendo cinco (4,3%) por suicídio. Dos suicídios ocorridos, quatro aconteceram durante os primeiros 12 meses após a alta hospitalar. Os autores concluem que as psicoses funcionais não-afetivas estão associadas a uma expectativa de vida menor que a da população geral.

Tônus e Melo (2005) realizaram estudo retrospectivo de dez anos de seguimento após internação na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) de São Paulo. O objetivo foi avaliar a mortalidade psiquiátrica e a

morbidade somática dos pacientes com diagnósticos de transtornos esquizofrênico e delirante. A amostra foi constituída de 85 pacientes, sendo a maioria homens (54,1%), brancos (82,4%), solteiros (63,5%), com bom nível escolar (55,3%), inativos profissionalmente (69%) e com diagnóstico de transtorno esquizofrênico (57,7%). Durante o tempo de estudo ocorreram oito óbitos: seis decorrentes de causas naturais, um por suicídio e um por causa indeterminada.

1.3- O construto “mortes evitáveis” em pacientes com transtornos mentais

O conceito “morte evitável” tem sido desenvolvido por pesquisadores desde a década de 1970 (Rutstein et al.,1980; Charlton & Vélez,1986 ;Suárez-Varela et al.,1996). Nessa época, Rustein e colaboradores (1980) iniciaram um debate na Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, com o objetivo de definir melhor esse conceito¹.

Rutstein e colaboradores (1980) definem como “mortes evitáveis” aquelas que poderiam ter sido evitadas (total ou em parte) pela presença de serviços de saúde efetivos. Ou seja, quando a ocorrência dessas mortes poderia ser totalmente evitável pela adequada atenção à saúde; ou quando o aumento crítico das taxas dessas mortes é um alerta, pois a ocorrência é determinada por um conjunto de fatores e, dentre eles, está uma inadequada atenção à saúde. Esses pesquisadores fundaram o Working Group on Preventable Manageable Diseases e elaboraram uma lista com cerca de noventa condições que poderiam ser enquadradas nessa categoria de evitabilidade.

¹ Na classificação das causas evitáveis proposta por Rutstein *et al.*(1980), as seguintes causas de morte foram incluídas (CID 8): **1.- Condições claramente usadas como indicadoras da qualidade da assistência:** **1.1-** incluem todas as **mortes maternas** - incluindo o aborto;**1.2-** as **mortes infantis**;**1.3-** as **doenças ocupacionais** - partindo da concepção de que são doenças produzidas pelo homem – tais como as doenças pulmonares, asbestoses, intoxicações por pesticidas e pneumoconioses; **1.4** - as **doenças infecciosas** como a cólera, tifo, tuberculose, botulismo, antraz, sarampo, rubéola, febre amarela, sífilis congênita, sífilis, infecção gonocócica, ascaridíase e rubéola;**1.5** - as **doenças causadas por poluição** do ar e água, radiações, contaminações ambientais, acidentes por água, vulcões, catástrofes naturais, acidentes biológicos ocorridos em laboratórios, aquelas produzidas em ambientes artificiais, viagens espaciais; a incompatibilidade sanguínea por RH; **1.6** - **algumas neoplasias**, tais como o câncer **de pele** - pela prevenção por redução à exposição ao sol -, o câncer **de traquéia, brônquio, pulmão** - pela redução à exposição ao fumo -, o câncer **de colo de útero** - pelo diagnóstico precoce, por métodos de rastreamento -, o **neuroblastoma** - por diagnóstico e tratamento precoce -, as **neoplasias de pleura** - pela prevenção à exposição ao asbesto; **1.7** - **as causas nutricionais** tais como as avitaminoses, anemias, deficiência de ácido fólico, marasmo e desnutrição; a febre reumática.

2 - Indicadores com uso limitado quanto à mensuração da qualidade da assistência. Incluem a hepatite B, malária, leucemia linfática, seps neonatal e infecções nosocomiais (principalmente complicações cirúrgicas), hemofilia, doença hipertensiva, úlceras e artrite; incluindo ainda a iatrogenia.

3 - Indicadores que demandam melhor definição e estudos especiais. Incluem o alcoolismo, cirrose, dependência a drogas, suicídio, homicídio e transtornos mentais.

O limite de idade de causas de mortes consideradas como evitáveis propostos inicialmente por Rutstein e colaboradores (1980) foi de 65 anos. Porém, após o aumento na expectativa de vida da população geral, em alguns estudos esse limite se ampliou para 75 anos. Além disso, devem-se considerar os limites de idade segundo causas específicas, já que alguns eventos podem se configurar como altamente evitáveis em determinados grupos etários e não o ser em outros grupos.

Estudos populacionais foram realizados na Inglaterra aplicando o conceito de mortes evitáveis (Charlton & Vélez, 1986). Em 1996, Suárez-Varela e colaboradores conceituaram morte evitável como sendo "aquelas causas de óbito cuja ocorrência está intimamente relacionada à intervenção médica". Os autores desenvolveram esse conceito de morte evitável com objetivo de permitir a construção de indicadores sensíveis à qualidade e diversidade da atenção à saúde (Holland et al., 1994; Hartz et al.1996; Westerling, 2001).

Em estudo recente, Amaddeo e colaboradores (2007) detectaram um excesso de “mortes evitáveis” entre pacientes psiquiátricos de um serviço de saúde comunitário. Foram incluídos pacientes com diagnósticos psiquiátricos que viviam no sul de Verona – Itália, numa área de cerca de 75.000 habitantes, no período de 1982-2001 (n = 59.148). Nesse período foram a óbito 938 pacientes, sendo que 64 morreram por causas consideradas evitáveis pelo grupo de pesquisadores da European Community Health². Para os autores, isso significa que tal número foi estimado como sendo quatro vezes maior entre os pacientes psiquiátricos do que na população geral.

Os autores apontam para a necessidade do contato desses pacientes com serviços de assistência médica de alta qualidade e, sempre que forem necessários, devem ser encaminhados para enfermarias psiquiátricas. Para eles, o caminho para diminuir as mortes evitáveis está em aperfeiçoar as políticas de saúde, especialmente a prevenção de uso de bebidas alcoólicas e cigarro, para evitar doenças do fígado e câncer de pulmão. Eles concluem dizendo que programas de promoção à saúde direcionada a população psiquiátrica devem ser considerados como algo essencial para um serviço de saúde mental moderno.

² Transtornos circulatórios cerebrais, Diabetes, Tuberculose, Câncer de útero, Doença de Hodgkin, Doença cardíaca reumática crônica, Apendicite, Doença hipertensiva, Hérnia abdominal, Colelitíase, Tifo, Tétano, Osteomielite, Asma, Câncer de traquéia, brônquios e fígado.

Outros pesquisadores têm trazido suas contribuições em relação à “mortes evitáveis” (Ringback et al. 1998; Räsänen et al. 2005). Para Räsänen e colaboradores (2005), o conceito de “mortes evitáveis” é útil, mas raramente utilizado como indicador de qualidade dos cuidados médicos em populações psiquiátricas. Os autores sugerem que os suicídios também sejam considerados “mortes evitáveis”.

Ringback e colaboradores (1998) realizaram um estudo avaliando “mortes evitáveis” em mais de 30 mil pacientes psiquiátricos dispensados de um Hospital do Distrito de Estocolmo entre 1981 e 1985 e acompanhados pelo Registro de Óbitos no período de 1986 a 1990. Foi encontrado um risco relativo de “mortes evitáveis” (4,7 para homens e 3,8 para mulheres) e um alto risco de suicídio, especialmente em mulheres, quando comparado à população geral. Esse resultado, para os autores, seria uma advertência de possíveis falhas nos cuidados psiquiátricos.

Para Rutstein e colaboradores (1976), os indicadores de eventos evitáveis podem ser considerados "eventos sentinelas", uma vez que sinalizam a possibilidade de existirem falhas nos serviços de atenção integral à saúde. Isso revelaria uma necessária reformulação dos serviços de saúde geral para que ocorra uma melhora na qualidade do atendimento a população.

Pra eles, “evento sentinela” traduz a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária, que justifica uma investigação científica acerca de suas causas subjacentes. Portanto, a ocorrência do evento sentinela parte da existência de uma falha no produto da atenção em saúde, e obriga a investigação das falhas nos processos que contribuíram para o efeito negativo (Rutstein, 1976).

O presente estudo, realizado na Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas da UNICAMP, visa descrever o perfil dos pacientes com transtornos mentais que foram a óbito durante ou relacionado à internação, no período de 1987 a 2004. Buscou-se a descrição de dados com objetivo de identificar e analisar o perfil desses óbitos, assim como comparar os pacientes que foram a óbito com aqueles que receberam alta hospitalar.

"Eu nunca acreditei que a sobrevivência fosse um valor último. A vida, para ser bela, deve estar cercada de vontade, de bondade e de liberdade. Essas são coisas pelas quais vale a pena morrer."

Ghandi

2- OBJETIVOS

2.1- Geral

- Caracterizar os casos de óbito de pacientes internados em uma Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral e comparar com um grupo formado aleatoriamente por pacientes que receberam alta hospitalar, num período de 18 anos.

2.2- Específicos

- Descrever o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes que foram a óbito durante a internação na Unidade Psiquiátrica no período.
- Comparar as variáveis sócio-demográficas e clínicas dos pacientes que foram a óbito com as dos pacientes que receberam alta hospitalar.

“A morte parece menos terrível quando se está cansado.”

Simone de Beauvoir

3- SUJEITOS E MÉTODOS

3.1- Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e comparativo de um subgrupo de pacientes internados na Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) do Hospital de Clínicas da Unicamp. Foi realizado um levantamento de todas as internações na UIP no período de 1987 a 2004 que resultou em 3.510 internações, correspondendo a 2.249 pacientes. A partir da população total foram comparados dois subgrupos: aquele que finalizou a internação com óbito e os que receberam alta hospitalar.

3.2- População total

Foi composta de 2.233 pacientes internados no UIP – HC - UNICAMP no período de 1987 a 2004. Foram excluídos desse estudo 16 pacientes cujos dados pessoais e das internações na UIP-HC-UNICAMP não constavam no livro de registro ou no banco de dados informatizados do HC - UNICAMP. Para a realização do estudo foi considerada a ultima internação na unidade. Para a elaboração dos diagnósticos psiquiátricos foram utilizadas todas as internações na unidade, sendo os resultados mais freqüentes os considerados como mais plausíveis.

3.3- Sub-população estudada

A sub-população estudada foi composta de todos (26) os casos de óbitos ocorridos durante a internação na Unidade Psiquiátrica. Para as comparações com os que receberam alta foi retirada uma amostra dos 2.207 que não foram a óbito. Para que a análise estatística fosse equilibrada, foi utilizada uma outra sub-amostra com a proporção de dois não óbitos para um óbito, totalizando este grupo de contraste 52 casos.

3.4- Local

Unidade de internação psiquiátrica – Hospital de Clínicas - Unicamp

A Unidade de internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas da UNICAMP iniciou suas atividades em dezembro de 1986. É uma unidade mista, localizada no quarto andar do hospital com capacidade para dezesseis leitos. A criação dessa Unidade Psiquiátrica ocorreu dentro do espírito de reforma assistencial associado à criação de Unidades Psiquiátricas em Hospitais gerais (Brasil,1982).

A porta de entrada dos pacientes na Unidade é, na sua grande maioria, através do serviço de emergência psiquiátrica, mas eventualmente são encaminhados pacientes do ambulatório de psiquiatria, ou pelo serviço de interconsulta psiquiátrica, sendo neste caso transferidos de outra enfermaria (clínica ou cirúrgica) do hospital.

No ambiente interno existem oito quartos com banheiros privativos, um posto de enfermagem, quarto de plantonista, sala de atendimento psicológico e sala de refeições. Nesta sala são realizados os atendimentos da Terapia Ocupacional e Grupos Operativos com os pacientes. Externamente, a unidade conta com pátio interno ao hospital, com um jardim.

A Unidade conta com uma equipe multidisciplinar composta de seis médicos residentes; três docentes do Departamento de Psiquiatria, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, cinco enfermeiros e nove auxiliares de enfermagem.

Os médicos residentes são responsáveis pelo acompanhamento de cada um dos pacientes, sempre com a orientação de um supervisor. De forma integrada ao atendimento médico, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros assistem aos pacientes e seus familiares, tendo como objetivo principal a compensação do quadro psiquiátrico agudo e o retorno rápido ao convívio social.

Segundo Dalgarrondo (1990), não houve uma definição prévia e explícita quanto ao modelo terapêutico que deveria ser adotado pela equipe de profissionais. À medida que o trabalho coletivo foi sendo construído pelo grupo, um modelo terapêutico de

trabalho foi sendo delineado de forma espontânea, a partir das experiências, formação e características dos profissionais envolvidos. A partir do predomínio de uma orientação psiquiátrica fenomenológica e clínica, esse modelo, que representa uma posição intermediária entre o modelo ‘comunidade terapêutica’ e o ‘modelo ‘médico estrito’, terminou sendo adotado pelo grupo.

A Unidade de internação tem sido referência em atendimento intensivo de Saúde Mental, na Região Metropolitana de Campinas e está em funcionamento há 20 anos. A equipe pode contar sempre que necessário com o acompanhamento de equipes multidisciplinares, lançando mão de serviços de interconsultas de especialidades. Como exemplo, no atendimento aos pacientes com Anorexia Nervosa, atualmente a Unidade conta com a equipe de médicos do ambulatório de transtornos alimentares, além de nutricionistas e médicos Nutrólogos.

3.5- Fontes de obtenção dos dados

Foram selecionadas as fontes e os procedimentos que pudessem oferecer maior confiabilidade aos dados. As fontes de dados utilizadas foram:

- **Livro de registros de internações da UP-HC-UNICAMP:** o registro de todos os pacientes admitidos na Unidade até 1993. Esse livro é preenchido por profissionais da própria Unidade. Esse livro contém dados sociodemográficos (Nome do paciente, sexo, data de nascimento, idade, procedência, naturalidade, religião, estado civil, escolaridade e ocupação) e clínicos (data e diagnóstico de entrada e saída da internação, tempo de doença, serviço de admissão, tempo de internação, condições de alta, encaminhamento pós-internação).
- **Banco de dados informatizados do HC-Unicamp:** desde 1994 o setor de informática do Hospital de Clínicas mantém atualizados todos os registros de pacientes ativos e inativos. Esse banco de dados contém informações mais restritas, faltando dados como religião, escolaridade, ocupação, tempo

de doença, diagnóstico de entrada, condições de alta. Os dados incompletos foram retirados na elaboração da planilha geral.

- **Prontuários médicos:** Alguns dados que não constavam no livro de registro e/ou banco de dados foram complementados através do prontuário. Dos óbitos encontrados 6 casos foram examinados os prontuários e a história completa do paciente descrita, para que se conferisse a adequação dos dados. Apenas foram examinados os prontuários que se encontravam ainda acessíveis no Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Clínicas.
- **Sistema de informações de mortalidade (SIM) e o seletor para a obtenção da causa básica:** Utilização do Banco de dados da Coordenadoria de Informação e Informática da Secretaria de Saúde do Município de Campinas. Foram obtidos para se checar a correção dos dados com maior confiabilidade os diagnósticos e a causa básica de óbito. Para ter acesso a essas informações foi solicitada a autorização do secretário de saúde do município de Campinas Dr. Francisco Kerr (anexo 2).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1975 com o objetivo de obter dados sobre a mortalidade no país de forma sistemática e mais confiável. Esse sistema proporciona a produção de estatísticas de mortalidade, a construção dos principais indicadores de saúde, análise da situação, planejamento e avaliação das ações e programas permitindo estudos epidemiológicos e descritivos.

A declaração de óbito é o documento-padrão do SIM. É composta por nove blocos, com um total de sessenta e duas variáveis sendo utilizada pelos Cartórios para emissão da Certidão de Óbito e pelas Secretarias Municipais para processamento dos dados.

Com o aperfeiçoamento do SIM, o programa admitiu, a partir de 1994, a inserção de um novo módulo denominado Seletor de Causa Básica (SCB), permitindo a codificação das causas básicas de forma automática, a partir dos diagnósticos escritos pelo médico no Atestado Médico da Declaração de Óbito.

O Seletor para a obtenção da causa básica é utilizado para definir a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte e/ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal.

3.6- Variáveis

3.6.1- **Dependentes:** *Desfecho*: pacientes que foram a óbito ou receberam alta na última internação na Unidade durante o período avaliado. A variável “*desfecho*” foi elaborada para determinar se o paciente havia ido de alta ou a óbito, ao final da internação psiquiátrica.

3.6.2- **Independentes:** **sociodemográficas** (Gênero, faixa etária, estado civil, procedência), **clínicas** (Número de internações na Unidade, diagnóstico psiquiátrico, tempo de internação, serviço de procedência e *desfecho*), e **dados do óbito** (data do óbito, a causa básica do óbito, diagnóstico agrupado e enfermaria do óbito).

As variáveis sociodemográficas foram reagrupadas da seguinte forma: **faixa etária** (<24;25 a 44; 45 a 64; >65); **estado civil** (com vínculo: casado e amasiado; sem vínculo: solteiro, separado e viúvo); **procedência** (Região Metropolitana de Campinas³ (RMC) e outros); **serviço de admissão** (Pronto Socorro e outros).

As variáveis clínicas como: **Diagnóstico Psiquiátrico:** foram verificados os diagnósticos psiquiátricos de todas as internações na Unidade e definido o diagnóstico final pelo mais preponderante. Foram agrupados em: transtornos psicorgânicos (demências, delirium, deficiência mental), transtornos decorrentes do uso de substância psicoativa, esquizofrenia e transtornos psicóticos, transtornos do humor, transtornos neuróticos e de personalidade e outros (todos os demais diagnósticos); **Diagnóstico de óbito:** Grupo I – Cardio-respiratório (doenças cardíacas, vasculares e respiratórias), Grupo II – Outros; **Enfermaria do óbito:** Psiquiatria, Clínicas (Dermatologia, Reumatologia, Clínica Médica) e de Urgência (Unidade de Terapia Intensiva, Retaguarda, Unidade Coronariana).

³ Região Metropolitana de Campinas é formada por 19 cidades: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte-Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antonio da Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

3.7- Procedimentos

Esse estudo seguiu os princípios éticos enunciados na Declaração de Helsinque (Declaração de Helsinque, 2000). Também foram obedecidas diretrizes e normas contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil,1996). Como os instrumentos utilizados eram prontuários e dados informatizados não houve a necessidade do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em pesquisa da Unicamp em 28/03/2006, conforme parecer Nº.540/2004 (anexo 1),

Inicialmente foi elaborado um banco geral de todos os pacientes internados no período de 1987 a 2004, com dados sócio-demográficos e clínicos a partir de informações coletadas através do livro de registro (até 1993) e do banco de dados informatizados do HC - UNICAMP. Após a elaboração dessa planilha geral da Unidade, foi verificada a ocorrência de óbitos ocorridos durante a internação na UIP-HC.

Foram encontrados 26 óbitos ocorridos no Hospital de Clínicas na seqüência da última internação na Unidade de Internação Psiquiátrica.

Para os diagnósticos de saída da internação e do óbito foram utilizados a 10ª. Edição da Classificação Internacional das doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS – CID-10). Os diagnósticos de óbito foram confirmados através do registro de óbito feito da Secretaria de Saúde de Campinas (vide anexo 2).

3.8- Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva através de tabelas de frequências para variáveis categóricas e medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas. Para comparação de proporções foram utilizados o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher.

Para a comparação de medidas contínuas ou ordenáveis entre dois grupos foi aplicado o teste de Mann-Whitney.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

Para as comparações entre óbito e não-óbito foi retirado uma amostra aleatória dos 2.207 casos de não-óbitos. Para melhor equilíbrio na análise estatística, foi utilizada a proporção de dois não-óbitos para um óbito.

O programa estatístico utilizado foi a SAS - System for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.2.

“A recusa da existência é ainda uma maneira
de existir. Ninguém conhece, enquanto vivo,
a paz do túmulo.”

Simone de Beauvoir

4- RESULTADOS

4.1- Análise descritiva dos pacientes internados na Unidade de internação psiquiátrica (população total)

Para elaboração da planilha geral foram colhidos dados sócio-demográficos e clínicos de todos os pacientes admitidos na UIP, no período de 1987 a 2004. As variáveis estudadas foram: sexo, faixa etária, estado civil, procedência, Número de internações na Unidade, diagnóstico psiquiátrico de saída da última internação, tempo de internação, e *desfecho* (óbito ou alta).

A população total internada na Unidade foi de 2.249 pacientes, porém foram excluídos desse estudo 16 pacientes cujos dados pessoais e das internações estavam muito incompletos. Essa população foi composta de 1.029 (46%) homens e 1.204 (54%) mulheres. A idade média desses pacientes foi de 36 anos (DP= 15,2) e a mediana de 34 anos (7-94 anos).

Em relação ao estado civil, 1.198 (54%) pacientes não tinham vínculo matrimonial, e 1035 (46%) tinham vínculo matrimonial.

Quanto à procedência, 1.770 pacientes (79%) eram da Região Metropolitana de Campinas e 2096 (94%) pacientes foram admitidos através do serviço de emergência psiquiátrica do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

Do total de pacientes, a média do número de internações na Unidade psiquiátrica foi de 1,6 (DP=1,5) internações e a mediana de 1 internação (variação de 1-44). Em relação ao tempo de internação a média foi de 22 (DP=25) dias e a mediana de 17 dias (variação de 1-370).

Essa análise descritiva está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1- Características Sociodemográfica e clínica da população total da Unidade Psiquiátrica.

Variáveis	
N = 2.233 pacientes	
Sexo	Masculino – 1.029 (46%) Feminino – 1.204 (54%)
Idade (anos)	Média: 36 (DP=15,2) Mediana: 34 Variação: 7-94
Estado Civil	Com vínculo – 1.035 (46%) Sem vínculo – 1.198 (54%)
Procedência	RMC – 1.770 (79%) Outros - 458 (21%)
Serviço de Procedência	PS - 2096 (94%) Outros - 137 (6%)
Número de internações	Média - 1,6 (DP=1,5) internações Mediana - 1,0 Variação: 1-44
Tempo de internação (dias)	Média - 22 (DP=25) Mediana - 17 Variação: 1-370
Diagnóstico Psiquiátrico	Tr. Psicorgânicos – 212 (9 %) Abuso de substâncias psicoativas - 150 (7%) Tr. Psicóticos e esquizofrenia – 636 (28%) Transtorno do humor – 763 (34%) Tr. Neuróticos/Personalidade – 257 (12%) Outros diagnósticos – 215 (10%)

Quanto aos diagnósticos psiquiátricos foram distribuídos em: 636 casos de esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirantes (28%), 763 casos de transtornos do humor (34%), 257 casos de transtornos ansiedade e de personalidade (12%), e 212 casos de transtornos psicorgânicos (9%), 150 casos de transtornos referentes ao uso e abuso de álcool e drogas (7%) e 215 casos com outros diagnósticos (10%). (Gráf. 1)

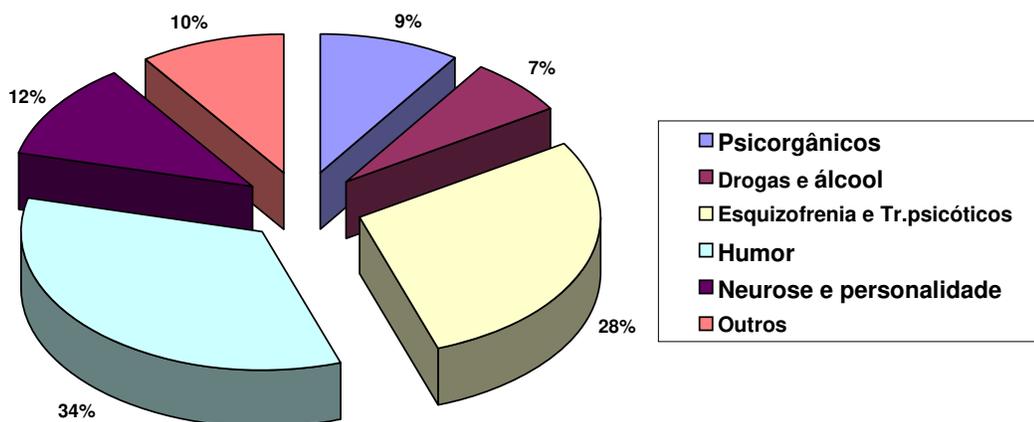


Gráfico 1- Frequência de diagnósticos da população total da Unidade Psiquiátrica

4.2- Análise sócio-demográfica e clínica dos pacientes que foram a óbito durante a internação na Unidade de Internação psiquiátrica – HC -UNICAMP

Os óbitos ocorridos durante a internação na Unidade correspondem a 26 pacientes compostos de 15 (58%) homens e 11 (42%) mulheres. A média de idade dos pacientes que foram a óbito foi de 47,2 anos (DP= 14.6) e a mediana de 44 anos (variação de 24-82 anos). Quanto ao estado civil, 14 (54%) pacientes eram “sem vínculo”, sendo os 12(46%) restantes “com vínculo”.

Em relação á procedência, 24 (92%) dos pacientes eram da Região Metropolitana de Campinas e 25 (96%) pacientes foram admitidos através do serviço de emergência psiquiátrica do HC-UNICAMP para a internação.

A média de internações na Unidade Psiquiátrica desses pacientes foi de 3,1 (DP=2,9) vezes e a mediana de 2,0 (variação de 1-12) Quanto ao tempo de internação, a média foi de 22,7 (DP=22,4) dias e a mediana de 16 dias (variação de 1-76).

Entre os pacientes que foram a óbito, os diagnósticos psiquiátricos encontrados foram: 8 casos de esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirante (31%), 12 casos de transtornos do humor (46%), 1 casos de transtornos orgânicos (4%), 4 casos de transtornos referentes ao uso e abuso de álcool e drogas (15%) e 1 caso com outros diagnósticos (4%). (Gráfico 2 e Tabela 2)

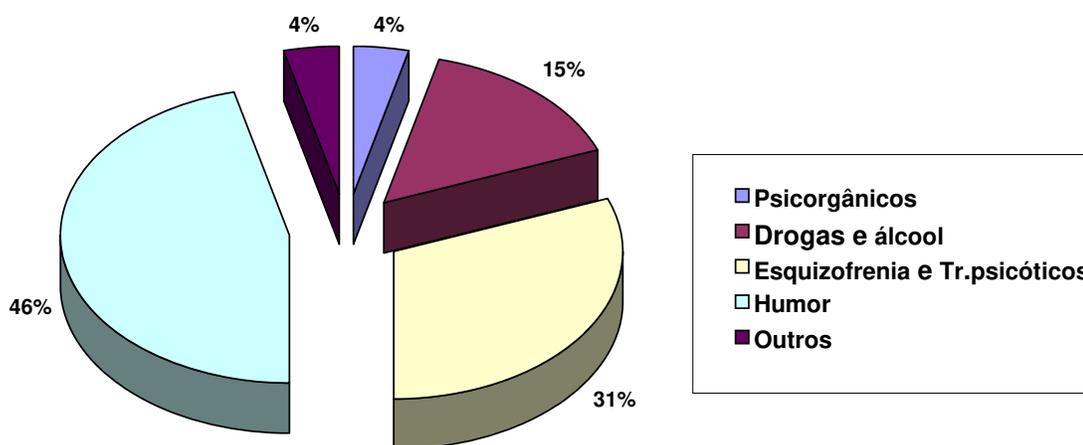


Gráfico 2- Frequência de diagnósticos psiquiátricos nos casos de óbitos ocorridos na Unidade Psiquiátrica

A tabela 2 mostra a distribuição dos diagnósticos psiquiátricos no grupo de pacientes que foram a óbito e no grupo da população geral da Unidade de Internação psiquiátrica do HC-UNICAMP.

Tabela 2- Distribuição de Diagnósticos Psiquiátricos no grupo de óbitos e no grupo total de pacientes da UIP.

	Grupo de óbitos	Grupo total
Diagnósticos	n (%)	n (%)
Transtornos do Humor	12 (46%)	763 (34%)
Esquizofrenia e Tr. Psicótico	8 (31%)	636 (28%)
Álcool e Drogas	4 (15%)	150 (7%)
Psico-orgânico	1 (4%)	212 (9%)
Neurose e Personalidade	0 (0%)	257 (12%)
Outros	1 (4%)	215 (10%)
Total	26 (100%)	2.233 (100%)

Dos dados referentes ao óbito, 11 (42%) pacientes morreram em Unidades de Urgência (Unidade de Terapia intensiva e Retaguarda), 9 (35%) pacientes morreram em enfermarias clínicas e 6 (23%) morreram na Unidade Psiquiátrica.

Quanto ao diagnóstico de óbito, 14 (54%) pacientes morreram de doenças “cardio-respiratórias”, enquanto 12 (46%) morreram de “outros diagnósticos”. A análise descritiva dessa amostra está demonstrada na Tabela 3.

Tabela 3- Características Sociodemográfica e clínica da amostra dos pacientes que foram a óbito.

Variáveis	
N = 26 pacientes	
Sexo	Masculino: 15 (58%) Feminino: 11 (42%)
Idade	Média: 47,6 (DP=14.4) anos Mediana: 46 Variação: 24-82
Estado Civil	Com vínculo: 12 (46%) Sem vínculo: 14 (54%)
Procedência	RMC: 24 (92%) Outros: 2 (8%)
Serviço de Procedência	PS: 25 (96%) Outros: 1 (4%)
Número de internações	Média: 3,1 (DP=2,9) internações Mediana: 2,0 Variação: 1-12
Tempo de internação	Média: 22,7 (DP=22,4) Mediana: 16 Variação: 1-76
Diagnóstico Psiquiátrico	Tr. Psico-orgânicos – 1 (4%) Abuso de substâncias psicoativas – 4 (15%) Tr. Psicóticos e esquizofrenia – 8 (31%) Transtorno do humor – 12 (46%) Outros diagnósticos – 1 (4%)
Enfermaria do óbito	Psiquiatria: 6 (23%) Clínicas: 9 (35%) Urgência: 11 (42%)
Causa Básica de Óbito	Cardio-respiratório: 14 (54%) Outros: 12 (46%)

4.3- Análise comparativa entre os pacientes que foram a óbito com os que receberam alta hospitalar

Da população total de 2233 pacientes, o número de casos que foram a óbito foi relativamente pequena (1,1%) o que corresponde a 26 pacientes. Para realizar uma análise comparativa foram retirados, aleatoriamente, 52 casos entre os que receberam alta hospitalar (2.207), estabelecendo uma proporção de dois casos “não óbitos” para um caso de óbito. Para verificar a significância entre as comparações foi utilizado o método estatístico do Qui-quadrado.

Em relação ao sexo, não houve diferenças estatística significativas entre as amostras conforme tabela 4.

Tabela 4- Análise comparativa - variável: gênero.

Desfecho	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Alta	33	63%	19	37%
Óbito	15	58%	11	42%
			p=0,6215	Qui-quadrado

Do grupo de pacientes que foram a óbito (n=26), a média de idade foi de 47,6 (DP=14,4) anos e mediana de 46 anos com uma variação de 24-82 anos. Entretanto, dos pacientes que foram de alta hospitalar (n=12), a média de idade foi de 32,8 (DP=15,1) anos e mediana de 29,5 anos com uma variação de 11-88 anos (Tabela 5).

Tabela 5- Análise comparativa - variável: Idade.

Desfecho	N	Média	DP	Mín.	Mediana	Máx.
Alta	52	32,8	15,1	11	29,5	88
Óbito	26	47,6	14,4	24	46,0	82
					P<0,0001	MannWhitney

Ao analisar o estado civil não foi encontrado um resultado significativo, sendo que o percentual da população “com” e “sem vínculo” foi muito semelhante, conforme tabela 6.

Tabela 6- Análise comparativa - variável: Estado civil.

	Com vínculo		Sem vínculo	
	n	%	n	%
Desfecho				
Alta	27	52%	25	48%
Óbito	12	46%	14	54%
			p=0,6310	Qui-quadrado

Quanto à procedência verificou-se que a incidência de óbitos foi significativamente maior nos pacientes da Região Metropolitana de Campinas ($p < 0,05$), conforme a tabela 7.

Tabela 7- Análise comparativa - variável: Procedência.

	Região Metropolitana Campinas		Outros	
	n	%	n	%
Desfecho				
Alta	38	73%	14	27%
Óbito	24	92%	2	8%
			p-valor=0.0474	Qui-quadrado

Com relação ao serviço de procedência, em ambos os casos – óbito e alta hospitalar – 96% tiveram acesso à internação na Unidade através do Pronto Socorro do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

Quanto ao número de internações, a média do grupo que recebeu alta, foi de 2,0 (DP=1,0), mediana de 1,0 com uma variação de 1-8. Já do grupo que foi a óbito, a média foi de 3,1 (DP=2,9) anos, mediana de 2,0 com uma variação de 1-12 ($p < 0,05$) (Tabela 8).

Tabela 8- Análise comparativa - variável: Número de internações.

Desfecho	N	Média	DP	Mín.	Mediana	Máx.
Alta	52	2,0	1,0	1,0	1,0	8
Óbito	26	3,1	2,9	1,0	2,0	12
P= 0,2068						Mann Whitney

Em relação ao tempo de internação, dos que foram de alta, a média foi de 21 (DP=23,5) dias e a mediana de 13,5 dias com uma variação de 1-76 dias. Quanto aos que foram a óbito, a média do tempo de internação foi de 22,7 (DP+22,4) dias e a mediana de 16 dias com uma variação de 1-46 dias. (Tabela 9)

Tabela 9- Análise comparativa - variável: Tempo de internação.

Desfecho	N	Média	DP	Mín.	Mediana	Máx.
Alta	52	19,2	17,5	1,0	13,5	85
Óbito	26	22,7	22,4	1,0	16,0	76
P = 0,8777						Mann Whitney

4.4- Análise descritiva e comparativa entre as variáveis estudadas dos pacientes que foram a óbito

Foram descritas e comparadas as variáveis sociodemográficas e clínicas entre pacientes que foram a óbito. Desses pacientes, 14 foram a óbito por doenças “cardio-respiratórias” e 12 casos por “outros diagnósticos”. Dos pacientes do sexo masculino 9 (64%) casos foram a óbitos por doenças “cardio-respiratórias”. Quanto à “outros diagnósticos” não houve diferença, conforme mostra a tabela 10.

Tabela 10- Causas de óbitos agrupados por gênero.

Diagnóstico de óbito	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Cardio Respiratório	9	64%	5	36%
Outros	6	50%	6	50%
		P=0,2475		(Qui-quadrado)

Do grupo de pacientes que foram a óbito por doenças cardio-respiratórias (n=14), a média de idade foi de 50,5 (DP=16,0) anos, mediana de 48 anos com uma variação de 28-92 anos. Entretanto dos pacientes que foram a óbito por outros diagnósticos (n=12), a média de idade foi de 43,3 (DP=12,4) anos, mediana de 41 anos com uma variação de 24-65 anos. Para essa análise foi utilizado o teste de Mann-Whitney (Tabela 11).

Tabela 11- Causa básica de óbito agrupada por idade.

Diagnósticos de óbito	N	Média	DP	Mín.	Mediana	Máx.
Cardio respiratório	14	50,5	16	28	48	82
Outros diagnósticos	12	43,3	12,4	24	41	65
		p = 0,2262		Mann-Whitney		

Do grupo de pacientes que foram a óbito por doenças cardio-respiratórias, a média do tempo de internação foi de 24,2 (DP=22,1) dias e a mediana de 16 dias com uma variação de 1-65 dias. Em relação aos que foram a óbitos por “outros diagnósticos”, a média do tempo de internação foi de 21 (DP=23,5) dias e a mediana de 13,5 dias com uma variação de 1-76 dias. Para essa análise foi utilizado o teste de Mann-Whitney.(Tab.12)

Tabela 12- Causa básica de óbito em relação ao tempo de internação

Diagnósticos de óbito	N	Média	DP	Mín.	Mediana	Máx.
Cardio respiratório	14	24,2	22,1	1,0	16	65
Outros diagnósticos	12	21	23,5	1,0	13,5	76

p= 0,6060 Mann-Whitney

4.5- Análise descritiva e comparativa entre diagnóstico psiquiátrico e o de óbito

Foram correlacionados todos os diagnósticos psiquiátricos mais preponderantes formulados nas internações ocorridas na Unidade psiquiátrica –HC- UNICAMP com as causas básicas de morte e as causas de morte. (Tab.13)

Para compreensão da tabela 13 são necessárias as seguintes informações: a **causa básica de morte** é: (a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fetal. As **causas de morte**, registradas no atestado médico de óbito, são todas aquelas doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões (OMS, 1994).

Para esse estudo, nas causas básicas de morte considerou-se apenas as patologias físicas que iniciaram o processo patológico que resultou na morte. Os transtornos mentais e comportamentais associados a tais processos não foram aqui incluídos.

Tabela 13- Correlação entre diagnósticos psiquiátricos, causa básica do óbito e causa de morte.

Nº.	Diagnóstico Psiquiátrico	Causa básica de morte	Causa de morte	Grupo	Idade
1	Depressão	Aderências intestinais (bridas)	Peritonite aguda	Outros	24
2	Depressão	Colapso pulmonar	Colapso pulmonar	CR	30
3	Tr.psicótico agudo	Doença de Hodgkin	Insuficiência hepática	Outros	33
4	Tr.delirante	Causa mal definida	Causa mal definida	Outros	34
5	Alcoolismo	Cirrose Hepática alcoólica	Insuficiência hepática	Outros	34
6	Anorexia nervosa	Deficiências nutricionais	Marasmo nutricional	Outros	34
7	Depressão	Anemia falciforme	Pneumonia	CR	37
8	Depressão	Lupus eritematoso	Insuficiência renal crônica	Outros	38
9	Alcoolismo	Cirrose hepática alcoólica	Hemorragia gastro intestinal	Outros	41
10	TAB - maníaco	Cirrose Hepática	Hipertensão pulmonar primária	CR	42
11	Esquizofrenia	Neoplasia maligna de útero	Insuficiência renal crônica	Outros	42
12	Esquizofrenia	D. pulmonar obstrutiva crônica	Insuficiência respiratória aguda	CR	43
13	Tr.psicótico agudo	Pneumonia	Pneumonia	CR	43
14	Dependência de cocaína	Pneumoconiose devido amianto	Insuficiência respiratória	CR	44
15	Tr.mental orgânico	Aneurisma da artéria carótida	Acidente vascular cerebral	CR	48
16	TAB - maníaco	Acidente vascular cerebral	Hipertensão essencial	CR	48
17	Esquizofrenia	Epilepsia	Estado de grande mal epiléptico	Outros	49
18	TAB - depressivo	Doença renal hipertensiva	Doença renal hipertensiva	Outros	53
19	Depressão	Tromboflebite vasos profundos de MI	Embolia pulmonar	CR	54
20	Esquizofrenia	Hérnia inguinal unilateral	Insuficiência respiratória aguda	CR	56
21	Depressão	Pneumonia	Pneumonia	CR	56
22	Tr.psicótico agudo	Pneumonia	Pneumonia	CR	56
23	Depressão	Insuficiência renal crônica	Hemorragia gastro intestinal	Outros	60
24	TAB - depressivo	Lesão por enforcamento intencional	Lesão por enforcamento intencional	Outros	65
25	TAB - depressivo	Pneumonia	Choque cardiogênico	CR	82
26	Alcoolismo	Cirrose hepática alcoólica	Pneumonia	CR	82

Nos 26 casos que foram a óbitos os diagnósticos psiquiátricos agruparam-se da seguinte forma: oito casos de esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirantes (31%), doze casos de transtornos de humor (46%), um caso de transtorno psicorgânico (4%), quatro referentes ao uso e abuso de álcool e drogas(15%) e um caso de Anorexia Nervosa (4%)

Para esses 26 casos, os diagnósticos das causas básicas de morte foram quatro casos de pneumonia; quatro de cirrose hepática, sendo três alcoólicas; um caso para cada um dos seguintes diagnósticos: acidente vascular cerebral, aderências intestinais (bridas), anemia falciforme, aneurisma da artéria carótida, colapso pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica, deficiências nutricionais, dDoença de Hodgkin, doença renal hipertensiva, epilepsia, hérnia inguinal unilateral, hipertensão essencial, insuficiência renal crônica, lesão por enforcamento intencional, lupus eritematoso, neoplasia maligna de útero, pneumoconiose devido amianto, tromboflebite vasos profundos de membros Inferiores e causas mal definida.

Finalmente, as causas de mortes segundo a OMS (1994) foram: cinco casos de pneumonia; dois de insuficiência renal crônica; três de insuficiência respiratória; dois de insuficiência hepática; dois de hemorragia gastrointestinal e um caso para cada um dos seguintes diagnósticos: acidente vascular cerebral, choque cardiogênico, colapso pulmonar, doença renal hipertensiva, embolia pulmonar, estado de grande mal epiléptico, hipertensão essencial, hipertensão pulmonar primária, lesão por enforcamento intencional, marasmo nutricional, peritonite aguda e causas mal definida.

4.6- Diagnósticos psiquiátricos e de óbito por gênero

Nos 15 casos do sexo masculino que foram a óbitos os diagnósticos psiquiátricos agruparam-se da seguinte forma: quatro casos de esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirantes, seis casos de transtornos de humor, um caso de transtorno psicorgânico, quatro referentes ao uso e abuso de álcool e drogas. (Tab.14)

Tabela 14- Diagnósticos psiquiátricos e de óbito correlacionados com gênero masculino

Nº.	Diagnóstico Psiquiátrico	Causa básica de morte	Causa de morte	Agrupamento
1	Alcoolismo	Cirrose hepática alcoólica	Hemorragia gastrointestinal	Outros
2	Alcoolismo	Cirrose Hepática alcoólica	Insuficiência hepática	Outros
3	Alcoolismo	Cirrose hepática alcoólica	Pneumonia	Cardio-respiratório
4	Dependência de cocaína	Pneumoconiose por amianto	Insuficiência respiratória	Cardio-respiratório
5	Depressão	Colapso pulmonar	Colapso pulmonar	Cardio-respiratório
6	Depressão	Tromboflebite de MI	Embolia pulmonar	Cardio-respiratório
7	Depressão	Pneumonia	Pneumonia	Cardio-respiratório
8	Depressão	Enforcamento intencional	Enforcamento intencional	Outros
9	TAB - depressivo	Pneumonia	Choque cardiogênico	Cardio-respiratório
10	TAB - maníaco	Cirrose Hepática	Hipertensão pulmonar primária	Cardio-respiratório
11	Esquizofrenia	D. pulmonar obstrutiva crônica	Insuficiência respiratória aguda	Cardio-respiratório
12	Esquizofrenia	Hérnia inguinal unilateral	Insuficiência respiratória aguda	Cardio-respiratório
13	Tr.delirante	Causas mal definida	Causas mal definida	Outros
14	Tr. psicótico agudo	Doença de Hodgkin	Insuficiência hepática	Outros
15	Tr. mental orgânico	Aneurisma da artéria carótida	Acidente vascular cerebral	Cardio-respiratório

Para esses casos, os diagnósticos das causas básicas de morte (OMS,1994) foram dois casos de pneumonia; quatro de Cirrose hepática, sendo três alcoólicas; e um caso para os diagnósticos específicos: Aneurisma da artéria carótida, Colapso pulmonar, Doença pulmonar obstrutiva crônica, Doença de Hodgkin, Hérnia inguinal unilateral, Lesão por enforcamento intencional, Pneumoconiose devido amianto, Tromboflebite vasos profundos de Membros Inferiores e causas mal definida.

Finalmente, as causas de mortes segundo a OMS (1994) foram: dois casos de pneumonia; dois de insuficiência renal crônica; três de insuficiência respiratória; dois de insuficiência hepática; um caso para cada um dos seguintes diagnósticos: acidente vascular cerebral, choque cardiogênico, colapso pulmonar, embolia pulmonar, hemorragia gastrointestinal, hipertensão pulmonar primária, lesão por enforcamento intencional e por causas mal definida.

Os 11 casos do sexo feminino que foram a óbitos os diagnósticos psiquiátricos agruparam-se da seguinte forma: quatro casos de esquizofrenia, transtornos psicóticos e delirantes, seis casos de transtornos de humor e um caso de Anorexia Nervosa. (Tab. 15)

Tabela 15- Diagnósticos psiquiátricos e de óbito correlacionados com gênero feminino

Nº.	Diagnóstico Psiquiátrico	Causa básica de morte	Causa de morte	Agrupamento
1	Anorexia nervosa	Deficiências nutricionais	Marasmo nutricional	Outros
2	Depressão	Insuficiência renal crônica	Hemorragia gastrointestinal	Outros
3	Depressão	Lupus eritematoso	Insuficiência renal crônica	Outros
4	Depressão	Aderências intestinais (bridas)	Peritonite aguda	Outros
5	Depressão	Anemia falciforme	Pneumonia	Cardio-respiratório
6	TAB - depressivo	Doença renal hipertensiva	Doença renal hipertensiva	Outros
7	TAB - maníaco	Acidente vascular cerebral	Hipertensão essencial	Cardio-respiratório
8	Esquizofrenia	Epilepsia	Estado de grande mal epiléptico	Outros
9	Esquizofrenia	Neoplasia maligna de útero	Insuficiência renal crônica	Outros
10	Tr.psicótico agudo	Pneumonia	Pneumonia	Cardio-respiratório
11	Tr.psicótico agudo	Pneumonia	Pneumonia	Cardio-respiratório

Para esses casos os diagnósticos das causas básicas de morte (OMS, 1994) foram dois casos de pneumonia e um caso para cada um desses diagnósticos: Acidente vascular cerebral, Aderências intestinais (bridas), Anemia falciforme, Deficiências nutricionais, Doença renal hipertensiva, Epilepsia, Insuficiência renal crônica, Lupus eritematoso e Neoplasia maligna de útero.

Finalmente, as causas de mortes segundo a OMS (1994) foram: três casos de pneumonia, dois casos de insuficiência renal crônica e um caso para esses diagnósticos: doença renal hipertensiva, estado de grande mal epiléptico, hemorragia gastrointestinal, hipertensão essencial, marasmo nutricional e peritonite aguda.

“Renunciar ao amor parecia-me tão insensato como desinteressarmo-nos da
saúde porque acreditamos na eternidade.”

Simone de Beauvoir

5- DISCUSSÃO

5.1- Limitações do estudo

Esse estudo lançou mão de uma população de 2.233 pacientes. O subgrupo estudado foi de 26 casos que foram a óbito durante a internação psiquiátrica, num período de 18 anos. Esse subgrupo é relativamente pequeno, o que limitou o poder estatístico das análises.

Outro aspecto limitante foi o pequeno número de variáveis disponíveis para análise. Trata-se de um estudo retrospectivo (18 anos) e as fontes de dados eram bastante restritas pela carência de informações e prontuários incompletos. Apesar disso, houve um cuidado na obtenção das informações, procurando-se utilizar várias fontes que pudessem completar e confirmar os dados colhidos.

Tais limitações devem ser consideradas na avaliação geral dos resultados, o que não os invalida, mas evidencia a exigência de modéstia e rigor na discussão que se seguirá.

5.2- Perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes que foram a óbito e análise comparativa com um grupo de contraste dos que tiveram alta

Para realizar a análise comparativa de forma a manter certo equilíbrio numérico entre os dois grupos de comparação foram retirados aleatoriamente 52 registros entre os que receberam alta hospitalar (2.207), estabelecendo-se uma proporção de dois casos de alta para um caso de óbito.

Os óbitos ocorridos (n=26) durante a internação correspondem a 1,1% da população total da unidade. Essa amostra foi composta de 58% de homens e 42% de mulheres, diferente da porcentagem encontrada na população da unidade que foi um pouco maior de mulheres (54%). Porém, na análise comparativa, tanto nos casos de alta quanto no óbito a frequência maior foi de homens (63% e 58% respectivamente). A leve predominância de homens no grupo de óbitos relaciona-se talvez a possíveis riscos associados a tal gênero (tabagismo, sedentarismo, uso e abuso de álcool, etc.).

A média de idade dos pacientes que foram a óbito foi de 47,2 anos (DP= 14,6), revelando-se maior que a média da população total da unidade (36,0 anos, DP=15,2). No grupo de contraste, a média de idade dos pacientes também foi menor (32,8 anos; DP=15,1) ($p<0,0001$). Esses dados demonstram que os pacientes que foram a óbito eram significativamente mais velhos que a população geral da Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas - UNICAMP.

Segundo a OMS (2007), a expectativa de vida saudável no Brasil é de 68 anos para homens e de 75 anos para mulheres. Isso indica que o grupo que foi a óbito é consideravelmente mais jovem que os valores nacionais de expectativa de vida. Esses dados relativos à idade estão de acordo com os estudos realizados internacionalmente (Felker et al., 1996; Prior et al.,1996; Dembling et al. 1999; Lawrence et al., 2000; Hannerz et al., 2001; Hiroeh et al.,2001; Politi et al.,2002) que indicam que pacientes psiquiátricos graves têm provavelmente uma menor expectativa de vida que a população geral

Obviamente, não se pode afirmar a partir de um pequeno grupo de pacientes que foram a óbitos, que apresenta média de idade bem inferior à idade de óbitos da população, que o grupo total de pacientes psiquiátricos tenha uma expectativa de vida significativamente mais baixa.

Quanto ao estado civil, não houve diferença significativa em relação ao resultado encontrado na população total da Unidade Psiquiátrica. Na comparação com o grupo de contraste, nota-se uma pequena diferença não significativa: os pacientes que receberam alta hospitalar tinham vínculo em 52% dos casos, e nos casos de óbito havia o vínculo em 46% dos pacientes.

Em relação á procedência, 24 (92%) dos pacientes que foram a óbito eram da Região Metropolitana de Campinas enquanto que para a população geral a percentagem foi de 79%. Para o grupo de contraste o percentual foi de 73% ($p<0,05$). Isso pode indicar que pacientes psiquiátricos com doenças físicas graves e que residam na região de Campinas tendam a ser admitidos mais prontamente numa unidade situada na região onde vivem.

Na distribuição das frequências de diagnósticos psiquiátricos (conforme Tab.2), foi encontrado no grupo de óbitos um maior número de pacientes com diagnósticos de transtornos de humor (46% versus 34%), e transtornos relacionado à álcool e drogas (16% versus 7%). Assim, nos casos de óbitos, a porcentagem de diagnósticos de transtornos mentais graves (sobretudo transtornos de humor e transtornos relacionado à álcool e drogas) foi maior do que da população total da Unidade Psiquiátrica. Tais pacientes provavelmente têm um maior índice de co-morbidades físicas, o que possivelmente explica tal distribuição diagnóstica (Hannerz e Borga, 2000; Davidson, 2002; Goff et al.,2005; Henderson et al. 2005).

Quanto ao número de internações, a média do grupo que recebeu alta foi de 2,0 (DP=1,0), mediana de 1,0. O grupo que foi a óbito, a média foi de 3,1 (DP=2,9) anos, mediana de 2,0. Possivelmente esse dado indica maior gravidade no grupo que foi a óbito. Essa gravidade pode estar relacionado também à falta de adesão ao tratamento psiquiátrico, a menor tolerância da família e a presença de co-morbidades clínicas.

Em relação ao tempo de internação dos que foram de alta, a média foi de 21 (DP=23,5) dias, e quanto aos que foram a óbito, a média do tempo de internação foi de 22,7 (DP+22,4) dias. Essas médias correspondem, de modo geral à proposta da Unidade que deve ser um local de curta permanência.

Para alguns autores as co-morbidades físicas estão correlacionadas com aumento de sintomas psiquiátricos, dano funcional, tempo de internação (Lyketsos *et al.*, 2002), além de aumentar o risco de óbitos prematuros (Felker *et al.* 1996).

Dos dados referentes ao óbito, 11 (42%) pacientes morreram em Unidades de Urgência (Unidade de Terapia intensiva e Retaguarda), nove (35%) pacientes morreram em enfermarias clínicas e seis (23%) morreram na Unidade de internação psiquiátrica. Isso revela que a Unidade Psiquiátrica dentro de um hospital geral conta com serviços (UTI - Retaguarda, etc.) que a auxilia no momento de emergência clínica.

Quanto ao diagnóstico de óbito, 14 (54%) pacientes morreram de doenças “cardio-respiratórias”, enquanto 12 (46%) morreram de “outros diagnósticos”. Esses dados são corroborados com os da revisão bibliográfica que falam sobre uma marcante frequência

de óbitos por causas cardio-respiratórias (Dixon et al. 1999; Reischel & Shih,1999; Stolte et al.,2006; Jackson et al.,2007; Simon et al. 1999). Para esses autores, essa incidência está relacionada a hábitos inadequados (má alimentação, uso de tabaco, obesidade, sedentarismo), além da diminuição do auto-cuidado e dos cuidados com a saúde física do paciente com transtornos psiquiátricos graves.

5.3- Análise comparativa entre as variáveis dos pacientes que foram a óbito e a causa básica de óbito

Foram descritas as variáveis sociodemográficas e clínicas entre pacientes que foram a óbito. Desses pacientes, 14 foram a óbito foi por doenças “cardio-respiratórias” e 12 casos por “outros diagnósticos”.

Do grupo de pacientes que foram a óbito por causas cardio-respiratórias (n=14), 64% eram homens, a média de idade foi de 50,5 anos (DP=16,0). Nos pacientes que foram a óbito por “outras causas” (n=12), não houve diferença (50%) entre homens e mulheres e a média de idade foi de 43,3 anos (DP=12,4).

Essas informações indicam que pacientes do sexo masculino talvez tendam a morrer mais por causas cardio-respiratórias, enquanto em relação a outras causas de óbitos há um equilíbrio em relação ao gênero.

A média do tempo de internação do grupo de pacientes que foi a óbito por causas cardio respiratórias foi de 24,2 dias (DP+22,1) e em relação aos que foram a óbito por “outros diagnósticos”, a média do tempo de internação foi de 21 (DP=23,5) dias.

5.4- Análise de frequência dos diagnósticos psiquiátricos e causas de óbito

Houve a ocorrência de quatro casos de transtornos relacionados à substâncias psicoativas (três de dependência de álcool e um de cocaína). Esses casos relacionaram-se a mortes por doenças respiratórias e hepáticas.

Nos casos de transtornos de humor (n=12) foram encontradas doenças respiratórias, gastrintestinais e vasculares (acidente vascular cerebral e tromboflebite dos membros inferiores). Ocorreu também um caso de morte por causa não-natural (suicídio) e dois casos de doenças específicas (anemia falciforme e lupus eritematoso).

A anorexia nervosa apresentou-se correlacionada à deficiência nutricional e o transtorno mental orgânico à ocorrência de acidente vascular cerebral (aneurisma).

Nos casos de esquizofrenia e transtornos psicóticos foram encontrados além de doenças respiratórias, casos de epilepsia, neoplasia de útero e hérnia inguinal.

5.5- Análise de frequência dos diagnósticos psiquiátricos e causas de óbito, relacionados ao gênero

Ao se examinar os diagnósticos psiquiátricos no sexo masculino dos pacientes que foram a óbito foram encontrados transtornos de abuso de substâncias e um único caso de transtorno mental orgânico. O diagnóstico de anorexia nervosa ocorreu, como era de se esperar, em paciente do sexo feminino. Os diagnósticos de transtornos psicóticos e esquizofrenia e o de transtornos do humor foram distribuídos igualmente entre os gêneros (4 e 6 casos respectivamente).

Em relação aos diagnósticos de óbito, os homens tiveram mais ocorrência de doenças pulmonares e vasculares (aneurisma, tromboflebite, acidente vascular cerebral) e por cirrose hepática decorrente do uso de álcool. Houve um caso de suicídio em um homem com diagnóstico psiquiátrico de transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos.

Por outro lado, as mulheres tiveram problemas renais e gastrintestinais, além de doenças específicas como: câncer de útero, anemia falciforme, epilepsia e lupus eritematoso.

“As oportunidades do indivíduo nós não as definiremos em termos de felicidade, mas em termos de liberdade.”

6- CONCLUSÃO

Esse estudo demonstrou que pacientes com transtornos mentais graves como transtornos maiores do humor e transtornos relacionados às substâncias psicoativas possuem maior chance de morrer mais jovens que a população geral. Os homens apresentaram um risco maior, provavelmente relacionado ao abuso de substâncias psicoativas.

Tendo como base que esse é um estudo descritivo e exploratório, torna-se necessário o desenvolvimento de novos estudos mais aprofundados e com desenho epidemiológico mais rigoroso sobre causas de óbitos, “mortes evitáveis”, e sobre detecção e tratamento de co-morbidades clínicas, particularmente na sub-população de pacientes com transtornos mentais graves.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1686-96.

Amaddeo F, Barbui C, Perini G, Biggeri A, Tansella M Avoidable mortality of psychiatric patients in an area with a community-based system of mental health care *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115(4):320.

Archie S, Wilson JH, Osborne S, Hobbs H, McNiven J. Pilot study: access to fitness facility and exercise levels in olanzapine-treated patients. *Can J Psychiatry* 2003; 48:628-32.

Berren MR, Santiago JM, Zent MR, Carbone CP. Health care utilization by persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatr Serv.* 1999; 50:559-561.

Botega NJ & Dalgalarrodo P. Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço para o Psíquico. Hucitec, São Paulo, SP, Brasil – 1993.

Brasil, MAA A unidade psiquiátrica em hospital geral [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio de Janeiro,1982.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília: 2000.

Brown S. Excess mortality of schizophrenia: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 502-8.

Calle PA, Damen J, De Paepe P, Monsieurs KG, Buylaert WA. A survey on alcohol and illicit drug abuse among emergency department patients. *Acta Clin Belg.* 2006; 61(4): 188-95.

Carney T, Crim D, Wakefield A, Tait D, Touyz S. Reflections on coercion in the treatment of severe anorexia nervosa. *Isr.J.Psychiatry Relat. Sci.* 2006; 43(3):156-65;

Ceilley J, Douaihy A, Salloum I. Prevalence and impact of medical disorders in hospitalized psychiatric patients with comorbid substance use disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment* 2005; 4(2): 65-70.

Charlton JRH, Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *BMJ* 1986; 292(6516): 295-301.

Chen WJ, Huang YJ, Yeh LL, Rin H, Hwu HG. Excess mortality of psychiatric inpatients in Taiwan. *Psychiatry Res*, 1996; 62(3): 239-50.

Crisanti AS, Love EJ. Mortality among involuntarily admitted psychiatric patients: a survival analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34(12):627-33.

Currier GW. Psychiatric bed reductions and mortality among persons with mental disorders. *Psychiatr Serv*. 2000; 51(7): 851.

D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E. Mortality in long-stay patients from psychiatric hospitals in Italy: results from the Qalyop Project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003; 38(7): 385-9.

Dalgalarondo P. Repensando a internação psiquiátrica: a proposta das unidades de internação psiquiátrica de Hospitais Gerais. [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1990.

Davidson M. Risk of cardiovascular disease and sudden death in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(8):744.

De Filippo E, Signorini A, Bracale R, Pasanisi F, Contaldo F. Hospital admission and mortality rates in anorexia nervosa: experience from an integrated medical-psychiatric outpatient treatment. *Eat Weight Disord*. 2000; 5(4): 211-6.

Dembling BP, Chen DT, Vachon L. Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 1999; 50:1036-42,.

Dickey B, Normand S-L, Weiss R, Drake RE, Azeni H, Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2002; 53:861–867.

Dixon L, Postrado L, Delahanty J, Fischer PJ, Lehman A. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:496-502.

Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch.Gen. Psychiatry* 2001; 58(6):565-72.

Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv.* 1996; 47(12):1356-63.

Frisoni GB, Fratiglioni L, Fastbom J, Viitanen M, Winblad B. Mortality in nondemented subjects with cognitive impairment: the influence of health-related factors. *Am J Epidemiol* 1999; 150(10): 1031-44.

Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(2):183-94; quiz 147, 273-4.

Goldman LS. Comorbid medical illness in psychiatric patients. *Curr Psychiatric Reports* 2000; 2: 256-63.

Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl 121): 10-5.

Hahm HC, Segal SP. Failure to seek health care among the mentally ill. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75(1):54-62.

Hannerz H, Borga P, Borritz M. Life expectancies for individuals with psychiatric diagnoses. *Public Health* 2001; 115(5): 328-37.

Hannerz H, Borga P. Mortality among persons with a history as psychiatric inpatients with functional psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000; 35(8): 380-7.

Hansen, V, Arnesen, E, Jacobsen, BK. Cause-specific mortality in psychiatric patients after deinstitutionalisation *Br J Psychiatry* 2001; 179, 438-43.

Harris, EC, Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173, 11-53.

Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos AP. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(4):310-318.

Henderson DC, Nguyen DD, Copeland PM, Hayden DL, Borba CP, Louie PM et al. Clozapine, diabetes mellitus, hyperlipidemia, and cardiovascular risks and mortality: results of a 10-year naturalistic study. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(9):1116-21.

Hiroeh U, Appleby L, Mortensen PB , Dunn G. Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *Lancet* 2001; 158: 2110-2.

Holland WW, Fitzgerald AP, Hildrey SJ, Phillips SJ. Heaven can wait. *Journal of Public Health and Medicine* 1994; 16(3): 321–330.

Jackson CT, Covell NH, Drake RE, Essock SM. Relationship between diabetes and mortality among persons with co-occurring psychotic and substance use disorders. *Psychiatr Serv.* 2007 ;58(2):270-2.

Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Mental disorders and cause specific mortality. *Br J Psychiatry* 2001; 179:498-502.

Kamara SG, Peterson PD, Dennis JL. Prevalence of physical illness among psychiatric inpatients who died of natural causes. *Psychiatr Serv* 1998; 49(6): 788-93.

Korten AE, Jorm AF, Jiao Z, Letenneur L, Jacomb PA, Henderson AS, et al. Health, cognitive, and psychosocial factors as predictors of mortality in an elderly community sample *J Epidemiol Community Health* 1999; 53(2): 83-8.

Lambert TJ, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust.* 2003;178 Suppl:S67-70.

Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry* 2006 20;6:44.

Lawrence D, Coghlan R. Health inequalities and the health needs of people with mental illness. *NSW Public Health Bull* 2002; 13(7):155-8.

Lawrence D, Jablensky AV, Holman CD, Pinder TJ. Mortality in Western Australian psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2000; 35(8): 341-7.

Levinson Miller C, Druss BG, Dombrowski EA, Rosenheck RA. Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. *Psychiatr Serv* 2003; 54:1158-1160.

Lindenmayer JP, Czobor P, Volavka J, Citrome L, Sheitman B, McEvoy JP et al. Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. *Am J Psychiatry* 2003; 160:290-6.

Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics* 2002; 43(1):24-30.

Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1334-49.

Menezes PR, Mann AH. Mortality among patients with non-affective functional psychoses in a metropolitan area of South-Eastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(4): 304-9.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos do Sistema de informação sobre mortalidade, 1ª ed. – 2001.

OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID 10. São Paulo: EDUSP, 1994.

OMS. Core Health indicators -1997 [acesso em 05 de junho de 2007]. Disponível em: URL: www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm

Osby U, Brandt L, Correia N, Ekbom A, Sparen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(9): 844-50.

Pandiani JA, Banks SM, Bramley J, Moore R. Mortality of mental health service recipients in Vermont and Oklahoma. *Psychiatr Serv* 2002; 55(8): 1025-7.

Politi P, Piccinelli M, Klersy C, Madini S, Segagni LG, Fratti C, et al. Mortality in psychiatric patients 5 to 21 years after hospital admission in Italy. *Psychol Med.* 2002; 32(2):227-37.

Prior P, Hassall C, Cross KW. Causes of death associated with psychiatric illness. *J Pub Health Med*; 1996; 18(4): 381-9.

Räsänen S, Hakko H, Viilo K, Meyer-Rochow VB, Moring J. Avoidable mortality in long-stay psychiatric patients of Northern Finland. *Nord J Psychiatry.* 2005; 59(2): 103-8.

Räsänen S, Hakko H, Viilo K, Meyer-Rochow VB, Moring J. Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003; 38 (6):297-304.

Reeves RR. Unrecognized medical emergencies admitted to psychiatric units. *American Journal of Emergency Medicine* 2000; 18(4):390-393.

Reischel UA, Shih RD. Evaluation and management of psychotic patients in the emergency department. *Hosp Physician* 1999; 35:26-38.

Ringbäck Weitoft G, Gullberg A, Rosén M. Avoidable mortality among psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 33(9):430-7, 1998.

Rössler W, Hewer W, Fätkenheuer B, Löffler W. Excess mortality among elderly psychiatric in-patients with organic mental disorder *Br J Psychiatry*. 1995; Oct; 167(4): 527-32.

Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Engl J Med* 1976; 294(11): 582–588.

Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Fishman AP, Perrin EB, Zuidema GD. Measuring the quality of medical care: second revision of tables of indexes. *N Engl J Med* 1980; 302(20): 1146.

Sacks FM. Metabolic syndrome: epidemiology and consequences. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 suppl. 18:3-12.

Salokangas RK, Honkonen T, Stengard E, Koivisto AM. Mortality in chronic schizophrenia during decreasing number of psychiatric beds in Finland. *Schizophr Res* 2002; 54(3): 265-75.

Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341:1329-35.

Stolte E, Iwanow R, Hall C. Capacity-related interfacility patient transports: patients affected, wait times involved and associated morbidity. *CJEM* 2006; 8(4):262-8.

Suárez-Varela MM, Llopis GA, Tejerizo PML. Variations in avoidable mortality in relation to health care resources and urbanization level. *J. Environ. Pathol. Toxicol. Oncol.* 1996; 15(2-4):149-54.

Tonus A E, Mello M F. Mortalidade em pacientes esquizofrênicos e delirantes persistentes *Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra, São Paulo*, 35(68-69): 73 2005.

Valenti M, Necozone S, Busellu G, Borrelli G, Lepore AR, Madonna R et al. Mortality in psychiatric hospital patients. A cohort analysis of prognostic factors. *International Journal of Epidemiology* 1997, 26, 1227-1235.

Westerling R. Commentary: Evaluating avoidable mortality in developing countries – an important issue for public health. *Int J Epidemiol* 2001; 30(5):973–975.

8- ANEXOS

ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética



UNICAMP

CEP, 18/01/05.
(Grupo III)

FAX (0_19) 3788-8925

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

cep@fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO: N° 540/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO HC-UNICAMP DE 1986 A 2004”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Lucia Prezía Sampaio

INSTITUIÇÃO: Enfermaria de Psiquiatria do HC-UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 13/10/2004

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 18/01/06

II - OBJETIVOS

Avaliar as características clínicas e do perfil sócio demográfico dos pacientes da enfermaria de psiquiatria do hospital de clínicas da Unicamp no período de 1996 a 2004.

III - SUMÁRIO

Trata-se de estudo descritivo retrospectivo utilizando dados de prontuário e outros instrumentos de coleta regular de dados dos pacientes que foram internados no período referido. Serão avaliadas variáveis demográficas e de tempo de internação, diagnóstico, tipos de encaminhamentos, etc.. visando identificar pacientes com Transtornos Mentais Orgânicos cujas características sócio-demográficas serão comparadas com o grupo geral de pacientes

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Estudo não propõe qualquer tipo de intervenção diagnóstica ou terapêutica, trabalhando com dados coletados retrospectivamente, garantindo o anonimato dos pacientes.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

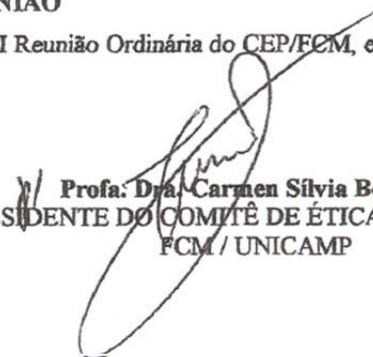
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 18 de janeiro de 2005.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

CEP, 19/12/06.
(PARECER PROJETO: N° 540/2004)

PARECER

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO HC-UNICAMP DE 1986 A 2004”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ana Lucia Prezia Sampaio

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o Adendo que inclui o projeto de pesquisa “ÓBITOS EM PACIENTES INTERNADOS NA UIP-HC/UNICAMP NO PERÍODO DE 18 ANOS”, com finalidade de dissertação de mestrado, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 19 de dezembro de 2006.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 2- Autorização do Secretário Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde
CENTRO DE EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa em nível de Mestrado “**Óbitos em pacientes psiquiátricos internados na UIP – HC Unicamp no período de 18 anos**”, que tem por objetivo levantar dados de hospitalização psiquiátrica e eventualmente propor medidas que possam contribuir com um melhor atendimento à população referida.

Declaro estar ciente de que a pesquisa será desenvolvida junto ao Banco de Dados da Coordenadoria de Informação e Informática desta Secretaria pela pesquisadora Ana Lúcia P. Sampaio, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Mental na FCM/ Unicamp, sob a orientação do Professor Doutor Dorgival Caetano.

Dr. JOSÉ FRANCISCO KERR SARAIVA
Secretário Municipal de Saúde.

Campinas, 15 de janeiro de 2007.

9- APÊNDICES

APÊNDICE 1

Mortalidade em Pacientes Psiquiátricos: atualização Bibliográfica

Mortality in psychiatric patients: literature review

Ana Lúcia Prezia Sampaio ; Prof. Dr. Dorgival Caetano

Faculdade Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

(Sampaio ALP, Caetano D)

J Bras Psiquiatr, 55(3): 226-231, 2006

Artigo escrito conforme normas do Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

Submetido em 23/09/2006 e aprovado em 01/10/2006.

Publicado no Jornal Brasileiro de Psiquiatria em dezembro de 2006

RESUMO

Introdução: O alto índice de mortalidade psiquiátrica encontrada têm sido objetos de preocupação por parte dos pesquisadores. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão sistemática dos estudos existentes na literatura sobre o tema.

Método: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando fontes eletrônicas de busca MEDLINE, SCIELO e LILACS, além de bases de dados, sites e periódicos especializados. Não foram estabelecidos períodos específicos de publicação. Também foram utilizadas as referências bibliográficas dos artigos mais atuais como fonte adicional de consulta. Para isso foram selecionados os estudos mais significativos descritivos e interpretativos que avaliaram as seguintes dimensões: caracterização sócio-demográfica, co-morbidades clínicas, tempo de tratamento e diagnósticos, relacionados à mortalidade psiquiátrica.

Resultados: Essa revisão demonstra que indivíduos com transtornos mentais maiores têm menor tempo de sobrevivência em relação à população geral e há diferenças significativas de mortalidade entre pacientes institucionalizados e aqueles que freqüentam serviços extras hospitalares.

Conclusão: Conclui-se que é necessária a implantação de intervenções preventivas e terapêuticas que visem à saúde geral dos pacientes psiquiátricos em todos os níveis de assistência de saúde mental.

Palavras chaves: Transtornos Mentais; mortalidade; psiquiatria; revisão.

ABSTRACT

Objective:

Methods: The review included those studies that assessed the following: socioeconomic factors, clinic diagnosis, length of stay, diagnostic categories and mortality.

Results: The findings point to the fact that individuals with major mental disorders clearly present life expectation diminished as compared to the general population and this mortality rate is even greater in those patients outside hospital.

Conclusion: It is concluded that there is a strong need of implementation of preventive and therapeutic programs aiming at the improvement of general health of the psychiatric patients at all levels of mental health facilities.

Key words: mental disorders; mortality; psychiatry; update.

Mortalidade em Pacientes Psiquiátricos: atualização bibliográfica

I- Introdução

O mais antigo estudo sobre mortalidade psiquiátrica (citado por Singer, 2001) foi escrito em 1841 por Dr. William Farr para o encontro da *Statistical Society of London*. Avaliando os óbitos ocorridos em pacientes internados nas Instituições psiquiátricas de Londres, Farr concluiu que estes foram maiores em homens do que em mulheres, em indigentes mais do que em pacientes de níveis sociais mais elevados, em pacientes que viviam em casas licenciadas do que no Asilo Hanwel ou que viviam em pequenas moradias.

Desde essa época, os estudos indicam que o índice de mortalidade em pacientes psiquiátricos é maior do que na população geral. A assistência psiquiátrica tem sofrido várias modificações quanto a sua forma e estrutura na última década. Dessa forma torna-se necessário avaliarmos as repercussões desta modificação em relação à mortalidade psiquiátrica. A importância dessa revisão é avaliar a relação do transtorno psiquiátrico e os índices de mortalidade, sem esquecer de fatores como internação, co-morbidades clínicas etc.

II- Método

Esta é uma revisão sistemática da literatura, no qual foi realizada uma pesquisa a artigos referente ao tema “Mortalidade psiquiátrica”. Para isso foram utilizadas as bases de dados Medline, Scielo e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se inicialmente as palavras-chave: "mental disorders", "mortality", "psychiatry", "update". Porém essas palavras resultaram em poucos estudos. Dessa forma foi modificada a pesquisa inicial introduzindo novas palavras-chave: “mental disorders”, “mortality”, “psychiatry”, “public health”, resultou em 190 artigos. Foram selecionados artigos originais em português, inglês e espanhol. Os estudos que avaliaram as seguintes dimensões: caracterização sócio-demográfica, co-morbidades clínicas, tempo de tratamento, diagnósticos e mortalidade foram incluídos. Não foram estabelecidos períodos específicos de publicação, porém procurou utilizar os artigos mais atuais e relevantes. Também não houve restrição quanto ao desenho de estudo. A partir da pesquisa inicial foram selecionados os artigos de maior interesse para o tema excluindo aqueles que abordavam apenas o suicídio. As referências bibliográficas dos artigos mais citados foram também utilizadas como fonte de busca.

III- Resultados

Estudos avaliando a mortalidade psiquiátrica não são frequentes na literatura. A dificuldade de estabelecer critérios sistemáticos de avaliação do índice de mortalidade parece ser um indicativo do baixo número de estudos sobre o tema. Pela complexidade do tema e pela alta incidência de óbito na população psiquiátrica, esse tema mereceria a

presença de uma metodologia sistematizada, principalmente nos locais de atendimento psiquiátrico que facilitasse o controle dos fatores determinantes. Estudos de meta-análise tornam-se difíceis pela variedade de dimensões estudadas, não havendo como sistematizá-las.

Vários estudos têm avaliado os efeitos da diminuição dos leitos psiquiátricos e sua relação com a mortalidade de pacientes com transtornos mentais (Salakongas et al (2002); Hansen et al (2001); Lawrence (2000), Currier (2000); Chen et al (1996), Hamnerz (2001), Crisanti et al (1992); Valenti et al (1997) D'avano et al (2003)).

Salakongas et al. (2002) estudaram 4338 pacientes esquizofrênicos que receberam alta de hospitais psiquiátricos na Finlândia entre os anos de 1982 a 1994. Durante esse período o número de leitos psiquiátricos decresceu de 3,8 para 1,3 por 1000 habitantes. Nos 3 anos seguintes 226 pacientes (5,2%) foram a óbito sendo a mortalidade maior nos homens do que nas mulheres. O aumento da mortalidade por causas naturais foi predito pela idade, saúde física e tempo de internação; enquanto que a mortalidade por causas não-naturais (suicídio e acidente) foi predita pela prescrição de drogas psicoativas, número de hospitalizações e menor tempo de doença. Os autores acreditam que as reduções de leitos psiquiátricos não estão associadas com o crescimento da mortalidade em pacientes com esquizofrenia crônica.

Através do Registro Central de Óbitos no período de 1980 a 1992, Hansen et al. (2001) examinaram a taxa de mortalidade de pacientes psiquiátricos que foram desinstitucionalizados e cruzaram essa taxa com a idade, gênero, tempo de internação e diagnóstico psiquiátrico. Pacientes com transtornos psiquiátricos orgânicos apresentaram uma mortalidade significativamente maior independente-mente da causa do óbito. Mortes por câncer e suicídio foram mais freqüentes em mulheres e em homens, respectivamente; e óbitos por causas não-naturais foram mais freqüentes após os primeiros anos de alta hospitalar. Comparando os períodos de 1950-1962 e 1963-1974, houve um crescimento da taxa de mortalidade padrão por doenças cardiovasculares e suicídio em ambos os gêneros. Os autores concluíram que a desinstitucionalização parece ser um risco

relativo de óbitos por doenças cardiovasculares e por causas não-naturais para ambos os gêneros, risco este que é maior para o sexo masculino.

Em estudo anterior, Hansen et al. (1997) investigaram todos os pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico da Noruega, acompanhados desde a primeira admissão (período: 31 de julho de 1980 a 31 de dezembro de 1992) e compararam seus óbitos com os da população geral. A taxa de mortalidade foi maior do que a da população geral em todos os grupos diagnósticos e mais alta (ambos sexos) durante os 5 primeiros anos após a admissão e em homens. Como esperado, esta aumentou com a idade em ambos os sexos.

Em um estudo prospectivo de cerca de 9 anos, Crisanti & Love (1999) avaliaram se os pacientes admitidos involuntariamente em internações psiquiátricas teriam um maior risco de mortalidade quando comparados àqueles admitidos voluntariamente. A pesquisa envolveu 2142 pacientes, sendo 1064 hospitalizados involuntariamente e 1078 voluntariamente. Durante o período de seguimento, 107 pacientes (5%) foram a óbito (58 internados involuntariamente e 49 voluntariamente), o que está em acordo com as taxas esperadas para a população psiquiátrica e não houve diferenças significativas entre os dois grupos.

Uma estimativa da expectativa de vida em diferentes grupos diagnósticos de pacientes internados em clínicas psiquiátricas na Suécia foi desenvolvida por Hannerz et al. (2001). Participaram desse estudo pacientes com idade ≥ 18 anos e que no dia 1º de janeiro de 1983 estavam vivos. Esses pacientes foram monitorados durante todo o ano de 1983 de acordo com o diagnóstico principal recebido na última alta, foram divididos em nove grupos diagnósticos e avaliados em termos de expectativa de vida, gênero e grupos diagnósticos. A expectativa de vida foi significativamente menor em ambos os gêneros e em oito grupos diagnósticos.

Em estudo anterior, Hannerz et al. (2000) avaliaram a mortalidade entre todos os pacientes psiquiátricos (17.878 homens e 23.256 mulheres) com psicose funcional (CID-8) inseridos no Registro de Alta do Hospital Nacional da Suécia entre 1978 e 1982 e acompanhados no período de 1983 a 1985. Em comparação com a população geral, esse grupo apresentou uma diminuição da expectativa de vida em ambos os sexos. No grupo

etário de 20 a 49 anos a alta taxa de mortalidade foi devido a suicídio e acidentes, enquanto no grupo de 50 a 89 anos, a maior causa foram doenças cardiovasculares.

Entre os fatores protetores estudados esta que os hospitais psiquiátricos oferecem maior segurança ao paciente, pois protege o individuo dos riscos de suicídio, homicídio e acidentes. Kamara et al (1994) acreditam que a implantação de protocolos de controle de suicídio nas Instituições do estado de Oregon entre 1988 a 1992 ajudou a reduzir as causas por morte não-naturais.

Currier (2000) estudou a redução de leitos psiquiátricos públicos e privados (de 4/1000 em 1960 para 1,3/1000 em 1994) em 7 cidades americanas industrializadas e verificou que a proporção de mortalidade aumentou de 5,7/100.000 pacientes em 1979 para 15,5/100.000 em 1994. Concluiu que a hospitalização protege os pacientes com transtornos graves.

Um estudo de acompanhamento de um grupo de pacientes internados em um hospital psiquiátrico na Itália Central, em 1978, foi realizado por Valenti et al. (1997). Foi exatamente no período da reforma psiquiátrica, onde a Lei Italiana N°.180 determinava o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos. Os autores compararam a mortalidade dos pacientes que foram dispensados dos Hospitais com a daqueles que não foram dispensados. O objetivo foi determinar a sobrevivência dos grupos de pacientes, analisar os fatores de risco para óbito e as diferenças nas taxas de mortalidade entre os pacientes psiquiátricos e a população geral. A duração da internação e a alta hospitalar foram variáveis de elevado risco de mortalidade, sendo que foi maior para aqueles que não receberam alta hospitalar. Altas taxas de mortalidade foram encontradas em ambos os sexos por doenças circulatórias, respiratórias e doenças indefinidas e em pacientes jovens (20 a 29 anos). Para os autores, longos períodos de internação e não receber alta hospitalar aumentaram o risco de óbitos em pacientes psiquiátricos.

Co-morbidades clínicas e mortalidade psiquiátrica

Harris & Barraclough (1998) revisaram 152 artigos da língua inglesa sobre mortalidade em pacientes com transtornos mentais. Aqueles com doenças psiquiátricas maiores apresentaram um alto risco de óbito prematuro, seja por causas naturais ou não-naturais, e o risco de óbito por causas não-naturais foi mais alto nos transtornos funcionais,

particularmente depressão maior e esquizofrenia. Os óbitos por causas naturais foram maiores em transtornos mentais orgânicos, retardo mental e epilepsia.

Brown (1997) revendo a literatura sobre mortalidade em esquizofrenia, concluiu que a mesma teve um crescimento significativo por causas naturais e não-naturais: 38% suicídio e 12% foram por acidente. Os demais óbitos foram por causas semelhantes às da população geral, evidenciando assim que a esquizofrenia está associada a um grande aumento da mortalidade por suicídio e um moderado crescimento da mortalidade por causas naturais.

Kamara et al. (1998) em uma revisão de 179 pacientes psiquiátricos que foram a óbito por causas naturais no Hospital Estadual de Washington entre 1989 e 1994, encontraram mais casos de demências (e outros transtornos mentais orgânicos), mais doenças circulatórias e respiratórias, e paciente mais idosos. A correlação entre óbitos de pacientes psiquiátricos e co-morbidades clínicas tem sido amplamente investigada na última década.

Assim é que Lyketsos et al. (2002) em um estudo com 950 pacientes admitidos no Serviço de Psiquiatria do Hospital Johns Hopkins encontraram co-morbidades clínicas graves em 15% desses pacientes e em 12% daqueles que receberam alta hospitalar. As co-morbidades estavam correlacionadas com o aumento de sintomas psiquiátricos, o dano funcional e o tempo de internação.

Felker et al. (1996) relacionaram pacientes que faziam uso abusivo de substâncias (independentemente da presença de co-morbidade clínica) com outros transtornos mentais e concluíram que co-morbidade clínica aumentava o risco de óbitos prematuros.

Em estudo recente, Ceilley et al. (2005) determinaram a prevalência de doenças clínicas e o impacto dessas no tempo de internação de pacientes psiquiátricos com co-morbidade de transtornos de abuso de substância. A amostra consistiu de 87 pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico universitário. Entre as doenças mais encontradas, estavam osteoartrites, hepatite C e doença pulmonar obstrutiva. Os autores concluíram que os pacientes com transtornos psiquiátricos e co-morbidade de abuso de substância possuem uma alta incidência de doenças clínicas.

Muitos estudos avaliaram óbitos por causas não-naturais, i.e., suicídios, homicídios, etc. Hiroeh et al. (2001) concluíram que pacientes psiquiátricos têm maior risco de morte por homicídio - esse risco têm crescido nos últimos anos e que os pacientes hospitalizados têm menor risco, pois a internação protege esses pacientes.

Outro estudo avaliando mortes por causas naturais e não-naturais foi desenvolvido por D'Avanzo et al. (2003) tomando como base o fechamento dos leitos psiquiátricos na Itália. Os autores estudaram uma amostra de 2915 pacientes de 12 hospitais psiquiátricos no período de 1994 a 1996 com seguimento até junho de 2000. Foram observados 714 óbitos versus 291,2 esperados. Dentre as patologias não-psiquiátricas mais encontradas estavam a pneumonia, doença respiratória obstrutiva crônica, doença cardíaca isquêmica, além de alguns casos de câncer (pulmonar em homens, e de mama nas mulheres). Os óbitos também foram maiores em adultos jovens e idosos acima de 60 anos. A taxa de suicídio foi maior em homens. Os índices de mortalidade foram de 2,66 antes da alta e de 2,09 após alta, mas os autores não atribuíram essa diferença ao fechamento de leitos psiquiátricos.

Um estudo em pacientes com diagnósticos de transtornos mentais orgânicos pela CID-9 (categorias 290, 293, 294 e 310) e que necessitavam de internação foi realizado por Rossler et al (1995). Foram estudados 1821 pacientes de 7 Hospitais psiquiátricos na Alemanha no período de 2,5 anos. Cento e quarenta e sete pacientes morreram de causas naturais durante a internação. O índice de mortalidade, se considerado a idade e sexo, cresceu em 7,5 vezes quando comparado à população geral. Entre os diagnósticos clínicos mais prevalentes a pneumonia ocupou o primeiro lugar.

Frisoni et al.(1999) and Korten et al. (1999) verificaram um crescimento da mortalidade entre indivíduos idosos com diminuição da capacidade cognitiva quando comparados com aqueles sem problemas cognitivos. Korten et al. (1999) estabeleceram que os preditores significantes de mortalidade são: sexo masculino, saúde física precária e funções cognitivas empobrecidas. Entre as possíveis razões para explicar a associação de déficit cognitivo com mortalidade prematura está a diminuição da capacidade de autocuidado, higiene pessoal, alimentação, riscos do meio ambiente, funções corporais, etc.

Em uma avaliação da efetividade da integração do tratamento psiquiátrico e clínico dos Transtornos Alimentares maiores, De Filippo et al. (2000) avaliou 147 pacientes femininas com anorexia nervosa restritiva ou bulímica atendidas no Departamento de Medicina Clínica e Experimental da Universidade de Nápoles no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1997. Os autores concluíram que a integração do tratamento psiquiátrico e clínico é um procedimento efetivo e reduz a mortalidade e admissões devidas a complicações clínicas.

Tempo de internação também foi relacionado com o índice de mortalidade. Rasanen et al. (2003) estudaram a mortalidade em 253 pacientes psiquiátricos tratados sem interrupção por um período de 6 meses no período de 1992 a 2000 e a compararam com a da população geral, concluindo que o número de pacientes psiquiátricos com longo tempo de internação que foram a óbito por causas naturais foi igual ao da população geral.

Goldman (2000) acredita que a doença psiquiátrica seja um fator de risco para o desenvolvimento de problemas clínicos. O autor aborda práticas de saúde geral e acesso ao sistema de saúde, cuidados clínicos, psicoterapias e interações medicamentosas. Em uma revisão de literatura, Goldman (1999) estabelece a relação entre a doença física e a esquizofrenia e aponta para o risco crescente para certas doenças como artrite reumatóide, alergias, abuso de substâncias e polidipsia. Cerca de 50% dos pacientes com esquizofrenia apresentam co-morbidades clínicas, mas muitas vezes são mal diagnosticadas ou mesmo não identificadas.

Estudos epidemiológicos sobre mortalidade psiquiátrica

Estudos epidemiológicos são de grande utilidade nas definições de políticas de saúde, além de influenciar de forma indireta nos fatores ambientais. Dessa forma, Jenkins et al. (2001) propõem estudos em larga escala sobre mortalidade psiquiátrica, pois as políticas deveriam ser direcionadas às necessidades da população; as informações sobre uma área geográfica específica devem registrar os serviços existentes, estimar suas necessidades e medir os resultados dos tratamentos. Além disso, informações sobre prevalência e fatores de risco auxiliam no desenvolvimento de modelos de prevenção.

Aproximadamente 2000 pacientes psiquiátricos do Estado de Massachusets foram estudados num período de 5 anos por Dembling et al. (1999). Eles cruzaram os dados desses pacientes com os do Registro Nacional de Óbitos e os compararam com os da população geral. Pacientes com transtornos mentais graves tiveram um tempo médio de vida em torno de 8,8 anos menor do que a população geral.

Chen et al.(1996) avaliaram a mortalidade de pacientes psiquiátricos admitidos no período de 1 ano (1987-1988) em Hospitais Psiquiátricos de Taiwan, onde o sistema de cuidados psiquiátricos é essencialmente hospitalar. Dos 13.385 pacientes estudados (9309 homens e 4076 mulheres), 2039 (1730 homens e 319 mulheres) foram a óbito no final de 1993 (aproximadamente 15%). Os autores relacionaram a mortalidade com sexo, idade, causa do óbito, categorias diagnósticas e tempo de internação. Concluíram que o índice de mortalidade foi maior em pacientes mais jovens, em mulheres, por causas não-naturais, abuso de substâncias, e no primeiro ano após admissão. No entanto, houve um excesso de mortalidade por causas naturais em todas as categorias diagnósticas.

Joukamaa et al. (2001) examinaram uma amostra representativa nacional de 8000 adultos finlandeses utilizando a versão de 36 itens do Questionário de Saúde Geral (QSG) e o Exame do Estado Atual com o objetivo de determinar os casos com transtornos mentais e acompanhá-los durante um período de 17 anos numa tentativa de determinar o risco de mortalidade. Encontrou-se uma elevada taxa de mortalidade associada aos Transtornos Mentais e risco relativo maior em homens com esquizofrenia. Homens e mulheres com esquizofrenia apresentaram um maior risco de óbito por doenças respiratórias enquanto que homens com depressão neurótica tiveram maior risco de óbito por doenças cardiovasculares. Os autores concluíram que esquizofrenia e depressão estão associadas a um elevado risco de morte por causas naturais e não-naturais

Com objetivo de comparar a taxa mortalidade em pacientes psiquiátricos do Oeste Australiano, Lawrence et al (2000) realizaram um estudo em um período de grandes mudanças na política de saúde mental daquele país. A taxa de mortalidade entre pacientes psiquiátricos foi significativamente maior para todas as causas e parece estar crescendo por suicídio.

Prior et al. (1996) realizaram um estudo populacional envolvendo 16.871 casos registrados no período entre 1974 e 1984, de idade entre 15 e 89 anos, nos distritos de saúde de Worcester e Kidderminster e correlacionaram os dados sócio-demográficos e as causas de óbito com os grandes grupos diagnósticos psiquiátricos da Classificação Internacional das Doenças (CID). Encontraram um risco elevado de morte acidental em todos esses grupos. O segundo maior risco foi para as doenças respiratórias entre pacientes internados e aqueles com diagnósticos de transtornos psicóticos (especialmente demência). Óbitos por doenças do sistema circulatório foram encontrados em ambos os sexos. Os autores concluem que os transtornos mentais estão associados com um elevado risco de óbito por causas naturais e que este risco está relacionado com a gravidade dos diagnósticos psiquiátricos. Para eles, esses dados poderão contribuir com o modelo de atendimento e utilização de recursos adequados.

Ringback et al. (1998) avaliaram mais de 30.000 pacientes psiquiátricos dispensados de um hospital do Distrito de Estocolmo entre 1981 e 1985 e que foram acompanhados pelo Registro de Óbitos no período de 1986 a 1990. Foi encontrado um alto risco de suicídio, especialmente em mulheres, quando comparado à população geral. Os autores também apontam os riscos dos efeitos colaterais das drogas psicotrópicas e intervenções médicas como causas de mortes naturais.

Osby et al.(2001) avaliaram a mortalidade em 15.386 pacientes com transtorno afetivo bipolar e unipolar na Suécia no período de 1973 a 1995 identificados no Registro Nacional de Óbitos. A taxa de suicídio foi maior em mulheres com transtorno afetivo unipolar, em pacientes jovens durante os primeiros anos de tratamento após o diagnóstico inicial e enquanto naquelas com transtorno afetivo bipolar o óbito se deveu a outras causas que não suicídio.

Existem poucos estudos avaliando mortalidade psiquiátrica em novos serviços de saúde mental, como Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais. Em um recente estudo, Politi et al. (2002) quantificaram o risco de mortalidade em pacientes mentais admitidos em uma Unidade de internação psiquiátrica na Itália entre 1978 a 1994 e acompanhados por 5 a 21 anos após a admissão. Elevadas taxas de mortalidade em comparação à população geral, por causas naturais e não-naturais, foram encontradas em

todos os transtornos mentais e foram mais elevadas nos homens. Indivíduos com menos de 40 anos apresentaram um maior risco. Vários fatores demográficos e clínicos (sexo, idade, diagnóstico psiquiátrico e outros) foram preditores de mortalidade.

Pandiani et al. (2002) examinaram a taxa de mortalidade estadual em pessoas com transtornos mentais graves atendidas em um sistema de saúde pública de Vermont e Oklahoma. Em ambos os estados, a taxa de mortalidade foi significativamente mais alta em serviços de saúde recentes em comparação àqueles mais antigos. Concluíram que algumas variações nas duas regiões estudadas como o número de pacientes, e outras causas que fogem ao controle das autoridades de saúde mental pública, devem ser consideradas.

Em um estudo com todos os pacientes atendidos em serviços psiquiátricos na Itália no período de 1982 a 1991, Amadeo et al. (1995) encontraram uma alta taxa de mortalidade em homens entre pacientes admitidos em hospitais, no grupo mais jovem e no primeiro ano após o primeiro registro. O diagnóstico relacionado maior risco foi o de dependência ao álcool e a drogas e este grupo apresentou um índice significativo de suicídio. As variáveis mais significativamente associadas com mortalidade foram: diagnósticos, modelos de atendimento e intervalo entre os registros. Os autores concluíram que a taxa de mortalidade em pacientes tratados em sistema básicos de saúde foi mais alta do que se esperava, porém mais baixa quando comparada a outros serviços psiquiátricos. O índice maior de mortalidade foi encontrado nos primeiros 5 anos após o registro.

Sohlman et al. (1999) realizaram um estudo populacional compreendendo todos os pacientes que receberam alta de hospitais psiquiátricos durante o ano de 1988 (n = 22940) e acompanhados até o ano de 1992. Nesse seguimento, 3936 (17,2%) pacientes psiquiátricos morreram o que representa uma taxa aproximadamente quatro vezes maior do que a da população geral. Os óbitos por causas não-naturais incluíram acidentes em grupos mais jovens e especialmente um alto índice de suicídio entre mulheres jovens. Óbitos por causa naturais foram mais prevalentes na população estudada do que na população geral, entre as causas mais encontradas estavam o infarto do miocárdio e a pneumonia não-especificada.

Estudos realizados no Brasil sobre mortalidade psiquiátrica

No Brasil, Menezes & Mann (1996) realizaram um estudo prospectivo em uma amostra de 120 internações consecutivas em uma região delimitada do município de São Paulo. A amostra consistiu de indivíduos com o diagnóstico clínico de psicose funcional não afetiva, na faixa etária de 18 a 44 anos, e foi seguida por 2 anos a partir da internação psiquiátrica. Após esse período foram acompanhados 116 pacientes (96,7%) dos quais sete faleceram (6% dos 116 que completaram o estudo), sendo que 5 (4,3%) cometeram suicídio. Dos suicídios ocorridos, quatro aconteceram durante os primeiros 12 meses após a alta hospitalar. Os autores concluem que as psicoses funcionais não-afetivas estão associadas a uma expectativa de vida menor que da população geral.

Tônus & Melo (2006) realizaram um estudo retrospectivo de 10 anos de seguimento após internação na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual. O objetivo foi avaliar a mortalidade psiquiátrica e morbidade somática dos pacientes com diagnósticos de transtorno esquizofrênico e delirante. A amostra foi constituída de 85 pacientes, sendo a maioria homens (54,1%), brancos (82,4%), solteiros (63,5%), com bom nível escolar (55,3%), inativos profissionalmente (69%) e com diagnóstico de transtorno esquizofrênico (57,7%). Durante o tempo de estudo ocorreram 8 óbitos, sendo 6 decorrentes de causas naturais, 1 por suicídio e 1 por causa indeterminada. Este último ocorreu em um indivíduo com antecedentes de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

Um estudo em pacientes internados na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital das Clínicas Unicamp está sendo realizado pelos presentes autores para verificação dos índices e causas de mortalidade no período de 1986 a 2004.

IV- Discussão

Há uma alta mortalidade entre pacientes psiquiátricos e na maioria dos estudos, apesar das diferentes abordagens e correlações verificadas, essa mortalidade foi maior do que na população geral. O que aponta para a necessidade de políticas de saúde direcionadas aos cuidados de saúde geral do indivíduo com transtornos mentais e melhoraria de sua qualidade de vida.

Os estudos realizados nos períodos de mudanças nas políticas de saúde mental de diversos países indicam a necessidade de cuidados específicos e a criação de serviços de suporte adequado para os pacientes que foram desinstitucionalizados

A presente revisão mostra a necessidade de estudos atuais sobre a situação dos pacientes psiquiátricos dentro dos modelos propostos pela nova política de Saúde Mental. No Brasil, existem poucos estudos sobre mortalidade psiquiátrica e os existentes apresentam dificuldades metodológicas e análise inapropriada dos dados.

Estudos epidemiológicos podem contribuir para políticas gerais, voltadas para a população psiquiátrica, estabelecendo novas propostas sobre moradias, emprego, educação, prevenção de doenças gerais além de fatores de risco, tratamentos efetivos, adequação de serviços de saúde e interpretação dos resultados das intervenções, além de diminuir a mortalidade psiquiátrica e prevenir óbitos por causas não-naturais como suicídio e acidente. Como o risco de morte por causas não naturais (suicídio) entre pacientes psiquiátricos é maior no início da doença é importante ter um lugar protetor e evitar alta precoce. Uma atenção especial também é necessária com as co-morbididades clínicas para prevenir óbitos por causas naturais. Essa deve ser uma preocupação não apenas do psiquiatra, mas sim de toda a equipe multidisciplinar que desenvolve atividades com esses pacientes. Orientações básicas sobre cuidados da saúde devem ser dadas aos pacientes em qualquer tipo de serviço psiquiátrico.

A implementação de práticas dirigidas para identificar e modificar os fatores de riscos, e.g., síndrome metabólica com o uso de alguns antipsicóticos atípicos e outros efeitos colaterais, pode melhorar substancialmente a saúde geral dos pacientes psiquiátricos e conseqüentemente ajudar a reduzir a alta taxa de mortalidade.

V- Conclusão

Informações sobre mortalidade em diferentes tipos de população psiquiátrica é vital para o desenvolvimento de estratégias de tratamento e programas preventivos. Essas estratégias devem ser específicas para diferentes grupos de pacientes, tendo como base a

idade, gênero, grupos diagnósticos e locais de atendimento. Há necessidade de programas educacionais, multiprofissionais, estruturados e sistemáticos especialmente desenvolvidos para pacientes psiquiátricos objetivando reduzir a mortalidade excessiva. Esses programas devem ocorrer dentro das próprias instituições que cuidam do paciente.

VII- Referências Bibliográficas

Amaddeo F, Bisoffi G, Bonizzato P, et al Mortality among patients with psychiatric illness. A ten-year case register study in an area with a community-based system of care. *Br J Psychiatry*, 166: 783–788, 1995.

Brown S. Excess mortality of schizophrenia: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 171:502-8, 1997.

Ceilley J; Douaihy A; Salloum I Prevalence and Impact of Medical Disorders in Hospitalized Psychiatric Patients with Comorbid Substance Use Disorders. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 4(2):65-70, 2005. Chen WJ, Huang YJ, Yeh LL, Rin H, Hwu HG. Excess mortality of psychiatric inpatients in Taiwan. *Psychiatry Res*. 62(3):239-50, 1996.

Crisanti AS, Love EJ. Mortality among involuntarily admitted psychiatric patients: a survival analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34(12):627-33, 1999.

Currier GW. Psychiatric bed reductions and mortality among persons with mental disorders. *Psychiatric Services* 51(7): 851, 2000.

D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E. Mortality in long-stay patients from psychiatric hospitals in Italy - results from the Qualyop Project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 38(7):385-9, 2003.

De Filippo E; Signorini A; Bracale R; Pasanisi F; Contaldo F. Hospital admission and mortality rates in anorexia nervosa: experience from an integrated medical-psychiatric outpatient treatment. *Eat Weight Disord*; 5(4):211-6, 2000.

Dembling BP, Chen DT, Vachon L. Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. *Psychiatric Serv* 50:1036-42, 1999.

- Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv.* 47(12):1356-63, 1996.
- Frisoni GB, Fratiglioni L, Fastbom J, Viitanen M, Winblad B. Mortality in non-demented subjects with cognitive impairment: the influence of health-related factors. *Am J Epidemiol.* 15;150(10):1031-44, 1996.
- Goldman LS. Comorbid medical illness in psychiatric patients. *Curr Psychiatric Reports* 2:256-63, 2000.
- Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 60(suppl 121):10-15, 1999.
- Hannerz H, Borga P, Borritz M. Life expectancies for individuals with psychiatric diagnoses. *Public Health* 115:328-337, 2001.
- Hannerz H, Borga P. Mortality among persons with a history as psychiatric inpatients with functional psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Aug;35(8):380-7, 2000.
- Hansen, V., Arnesen, E. & Jacobsen, B. K. Cause-specific mortality in psychiatric patients after deinstitutionalisation *Br J Psychiatry* 179, 438-43, 2001.
- Hansen, V., Arnesen, E. & Jacobsen, B. K. Total mortality in people admitted to a psychiatric hospital. *Br J Psychiatry* 170, 186-190, 1997.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*, 173, 11-53, 1998.
- Hewer W, Rossler W, Fatkenheuer B, Loffler W. Excess mortality among elderly psychiatric in-patients with organic mental disorder. *Br J Psychiatry.*;167(4):527-32, 1995.
- Hiroeh U, Appleby L, Mortensen PB, et al. Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *Lancet* 158:2110-2112, 2001.
- Jenkins R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *Acta Psychiatr Scand*, 103: 2-14, 2001.
- Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, et al. Mental disorders and cause specific mortality. *Br J Psychiatry*, 179:498-502, 2001.

Kamara SG, Concannon KW, Butler JF, et al. The descriptive epidemiology of unnatural deaths in Oregon's state institutions: a 25-year (1963-1987) study. IV. The reduction of unnatural death rates during 1988-1992 in three facilities as a result of planned changes. *J Forensic Sci*, 39(6): 1432-44, 1994.

Kamara SG, Peterson PD, Dennis JL. Prevalence of physical illness among psychiatric inpatients who died of natural causes. *Psychiatric Serv*, 49(6): 788-93, 1998.

Korten AE, Jorm AF, Jiao Z, Letenneur L, Jacomb PA, Henderson AS, Christensen H, Rodgers B. Health, cognitive, and psychosocial factors as predictors of mortality in an elderly community sample. *J Epidemiol Community Health*. 53(2):83-8, 1999.

Lawrence D, Jablensky AV, Holman CD, Pinder TJ. Mortality in Western Australian psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*. 35(8):341-7, 2000.

Lawrence D, Coghlan R. Health inequalities and the health needs of people with mental illness. *NSW Public Health Bull*; 13(7): 155-158, 2002.

Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics*, 43(1):24-30. 2002.

Menezes PR, Mann AH. Mortality among patients with non-affective functional psychoses in a metropolitan area of South-Eastern Brazil. *Rev. Saúde Pública*, vol.30, no.4, p.304-309. 1996.

Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry*.;58(9):844-50. 2001.

Pandiani JA, Banks SM, Bramley J, Moore R. Mortality of mental health service recipients in Vermont and Oklahoma. *Psychiatr Serv* 55(8):1025-7, 2002.

Politi P, Piccinelli M, Klersy C, Madini S, Segagni LG, Fratti C, Barale F. Mortality in psychiatric patients 5 to 21 years after hospital admission in Italy. *Psychol Med*. 32(2):227-37, 2002.

Prior P, Hassall C, Cross KW. Causes of death associated with psychiatric illness. *J Pub Health Med* 18(4): 381-9, 1996.

Rasanen S, Hakko H, Viilo K, Meyer-Rochow VB, Moring J. Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*38(6):297-304, 2003.

Ringback Weitof G, Gullberg A, Rosen M. Avoidable mortality among psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 33(9):430-7, 1998.

Rosler W, Hewer W, Fatkenheuer B, Loffler W. Excess mortality among elderly psychiatric in-patients with organic mental disorder **Br J Psychiatry.** Oct;167(4):527-32, 1995

Salokangas RK, Honkonen T, Stengard E, Koivisto AM. Mortality in chronic schizophrenia during decreasing number of psychiatric beds in Finland. *Schizophr Res.* 1;54(3):265-75, 2002.

Singer RB. The first mortality follow-up study: the 1841 report of William Farr (physician) on the mortality of lunatics. *J Insur Med,* 33:298-309, 2001. *Psychiatr Serv.,* 47:310-316,1996.

Sohlman B, Lehtinen V. Mortality among discharged psychiatric patients in Finland. *Acta Psychiatr Scand.,* 99(2):102-9, 1999.

Tonus A E, Mello M F. Mortalidade em pacientes esquizofrênicos e delirantes persistentes *Temas: Teoria e Prática do Psiquiatra,* São Paulo, 35(68-69):73, 2005

Valenti M, Necozone S, Busellu G, *et al* Mortality in psychiatric hospital patients. A cohort analysis of prognostic factors. *International Journal of Epidemiology,* 26, 1227-1235, 1997.

APÊNDICE 2



25 a 28 de outubro de 2006 | Estação Embratel Convention Center | Curitiba, Paraná

CERTIFICADO

Certificamos que

Ana Lucia Prezia Sampaio

participou do XXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria,
realizado no período de 25 a 28 de outubro de 2006, em Curitiba, Paraná.

Na qualidade de Apresentador
do Trabalho

**ÓBITOS EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS NA
UNIDADE PSIQUIÁTRICA – HC UNICAMP**

Autor(res)

Sampaio, A.L.P.; Caetano, D.

Curitiba, 28 de outubro de 2006

Osmar Ratzke
Presidente da SPP

Josimar Mata de Farias França
Presidente da ABP e do XXIV CBP

Realização



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria



Sociedade Paranaense
de Psiquiatria

00209

Trabalho apresentado no XXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, de 25 a 28 de outubro de 2006, em Curitiba – PR

Óbitos em pacientes psiquiátricos internados na Unidade Psiquiátrica – HC - Unicamp

Ana Lúcia Prezia Sampaio; Professor Doutor Dorgival Caetano

RESUMO

Introdução: Estudos atuais mostram que indivíduos com transtornos mentais maiores têm uma menor expectativa de vida quando comparados à população geral.

Objetivo: Analisar a mortalidade de pacientes psiquiátricos de uma Unidade Psiquiátrica (UP-HC-UNICAMP) e traçar o perfil sócio-demográfico e clínico dos que foram a óbito.

Método: Levantamento dos óbitos ocorridos no HC e em outros hospitais (informados pela família) dos pacientes psiquiátricos internados na UP-HC-UNICAMP no período de 1987 a 2004. Os óbitos foram relacionados com dados sócio-demográficos (idade, sexo e procedência) e clínicos (diagnósticos, segundo a CID-10, número de internações, tempo decorrido entre a última internação e o óbito, etc.).

Resultados: Dos 2351 pacientes internados no referido período, 109 (4,6%) faleceram: 60 homens (55,05%) e 49 mulheres (44,95%). Apenas 7 pacientes morreram na UP. A média de idade do óbito foi de 49,9 ($\pm 17,6$) anos e a faixa etária predominante foi de 31 a 40 anos (25,69%). A maioria (95,41%) era procedente da Região Metropolitana de Campinas e 49,07% eram casados. Dos 109, 22 (20,18%) tiveram na saída da UP outros diagnósticos que não psiquiátricos.

Conclusões: A taxa de mortalidade encontrada (4,6%) está em acordo com outros estudos de mortalidade em pacientes psiquiátricos. Essa alta taxa requer a implantação de programas preventivos educacionais especialmente desenvolvidos para pacientes psiquiátricos envolvendo vários profissionais. Esses programas devem ocorrer de forma sistemática nas instituições que cuidam do paciente psiquiátrico e objetivar uma maior

adesão ao tratamento, fornecer orientações sobre a saúde física, ajudando assim a diminuir o risco de mortalidade.

ABSTRACT

Introduction: Updated studies have shown that subjects with major mental disorders present a lower life expectancy as compared to the general population.

Objective: This study aimed at verifying the mortality rate of psychiatric patients admitted to a Psychiatric Unit of a University General Hospital (PU-HC-UNICAMP) and relating it to socio-demographic and clinical data.

Method: Review of death certificates, provided by the University General Hospital or by the family when the patient died elsewhere, of psychiatric patients admitted to the PU-HC-UNICAMP over the period of 1987 to 2004. Mortality rate was related to socio-demographic (age, sex, etc.) and clinical (diagnosis ICD-10, number of admissions, time elapsed between the last admission and death, etc.) data.

Results: Out of the 2351 patients admitted over the given period, 109 (4.6%) died: 60 men (55.05%) and 49 women (44.95%). Only 7 patients died in the UP-HC-UNICAMP. Most patients came from the Metropolitan Area of Campinas (95.41%), were married (49.07%) and fell within the age range of 31-40 years (25.69%). Out of 109, 22 (20.18%) were discharged from the UP-HC-UNICAMP with other diagnoses than psychiatric diagnoses.

Conclusions: The mortality rate (4.6%) yielded in this study is in agreement with mortality rates reported in other investigations. This high rate demands implementation of educative preventive programs especially designed to help psychiatric patients and they should include other mental health professionals. These programs ought to take place on a regular basis in all institutions devoted to the care of psychiatric patients, aim at compliance with treatment, and providing information on physical health; thus helping to decrease the mortality risk.