

MANUELA GARCIA LIMA

**AVALIAÇÃO DE CUSTOS DO TRATAMENTO  
HOSPITALAR DA ESQUIZOFRENIA:  
UM ESTUDO RETROSPECTIVO**

CAMPINAS

1997

AUTORA: Manuela Garcia Lima

**TÍTULO: AVALIAÇÃO DE CUSTOS DO TRATAMENTO  
HOSPITALAR DA ESQUIZOFRENIA:  
UM ESTUDO RETROSPECTIVO**

Dissertação de mestrado apresentada no curso de Pós-Graduação em Saúde Mental do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de mestre.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Paulo Dalgalarrodo

Campinas, 1997

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA	TIUNICAMP
	L628a
V. Ex.	
NUMERO BC	32278
PROC.	283/97
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	27/11/97
N.º CPD	

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

CM-00103578-7

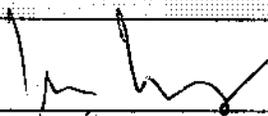
L628a	<p>Lima, Manuela Garcia</p> <p>Avaliação de custos do tratamento hospitalar da esquizofrenia : um estudo retrospectivo / Manuela Garcia Lima. Campinas, SP : [s.n.], 1997.</p> <p>Orientador: Paulo Dalgalarrodo</p> <p>Tese ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Esquizofrenia. 2. Assistência médica-custos. 3. Cuidados médicos - custos. 4. Custos. I. Paulo Dalgalarrodo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
-------	--

# Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

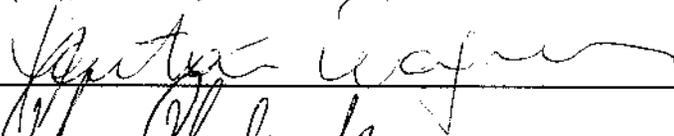
**Orientador: Prof. Dr. PAULO DALGALARRONDO**

## Membros:

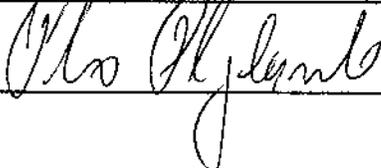
1.



2.



3.



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

**Data: 06/06/97**

## AGRADECIMENTOS

Prof. Dr. Dorgival Caetano: pelo incentivo, competência, sabedoria na transmissão dessa competência, dedicação nessa transmissão.  
Meu profundo afeto.

Profa. Dra. Ines Lessa: pela co-orientação neste trabalho, que sem dúvida não se realizaria não fosse seu profissionalismo, seriedade e disponibilidade em todos os momentos de crise, buscando solucionar todas as minhas dúvidas e me conduzir pelo caminho certo, sem me dar chance de recuar.  
Minha admiração.

Prof. Dr. Paulo Dalgalarro: pelo entusiasmo, confiança e crença, mas principalmente pelo ensinamento desses valores.  
Meu orientador e amigo.

Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira: pelo fornecimento dos dados sem os quais não poderia ter efetuado este trabalho.

## ÍNDICE

Agradecimentos	4
Resumo	6
Summary	8
I - Introdução	10
1 - Epidemiologia	12
2 - Considerações sobre custos	16
II - Objetivos	31
III - Metodologia	32
1 - A assistência psiquiátrica hospitalar na cidade de Campinas	32
2 - População de referência	33
3 - Casuística	34
4 - Instrumento	35
5 - Técnicas de avaliação dos custos	36
6 - Critérios de exclusão	38
7 - Outros critérios operacionais	38
8 - Análise	39
IV - Resultados	40
1 - Aspectos sócio-demográficos e clínicos	40
2 - Custos do tratamento	46
V - Discussão	49
1 - Aspectos sócio-demográficos e clínicos	49
2 - Custos do tratamento	57
VI - Conclusões	66
VII - Referências bibliográficas	68
VIII - Anexos	75

## RESUMO

A esquizofrenia é provavelmente o transtorno mental de mais elevado custo. Atinge cerca de 1% da população, acomete adultos jovens e 50% a 60% dos pacientes apresentam um curso crônico e limitante. Os custos da esquizofrenia para a sociedade podem ser divididos em direto (custos de tratamento) e indireto (perda de produtividade).

**Objetivos:** estimar os custos diretos da internação psiquiátrica de pacientes esquizofrênicos em surto agudo, com ênfase sobre os custos do tratamento farmacológico, e compará-los com pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar em episódio de mania e também comparar o perfil sócio-demográfico desses dois grupos.

**Método:** utilizou-se o método de capital humano baseado na abordagem de prevalência para a avaliação dos custos diretos do tratamento dos pacientes internados no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (Campinas, SP). **Resultados:** foram avaliados 132 esquizofrênicos (70% homens) e 51 maníacos (47% homens), internados no ano de 1995, com médias de idade de 37 e 39 anos, respectivamente. Houve predominância de solteiros e desempregados no grupo da esquizofrenia ( $p < 0,005$ ). A média de duração da doença foi 12,4 anos para a esquizofrenia e 12,8 anos para a mania ( $p > 0,05$ ). A duração média da internação foi 41 dias para a esquizofrenia e 28 dias para a mania ( $p < 0,025$ ). O número de internações anteriores foi, em média, 11 e 7 para a esquizofrenia e mania, respectivamente. A remissão completa dos sintomas foi 11% nos esquizofrênicos e 53% nos maníacos ( $p < 0,005$ ). A média por paciente do custo total do tratamento medicamentoso foi R\$30,00 para os esquizofrênicos e R\$24,00 para os maníacos e R\$0,70 e R\$0,80 o custo por dia por paciente. O custo da internação, para o hospital do estudo, foi R\$1.974,00 para os esquizofrênicos e R\$1.348,00 para os maníacos e o custo para o governo federal foi, respectivamente, R\$756,86 e R\$516,88; o que corresponde a

1,5% e 1,8% para o primeiro e 4% e 4,6% para o SUS o valor do tratamento medicamentoso em função do custo com a internação. **Conclusões:** os pacientes esquizofrênicos apresentam um transtorno mental mais grave no que diz respeito ao desempenho social e risco de reinternações. Com uma maior duração da internação há um aumento do custo tanto para o tratamento farmacológico como para a internação. Embora o tratamento farmacológico eficaz seja um ponto crucial na prevenção de recaídas, o custo dos medicamentos é apenas uma pequena parcela do montante que é gasto no tratamento da esquizofrenia. Por isso análises de custo-benefício devem visar novas estratégias no tratamento da esquizofrenia que não seja a internação.

## SUMMARY

Schizophrenia is by far the most costly mental illness to be treated. It affects 1% of the population, has a chronic course, and between 50% to 60% of the patients display only partial remission or no remission at all. Thus the economic burden is considerable. The costs of schizophrenia to society can be divided into direct (treatment costs) and indirect costs (lost of productivity). **Objectives:** to estimate the direct cost treatment of schizophrenic inpatients, in particular pharmacological treatment and compare it with affective disorder patients in manic episodes, also to compare these patient's sociodemographic profiles. **Method:** the human capital method based on the prevalence approach was used to evaluate costs. **Results:** There were 132 schizophrenics (70% men) and 51 manics (47% men) hospitalized in 1995, with a mean age 37 and 39 years, respectively. Single and unemployed status predominated in the schizophrenic group ( $p < 0,005$ ). The mean length of illness was 12,4 years for schizophrenics and 12,8 years for manics. The mean length of hospital stay was 41 days for schizophrenics and 28 days for manics ( $p < 0,025$ ). The mean prior rehospitalization was 11 and 7 for schizophrenics and manics, respectively. Complete symptoms remission occurred in 11% schizophrenics and 53% manics ( $p < 0,005$ ). The mean total cost of pharmacological treatment per patient was R\$30,00 and R\$24,00; R\$0,70 and R\$0,80 the average day cost per each schizophrenic and manic patient, respectively. Hospital cost was R\$1.974,00 for schizophrenics and R\$1348,00 for manics and hospital cost for federal government was R\$756,00 and R\$516,00; which correspond to 1,5% and 1,8% for the first and 4% and 4,6% for the later concerned to drug treatment in relation to hospital cost. **Conclusions:** schizophrenics as compared to manics have a more severe disorder in respect to social impairment and are at higher risk for rehospitalization. They have a much longer length of

hospital stay which increases pharmacological and hospital treatment costs. Drug treatment cost represents only a small percentage of the total cost of schizophrenia treatment. Hence, cost-benefit studies should bear in mind other strategies for the treatment of schizophrenia than hospitalization.

## I - INTRODUÇÃO

A história da esquizofrenia se inicia com o conceito de demência precoce, introduzido por Morel em 1856 (Minkowski, 1960). No fim do século XIX, Kraepelin classifica as doenças mentais de forma consistente, o que inclui a demência precoce em contraposição à loucura maníaco-depressiva e à paranóia (Minkowski, 1960). Kraepelin postulou que a demência precoce é universal, independente de raça ou geografia (Dalgalarondo, 1996). O termo Esquizofrenia foi cunhado por Bleuler (Bleuler, 1911), mantendo de modo geral a concepção de Kraepelin da demência precoce.

Desde então, os estudos psicopatológicos evoluíram a tal ponto que, atualmente, existe uma considerável concordância internacional sobre as características clínicas e descritivas da síndrome. Isto pode ser exemplificado pelos critérios diagnósticos do "Diagnostic and Statistical Manual" (DSM-IV) da "American Psychiatric Association" (APA) e a Classificação Internacional das Doenças - 10 (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Progrediram também os estudos sobre epidemiologia, etiologia, diagnóstico, prognóstico e tratamento.

A política de assistência à saúde no Brasil, de modo geral, vive um período de crise, uma vez que sérias dificuldades, de ordem administrativa e financeira, impedem o bom andamento dos programas (Lessa, 1996). A esquizofrenia, pela sua incidência em jovens, sua cronicidade e gravidade, prejudica o desempenho funcional de modo bastante significativo. Dentre as doenças mentais, a esquizofrenia é a que provavelmente produz um impacto mais negativo sobre a produtividade, especialmente no período mais criativo e economicamente ativo da vida. Isto representa um alto custo pessoal, familiar, social e econômico (McGuire, 1991).

Uma variedade de fatores devem ser considerados ao se desenvolver procedimentos de avaliação para o custo da esquizofrenia. Até o momento, técnicas padronizadas estão disponíveis para avaliar apenas alguns aspectos dos custos do tratamento, enquanto espera-se o surgimento de medidas para avaliação do sofrimento de pacientes e seus familiares. A maneira mais efetiva para reduzir o custo global da esquizofrenia está no desenvolvimento de novos tratamentos, na identificação da etiologia e, por último, na sua prevenção (Andreasen, 1991).

## **1 - Epidemiologia**

### **1.1 - Esquizofrenia**

Recentes estudos epidemiológicos demonstraram que aproximadamente 20 milhões de pessoas no mundo sofrem de esquizofrenia (Sartorius e cols, 1986). A esquizofrenia atinge 0,5% a 1,5% da população mundial e produz alta morbidade (Hafner e Von der Heiden, 1986; Sartorius e cols, 1986; Shur, 1988), tem alta prevalência e vários estudos, bem conduzidos, mostram que incidência e prevalência são semelhantes em diferentes culturas (Eaton, 1991; Jablensky e cols, 1992). O estudo epidemiológico mais recentemente realizado no Brasil originou estimativas de prevalência de esquizofrenia na ordem de 0,3 a 2,9%, comparáveis com as observadas em outros países (Almeida Filho e cols, 1992).

O transtorno esquizofrênico afeta tanto homens quanto mulheres, geralmente manifesta-se na adolescência ou no começo da vida adulta, e frequentemente tem curso crônico e incapacitante (Sartorius e cols, 1978). Existem algumas diferenças relacionadas ao sexo com respeito à idade de início, gravidade e cronicidade da doença (Flor-Henry, 1985; Mayer e cols, 1993). A idade de início é significativamente menor nos homens (por volta de 21 anos) do que nas mulheres (por volta de 27 anos), adoecendo aproximadamente 90% dos homens e 70% das mulheres antes dos 30 anos de idade (Loranger, 1984). Como consequência, existe um excesso de homens esquizofrênicos abaixo da idade de 40 anos e um excesso de mulheres esquizofrênicas acima dos 45 anos (Flor-Henry, 1985). Além disso a esquizofrenia em homens é significativamente correlacionada com cronicidade, enquanto em mulheres está associada a um curso mais favorável (Jablensky e cols, 1992; Castle e cols, 1993).

A elevada prevalência da doença entre pessoas jovens, sua cronicidade e gravidade prejudicam o desempenho laborativo dos indivíduos no período mais criativo e produtivo da vida, implicando alto custo econômico e social (Hall e cols, 1985).

O curso clínico da esquizofrenia não é uniforme (Harding e cols, 1987; Carpenter e Kirkpatrick, 1988). A maioria dos estudos revela que entre os casos novos diagnosticados, um quarto a um terço apresenta remissão total ou parcial dos sintomas, 20% aproximadamente têm outros episódios da doença com intervalos livres de sintomas e o restante evolui com uma psicose crônica moderada ou grave com alterações marcantes da personalidade (Huber e cols, 1975; Ciompi, 1980).

Está demonstrado que os antipsicóticos encurtam os episódios ou exacerbações da doença e aumentam os períodos intercrises (Lieberman, 1993). Mas, mesmo quando se consegue remissão do quadro, a taxa de recaída pode atingir até 50% dentro de 2 anos, apesar do uso adequado com neurolépticos oral ou de depósito (Crow e cols, 1986). Aproximadamente 85% apresentam recaídas dentro dos primeiros 5 anos (Johnstone e cols, 1991). A proporção dos indivíduos que são refratários ao tratamento varia muito nas estimativas. A taxa relatada por Brenner (1990) varia de 5 a 30%. A definição de refratariedade difere muito entre os estudos e não significa necessariamente total falta de resposta. Os pacientes podem apresentar uma melhora parcial com as medicações, ainda que permaneçam com sintomas psicóticos (Farmer e Blewett, 1993). Lewander (1992) relatou que no mínimo 30% dos pacientes esquizofrênicos são não-responsivos e outros 30 a 40% são parcialmente responsivos. Davies e Drummond (1990) afirmam que cerca de 50 a 60% dos pacientes têm uma doença limitante e o encargo econômico é considerável.

A esquizofrenia é provavelmente o transtorno mental de mais elevado custo, não apenas pela frequência e duração dos surtos, mas sobretudo pela sua permanência ao

longo da vida e pelas frequentes ausências de respostas aos tratamentos intercrises. Os custos para pacientes e seus familiares são altos em decorrência da incapacidade para o trabalho na maior parte de suas vidas e conseqüentemente, total dependência econômica. Além disso, recaem sobre a família e a sociedade os gastos médicos, pois estes pacientes usam quase constantemente toda a cobertura assistencial que lhes é necessária e disponível. Além disso, muitas vezes o familiar vê-se obrigado a deixar seu trabalho formal para dedicar-se aos cuidados do doente (McGuire, 1991).

### **1.2 - Transtorno afetivo bipolar - mania**

Considerando-se o transtorno afetivo bipolar, a prevalência durante a vida em amostras comunitárias tem variado de 0,4 a 1,6% (Angst, 1995). Em dois estudos recentes, Regier e cols (1993) relataram prevalências similares, em um ano, de transtornos do humor: 1,2% para mania em uma amostra do programa "Epidemiological Catchment Area" (ECA) e 1,3% no "National Comorbidity Study" (NCS) (Kessler e cols, 1994).

Estudos epidemiológicos recentes, nos Estados Unidos, indicam que o transtorno afetivo bipolar é quase tão comum em homens quanto em mulheres (Vocisano e cols, 1996). O primeiro episódio pode ocorrer em qualquer idade, da infância à velhice, porém é mais frequente na década dos 20 anos. Mais de 90% dos indivíduos que têm um primeiro episódio maníaco terão futuros episódios, e metade dos pacientes que tem um episódio de transtorno de humor vão sofrer um segundo episódio dentro de um ano (Solomon e cols, 1995).

No estudo de Gitlin e cols (1995) observa-se que apesar do tratamento de manutenção continuado, as análises indicam um risco, em 5 anos, de 73% para recorrências de mania ou depressão. A recorrência não pôde ser atribuída a medicação

inadequada. Até para aqueles que não sofreram um segundo episódio foi observada uma morbidade considerável: pobre desempenho psicossocial, principalmente devido a interrupção ocupacional, o que prediz uma recorrência em curto espaço de tempo.

A frequência de episódios e o padrão de remissões e recaídas são ambos muito variáveis e os intervalos entre os episódios tendem a diminuir com a idade (Vocisano e cols, 1996). Ainda que a recuperação entre os episódios seja usualmente completa, 20 a 30% dos pacientes continuam apresentando instabilidade de humor e dificuldades interpessoais ou ocupacionais (Gitlin e cols, 1995).

## 2 - Considerações sobre custos

Estudos sobre análise econômica da assistência à saúde têm crescido muito rapidamente nos últimos anos: de 1974 a 1990, mais de 3000 artigos foram publicados sobre esta matéria em revistas médicas. Por exemplo, realizando avaliação econômica de terapias medicamentosas, 27 estudos foram publicados em 1966, 229 em 1975, 478 em 1985 e 687 em 1990 (Eisenberg, 1992).

Iniciaram-se na década de 60 estudos sistemáticos sobre custos, os quais, na sua grande maioria, eram análises de custo-eficácia do tratamento. Os custos eram frequentemente definidos de forma restrita nos serviços de psiquiatria como sendo aqueles estimados com o tratamento e a eficácia era baseada na diminuição do custo desse tratamento (Gunderson e Mosher, 1975). Essas primeiras estimativas quase nunca levaram em consideração as respostas clínicas nem a qualidade de vida do paciente.

Na década de 90 esta questão é retomada através da análise de custo-benefício dos diversos tratamentos. Na prática psiquiátrica o início desses estudos ganhou monta com a introdução no mercado de novos medicamentos antidepressivos e antipsicóticos, que são geralmente mais caros do que os tradicionais. Esse custo elevado é explicado, pelos fabricantes, com base na necessidade de cobrir despesas investidas no desenvolvimento tecnológico e testes da nova droga. Vários fármacos novos oferecem uma maior segurança e maior adesão ao tratamento, pelo reduzido número de efeitos colaterais (Kerwin, 1994).

Discussões semelhantes ocorrem em outras áreas da medicina, como por exemplo, o uso da Interleucina para pacientes com carcinomas específicos. A Interleucina aumenta e melhora a qualidade de vida, mas com um custo muito alto. O Recormon é usado em pacientes com insuficiência renal crônica, aumenta a expectativa de vida com

melhora na qualidade da mesma. Por ser muito caro, o produto não é utilizado tanto quanto deveria e por isso os pacientes continuam sendo submetidos a programas de diálise renal, expondo-se a uma terapêutica com mais riscos (Healy, 1993) e várias complicações clínicas.

Qualidade de vida é um conceito que vem recebendo crescente atenção na medicina. Ela é muito importante, principalmente para doenças crônicas como a esquizofrenia, podendo interferir nas vidas dessas pessoas, tornando-se um fator negativo no desempenho social e econômico. A esquizofrenia influi na maneira como os indivíduos acometidos vivem e trabalham, se relacionam com os outros, sentem prazer e como participam de atividades rotineiras (Malm e cols, 1981; Heinrichs e cols, 1984).

A qualidade de vida do paciente psiquiátrico é influenciada pelos sintomas e pela gravidade da doença. Entre esquizofrênicos o déficit das habilidades sociais é um importante fator determinante na queda da qualidade de vida. Como se trata de uma doença crônica, cuja qualidade de vida tende a piorar com o tempo de doença, o que se busca são tratamentos capazes de melhorá-la.

Segundo Postrado e Lehman (1995), os esquizofrênicos internados referiram uma melhora na qualidade de vida após o tratamento, embora as reinternações ocorram em indivíduos que apresentam sintomas mais graves, insatisfação nas relações familiares e história prévia de outras internações. Halford e cols (1995) descrevem uma melhora na qualidade de vida de pacientes psiquiátricos crônicos através de um processo de reabilitação psicoeducacional. Assim, apesar de não promover a cura da doença nem a remissão completa dos sintomas, conseguem com o tratamento melhorar a qualidade de vida dos esquizofrênicos e de outros doentes mentais.

Os estudos não dizem respeito apenas à comparação de diferentes medicamentos, mas também investigam o custo-benefício nos tratamentos:

psicofarmacoterapia versus eletroconvulsoterapia (May, 1971), internação de curta versus longa duração (Hyde e cols, 1987), internação versus hospital-dia (Burns e Raftery, 1991; Wiersma e cols, 1995), hospital-dia versus ambulatório (Weisbrod e cols. 1980), internação versus comunidades assistenciais (Fenton e cols, 1982). Todos esses estudos tentam demonstrar qual a melhor forma de tratamento com o mínimo de custos, para manter o paciente em contato com a família e a sociedade, desenvolver a sua autonomia e melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares.

## **2.1 - Tipos de avaliação econômica**

Maynard (1993) revisou recentemente vários tipos de estudos que podem ser postos em prática para ajudar na tomada de decisão. Ele chama a atenção para dois aspectos importantes em todos os estudos: 1 - o que é fornecido para promover assistência (custo); e 2 - o valor do que é ganho pelos pacientes, seus familiares e a sociedade (benefício).

A avaliação econômica, no que diz respeito à doença mental, consiste em comparar resultados e custos de um novo método de tratamento com um padrão anteriormente estabelecido. Os resultados são avaliados em termos de morbidade e recursos poupados ou utilizados (Williams e Dickson, 1995).

Quatro maneiras básicas de se fazer uma avaliação econômica têm sido utilizadas: análise de custo, custo-benefício, custo-efetividade e custo-qualidade (Maynard, 1993).

### **A - Análise de custo**

Avalia e quantifica simplesmente os custos de diferentes modelos de tratamentos, isto é, se duas alternativas de tratamento produzem um mesmo efeito, então

a mais barata é a preferida. Deve-se fazer aqui uma ressalva em relação aos cálculos de custos que nada têm a ver com análise de custo. Os chamados cálculos de custo referem-se ao custo social de doenças, sendo assim estimativas do ônus de doenças e não informam sobre qual tipo de terapêutica tem menor custo.

#### B - Análise de custo-benefício

O objetivo deste tipo de análise é comparar duas alternativas de tratamento e estimar, em termos monetários, os custos e benefícios das alternativas. Entretanto, os custos impossíveis de serem calculados, como dor e sofrimento, e benefícios, como redução de sintomas, tendem a ser ignorados nesses estudos por causa das dificuldades em estimá-los usando valores monetários.

#### C - Análise de custo-efetividade

Os custos são estimados a partir dos resultados obtidos através da melhora ou piora do quadro clínico sem levar em consideração a qualidade de vida dos pacientes. A maioria desses estudos está baseada na expectativa de vida e o que importa, geralmente, são os anos de vida ganhos com determinado tratamento ou o tempo sem sintomas produtivos de esquizofrenia. Esse tipo de análise tem sido muito útil nas tomadas de decisão de tratamentos alternativos no infarto do miocárdio e insuficiência renal.

#### D - Análise de custo-qualidade

Nesse tipo de análise, mesmo que os resultados em termos de anos de vida ganhos sejam idênticos para diferentes intervenções, a qualidade da sobrevida pode variar em relação ao funcionamento global do paciente. Esse tipo de análise requer uma avaliação da qualidade de vida a qual deve ser feita através de instrumentos válidos e fidedignos.

Essas análises são problemáticas quando os resultados produzidos não são semelhantes. Por exemplo, se um tratamento muito caro para a esquizofrenia reduzisse os

sintomas de uma maneira substancial, mas estivesse associado a uma diminuição no tempo de vida; esse tratamento seria melhor ou pior do que outro mais barato que não diminuísse os sintomas com a mesma intensidade, mas que estivesse associado a um curso de vida normal?

Maynard (1993) finaliza referindo que os resultados de uma avaliação econômica devem informar sobre o método de tratamento mais adequado para cada situação e devem ser usados pelo governo com o intuito de determinar prioridades.

## **2.2 - Métodos para análise de custo de doenças**

Rashi Fein, em 1958, foi quem primeiro estimou o custo de doenças mentais nos Estados Unidos e descreveu os conceitos de custo direto e indireto das doenças (McGuire, 1991). Ele definiu *custo direto como sendo o valor gasto na doença mental e o indireto como a perda econômica que recai sobre a sociedade devido a falta de produtividade das pessoas acometidas dessa doença.*

Novas definições foram feitas, que são basicamente semelhantes às de Fein. *Custo direto é definido como sendo os gastos relacionados com o tratamento de uma determinada doença, os quais incluem internação, assistência médica, medicação e reabilitação* (Rice e Miller, 1995). O custo direto pode incluir o capital investido na construção do prédio para atendimento, serviço de infra-estrutura e não somente as despesas de tratamentos específicos. *Custo indireto está geralmente relacionado com a perda da produtividade e dos rendimentos ou com a aceitação de baixos salários por causa da doença, especialmente para jovens.* Estes custos podem ser estendidos também à qualidade de vida dos pacientes, ao tempo e à sobrecarga econômica que a doença pode

gerar para seus familiares e para a sociedade, e à manutenção desse paciente em seguro social (Andrews, 1991).

A grande discussão das estimativas de custos de doenças está centrada nas vantagens e desvantagens das duas metodologias básicas propostas: o método de "capital humano" ("human capital") contra o da "disponibilidade de pagar" ("willingness-to-pay"). A abordagem do capital humano requer uma estimativa dos custos diretos da doença, isto é, dos custos da prevenção, detecção, tratamento e reabilitação, assim como os custos indiretos para a sociedade, devido à perda de produtividade resultante da morbidade e mortalidade prematura. As estimativas de abordagem da disponibilidade de pagar são baseadas na quantia que as pessoas estariam dispostas a pagar para reduzir o risco de estarem expostas ou morrerem de uma determinada doença. A falta de dados adequados tem limitado seu uso na prática e a maioria das estimativas de custos de doença realizadas até hoje tem utilizado a abordagem de "capital humano" (Scitovsky, 1982).

Quando se estima os custos diretos de uma doença pelo método capital humano, duas abordagens gerais podem ser utilizadas. A primeira e a mais comumente empregada é a abordagem de prevalência. Consiste em estimar, para qualquer doença, os custos diretos e indiretos atribuídos para todos os casos (novos e antigos) prevalentes em um dado ano. Este método foi desenvolvido por Dorothy Rice em 1966 (Capri, 1994).

A maioria dos estudos que se utiliza da abordagem de prevalência é restrita a uma população selecionada ou a uma determinada área geográfica. A fonte de dados e os métodos variam entre os estudos e muitos deles limitam a investigação para um ou alguns aspectos dos custos direto e indireto descritos anteriormente (Hodgson e Meiners, 1982). A abrangência do estudo do custo de doença pode variar muito, sendo ampla quando tenta incluir todos os custos diretos e indiretos de uma ou várias doenças; ou muito

restrita, quando se estima apenas um aspecto do custo de uma única doença numa dada população.

O custo total de uma doença inclui aspectos econômicos de ordem direta e indireta. Se o objetivo do estudo é satisfeito por um subgrupo desses custos, por exemplo, apenas custo direto ou apenas custo de assistência a pacientes internados; o estudo deve indicar claramente qual o tipo e que somente uma parte desses custos da doença serão estimados (Scitovsky, 1982).

A outra abordagem é da incidência, modelo proposto por Hartunian e cols em 1981, para estimar os custos diretos e indiretos de "novos" casos de uma doença, que teve seu início (incidência) num dado ano (Hall e cols, 1985). Para estimativa dos custos diretos nesta abordagem, é necessário avaliar não somente os custos diretos ocorridos no primeiro ano, mas também o valor atual desse tipo de custo que pode ocorrer no futuro, até a morte do paciente (Andrews e cols, 1985), apresentando uma "predição de custos".

Cada método tem suas vantagens, limitações e utilidades de acordo com os objetivos desejados. As estimativas baseadas na prevalência indicam os custos atuais das diferentes doenças, podendo servir como base para programas assistenciais e de tomada de decisão, particularmente no que diz respeito à distribuição de recursos e controle dos custos da assistência médica. As estimativas baseadas na incidência são mais indicadas para estimar os benefícios que podem ser originados na prevenção ou redução de casos da doença (Hodgson e Meiners, 1982).

### **2.3 - Custos referentes às doenças mentais em alguns países**

Na década de 70 alguns estudos mostraram que o custo da esquizofrenia nos Estados Unidos oscilava entre US\$11,6 a US\$19,5 bilhões (Gunderson e Mosher, 1975).

Em recente estudo, Wyatt e cols (1995) estimou o custo da esquizofrenia em US\$65 bilhões para o ano de 1991. Os transtornos de humor geraram uma estimativa de custo de US\$20 bilhões em 1985 e US\$30 bilhões em 1990 (Rice e Miller, 1995). Em 1985, Rice estimou o custo total para todas as doenças mentais em US\$100 bilhões aumentando para US\$129 bilhões em 1988 (McGuire, 1991). A esquizofrenia representava o maior percentual deste total, indicando assim que esta é uma doença cara e representa um ônus elevado para a sociedade.

Nos países da Europa Ocidental, Canadá e Estados Unidos, aproximadamente 10% do produto interno bruto (PIB) é destinado a assistência à saúde, sendo que cerca de 1% é encaminhado para o tratamento das doenças mentais (McGuire, 1991). Desse 1% do PIB, cerca de 0,25% é para o tratamento da esquizofrenia (Moscarelli, 1994). O custo do tratamento da esquizofrenia pode ser comparado ao custo de outras doenças que são mais comumente observadas dentre os principais problemas de saúde pública como câncer, cardiopatia, diabetes e AIDS. Em 1990, o "National Advisory Mental Health Council" contrastou os custos diretos de várias doenças, os quais são demonstrados na tabela 1 (Greenberg e cols, 1993).

Esses dados sugerem que apesar de diferenças metodológicas no cálculo, os custos da esquizofrenia são comparáveis aos de doenças clínicas frequentes e estes devem-se, no caso da esquizofrenia, mais à morbidade e menos à mortalidade do que para as outras doenças citadas. Existem algumas maneiras pelas quais uma doença pode impor altos custos para a sociedade. Por exemplo, a maioria das vítimas de AIDS encontra-se em idade produtiva o que pode resultar numa grande perda de salário e de mão-de-obra já qualificada no decorrer da vida. No caso do câncer ou doença cardíaca, grandes investimentos são feitos para tratamento intensivo em períodos relativamente breves. Em contraste, a esquizofrenia impõe altos custos à sociedade por um período de tempo

prolongado, decorrentes da sua morbidade e da diminuição ou completa falta de capacidade produtiva.

Tabela 1 - Comparação dos custos diretos das doenças mentais com outras doenças em bilhões de dólares\*

- Doença cardiovascular	160	- Doenças neurológicas	
. Coronariopatia	43	. Demência	113
- Câncer	104	. TCE	48
- Doença pulmonar	99	. Retardo mental	35
- AIDS	66	. Trauma de medula	23
- Artrite	38	. AVC	18
- Diabetes tipo II	27	. Esclerose múltipla	5
- Doenças mentais	148	. Paralisia cerebral	1
. <b>Esquizofrenia</b>	<b>33</b>	. Epilepsia	0,6
. Depressão	16		

\*Dados do "National Advisory Mental Health Council"

#### 2.4 - Custos das doenças mentais no Brasil

Com base nos dados do Serviço Unificado de Saúde (SUS), relativo ao ano de 1991, observa-se que os 5 grupos de causas mais dispendiosas, quanto ao volume de gastos em internações, em milhões de dólares por ano e as respectivas porcentagens, são os seguintes:

	US\$	%
doenças do aparelho circulatório	464,74	16
doenças do aparelho respiratório	436,06	15
gravidez, parto e puerpério	362,84	13
causas externas	234,06	8
transtornos mentais	224,73	8

Os transtornos mentais ocupam o segundo lugar como causa de internações mais caras (US\$560.00 por paciente) e o primeiro lugar como causas que mais consumiram dias de internação (67 dias em média), isto seguramente devido à longa permanência que caracteriza as hospitalizações psiquiátricas no país. Apesar disto, os transtornos mentais, segundo esta mesma fonte, apresentaram o custo-dia mais barato (US\$8.37) (Buss, 1993), devido à pouca complexidade tecnológica que envolve estas internações.

Em abril de 1994, os dados do Serviço de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde registraram a existência de 80.000 leitos nos hospitais psiquiátricos públicos e privados responsáveis por cerca de 420.000 internações por ano, num giro de leito da ordem de 5,5 pacientes/ano, com uma média geral de tempo de permanência aproximada de 65 dias por paciente, a um custo de US\$360 milhões por ano (Psiquiatria Hoje, 1995). Nesse mesmo ano, a internação psiquiátrica situou-se em terceiro lugar em consumo de verbas do Ministério da Saúde, depois das hospitalizações causadas por doenças cardiovasculares, detentoras do primeiro lugar em gastos em qualquer lugar do mundo, e pela obstetrícia, representada sobretudo pelos partos. A saúde mental gasta em torno de 6% do orçamento. É importante salientar que, em hospital geral, a duração média das internações é de 17 dias, enquanto em hospitais psiquiátricos esta duração é de 60 dias. O custo diário da internação psiquiátrica aumentou de US\$9.00 para US\$18.46 e o custo médio mensal do paciente com transtorno mental subiu para US\$351.00 (Esquizofrenia em Debate, 1995).

Apenas 7 anos atrás havia nos estados brasileiros uma ampla variação na duração das internações, sendo a menor no Ceará (CE) e a maior no Distrito Federal (DF) (tabela 2) (Informe Epidemiológico do SUS, 1993). O valor da diária hospitalar nessa época (1989) era de US\$7.00. Comparando, por exemplo, os estados do CE e

Pernambuco (PE), este teve um número absoluto de internações um pouco maior em relação ao CE. Tal fato deve-se às diferenças na duração das internações entre os dois estados. No entanto, estes dados não permitem inferir qual estado foi mais eficaz em relação ao tratamento. O mesmo repete-se com o Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP). No DF há uma discrepância muito grande em relação aos outros estados. Este exemplo demonstra como é difícil a realização de estudos comparativos ou mais abrangentes no Brasil. A variação entre o custo de um paciente no CE (US\$237.00) e um do DF (US\$1,000.00) é muito ampla.

Tabela 2 - Internações de doença mental, custo em US\$ e média de permanência (dias) na rede pública conveniada, em algumas unidades federadas e Brasil, 1989

Unidade Federada	Número de internações	Média de custo (US\$)	Média de permanência (dias)
Ceará	14.323	3.399.655	37,09
Pernambuco	12.466	10.773.067	127,87
Bahia	8.319	4.554.510	79,44
Rio de Janeiro	39.740	27.966.254	100,04
São Paulo	102.344	51.051.705	68,43
Distrito Federal	874	977.975	166,55
<b>BRASIL</b>	<b>317.732</b>	<b>156.542.573</b>	<b>69,73</b>

Fonte: MS/INAMPS

## 2.5 - Custos da esquizofrenia

Alguns poucos estudos avaliam o custo indireto da esquizofrenia, mas todos indicam que este, por perda de produtividade, é bem maior que o custo direto. Por exemplo, para Gunderson (1975), dois terços do custo total são devidos à falta de produtividade e apenas um quinto vai para o tratamento; Andrews (1985), utilizando a

abordagem de incidência, relata que 50% do custo total é relativo ao custo direto. A maioria dos autores, contudo, referem uma estimativa entre 25 a 30% (McGuire, 1991; Davies e Drummond, 1990; Wyatt, 1994).

Davies e Drummond (1990) estimaram que a média do custo direto total com a saúde para cada paciente esquizofrênico é de US\$2.500,00 por ano. Os custos elevados são atribuídos diretamente aos pacientes hospitalizados o que se constitui no maior fator de oneração e representa aproximadamente 75 a 85% de todos os custos (Bosanquet, 1993; Martin, 1995). Assim os esquizofrênicos, nos EUA, ocupam 25% de todos os leitos hospitalares psiquiátricos, além do que 40% das internações prolongadas são também devidas a estes pacientes (Talbot e cols, 1987; Martin, 1995).

De modo geral, os estudos demonstram que 80% do custo direto no tratamento da esquizofrenia refere-se a hospitalizações psiquiátricas (Martin, 1995), o tratamento psicofarmacológico corresponde apenas a 2% e o acompanhamento ambulatorial a menos de 1% (Hafner e Von der Heiden, 1989; Wistedt, 1992, Martin, 1995). Uma consulta psiquiátrica, em ambulatório, custa ao SUS R\$2,04 e na tabela 3 observa-se o custo mensal de algumas drogas mais utilizadas na prática clínica, na dose média diária preconizada por Gilman e cols (1988).

O estudo da assistência hospitalar, particularmente no que diz respeito aos seus custos, reveste-se de grande importância num país como o Brasil, no qual sabidamente gasta-se pouco em saúde (Buss, 1993). Assim, um melhor conhecimento de algumas variáveis da assistência hospitalar, que tem grande peso econômico na assistência à saúde, pode ser de grande valia para a definição de políticas e práticas e para tomada de decisões no sistema de saúde, visando adequá-las às necessidades dos pacientes e familiares e a gastos compatíveis com a capacidade de financiamento do estado.

Tabela 3 - Custo médio em reais (R\$) do tratamento psicofarmacológico

Droga	Dose média diária	Custo médio diário*	Custo mensal*
Enantato de flufenazina(25mg)	37,5mg	1,82	1,82
Decanoato de haloperidol(50mg)	150mg	13,22	13,22
Haloperidol(5mg)	10mg	0,11	3,29
Flufenazina(5mg)	10mg	0,12	3,74
Clorpromazina(100mg)	400mg	0,28	8,46
Tioridazina(100mg)	400mg	1,30	39,06
Risperidona(1mg)	6mg	5,22	156,60
Olanzapina(10mg)**	10mg	7,50	225,00
Clozapina(100mg)***	350mg	10,08	302,40

\*Fonte: Revista ABCFARMA, 1995

\*\*Informação verbal fornecida pela indústria farmacêutica

\*\*\*A dose sugerida pela fonte pesquisada é de 550mg e a dose média recomendada pela literatura varia de 300 a 400mg.

### 2.5.1 - Farmacoeconomia

Na psiquiatria atual torna-se cada vez mais importante focar terapias inovadoras, seguras e toleráveis, eficazes em relação aos custos e com capacidade de manutenção e prevenção de recaídas. O maior impacto econômico seria obtido com uma estratégia que reduzisse o tempo de internação e melhorasse a adaptação social dos pacientes esquizofrênicos (Souêtre e cols, 1992).

O tratamento com antipsicóticos convencionais está sendo desafiado pelos novos recentemente desenvolvidos que, embora à primeira vista possam parecer consideravelmente mais dispendiosos, podem apresentar uma melhor relação custo-benefício, devido a uma maior adesão ao tratamento, diminuição das recaídas e

reinternações, assim como dos dias da internação e também melhorando a qualidade de vida do paciente.

Essa relação entre custo do medicamento e custo total da doença, tem se tornado um ponto central de discussões no campo de custo-benefício de tratamentos psicofarmacológicos.

Poucos estudos fazem considerações sobre a influência econômica dos novos neurolépticos em relação aos tradicionais (Fitton e Benfield, 1993). Alguns demonstram que o uso da clozapina na esquizofrenia resistente foi custo-eficaz, esta foi eficaz em torno de 60% dos pacientes esquizofrênicos que não responderam ou revelaram intolerância à terapia convencional antipsicótica. Tanto os sintomas positivos como os negativos mostraram melhora após o período de 2 a 6 meses (Revicki e cols, 1990).

Um outro estudo indica que o uso do amisulpiride para esquizofrênicos foi custo-eficaz quando comparado com haloperidol (Souêtre e cols, 1992). Estudos abertos preliminares demonstraram que a risperidona é um antipsicótico potente, oferecendo duas vantagens sobre os neurolépticos clássicos: maior efeito nos sintomas negativos e menos efeitos colaterais. Estas observações preliminares foram confirmadas em estudos duplo-cego controlados em comparação com o haloperidol (Chouinard e cols, 1993).

Alguns estudos vêm demonstrando os benefícios clínicos dos novos antipsicóticos em relação aos tradicionais quando se trata da esquizofrenia resistente, onde há uma melhora na sintomatologia, funcionamento social e, conseqüentemente, na qualidade de vida como um todo (Meltzer e cols, 1990). Eles mostram que a médio e longo prazos há uma diminuição no número de internações psiquiátricas, e dos dias de internações com uma conseqüente diminuição dos custos, embora a curto prazo possa haver um aumento desses custos pela dependência dos serviços psiquiátricos (Meltzer e cols, 1993).

É o momento de se planejar uma melhor distribuição dos recursos destinados para a esquizofrenia, para que o tratamento desta doença possa ter mais sucesso, já que o uso dessas novas drogas vem se mostrando custo-efetivo. Para tanto deve-se utilizar os modelos farmacoeconômicos que possam identificar, medir e comparar os custos e evoluções das diferentes intervenções terapêuticas (Freund e Ditton, 1992).

A farmacoeconomia avalia o impacto econômico das terapias alternativas de drogas e outras intervenções médicas. Para Glazer e Ereshefsky (1996), os modelos farmacoeconômicos não pretendem tomar o lugar dos provedores de assistência à saúde, apenas apresentam as informações necessárias para a tomada de decisão sobre a distribuição de recursos. Ainda não é suficiente dizer que todos os pacientes, fazendo o balanço de custo e qualidade de assistência, devam tomar uma das novas e mais caras medicações antipsicóticas atípicas.

## **II - OBJETIVOS**

### **1 - Geral**

1.1 - descrever e comparar o perfil sócio-demográfico dos pacientes esquizofrênicos e maníacos em episódio agudo, internados na unidade de agudos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, na cidade de Campinas, no ano de 1995.

### **2 - Específicos**

2.1 - estimar o custo direto no tratamento de pacientes internados com diagnóstico de esquizofrenia, em episódio agudo e compará-lo com pacientes portadores de transtorno afetivo bipolar em episódio de mania;

2.2 - estimar o custo do tratamento psicofarmacológico e avaliar criticamente seu impacto sobre o custo total da internação em esquizofrênicos.

### **III - METODOLOGIA**

#### **1 - A assistência psiquiátrica hospitalar na cidade de Campinas**

A cidade de Campinas conta com os seguintes serviços hospitalares para tratamento de pacientes agudos: Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" (SSCF) 50 leitos; Hospital Tibiricá 35 leitos para agudos; Hospital Municipal Dr. Celso Pierro da Pontificia Universidade Católica de Campinas (HMCP-PUCCAMP) 20 leitos e o Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP) 16 leitos. No total, na cidade de Campinas, são 131 leitos disponíveis para pacientes agudos. Levando-se em consideração o fato de que a Organização Mundial de Saúde preconiza um número total de 0,5 leitos psiquiátricos por cada mil habitantes, e sendo que a cidade possui uma população estimada em 900.000 habitantes, isto dá um total de 0,15 leitos para pacientes agudos por habitante. Quando se inclui os pacientes moradores, o total passa para 0,42 leitos por 1000 habitantes.

O SSCF foi o primeiro hospital psiquiátrico da cidade de Campinas, fundado em 1924, com o nome de "Hospício para Dementes Pobres do Arraial de Sousas". O serviço funcionava com características asilares para doentes mentais. A partir de 1990, vêm ocorrendo profundas mudanças e reformas em seu objetivo político-institucional e modos de funcionamento. O objetivo das ações terapêuticas tem sido resgatar todo o potencial físico e mental dos pacientes através de um projeto que busca oferecer contextos de trabalho e de integração social e familiar, onde os pacientes convivem e reaprendem as regras culturais perdidas como resultado dos longos anos em que permaneceram segregados em pátios fechados.

A média de dias de internação sofre variações, dependendo do perfil da clientela. Para a unidade de agudos esta média tem sido mantida em cerca de 30 dias (Modelo Técnico-Assistencial, 1994).

## **2 - População de referência**

Este é um estudo de corte transversal realizado no Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" (SSCF), localizado no subdistrito de Sousas, na cidade de Campinas, São Paulo. É um serviço de referência, caracterizado por prestar assistência a portadores de transtornos mentais encaminhados pelos prontos-socorros psiquiátricos da PUCCAMP e UNICAMP e pelos profissionais que trabalham em centros de saúde da rede municipal de Campinas e cidades vizinhas (região de cobertura do ERSA-27).

O perfil psicopatológico da clientela é de pacientes psicóticos, neuróticos graves, alcoolistas, dependentes químicos e deficientes mentais em crise aguda. As internações são feitas mediante laudo médico de internação psiquiátrica e são recebidas pela equipe interna multidisciplinar do serviço.

O S.S.C.F. funciona com unidades assistenciais distintas, dentre elas o Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT), a unidade de reabilitação de moradores, o Hospital-Dia e a unidade de internação para pacientes em crise aguda. Esta última é a unidade utilizada neste estudo. Tem disponibilidade de 50 leitos (30 para homens e 20 para mulheres) e conta com uma equipe de 60 horas-médico, 72 horas-enfermeira, 20 horas-psicólogo, 20 horas-assistente social, 30 horas-terapeuta ocupacional, 4 horas-professor de educação física e 900 horas-auxiliar e atendentes de enfermagem por semana. No período compreendido entre às 17 e 08 horas, a unidade de internação conta com médico plantonista que se encarrega também de prestar assistência à unidade de reabilitação de moradores no caso de alguma intercorrência (Modelo Técnico-Assistencial, 1994).

### 3 - Casuística

Como fonte de dados foram utilizados os prontuários médicos de pacientes psicóticos agudos com os diagnósticos de esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar em episódio de mania, admitidos na unidade de internação do SSCF no período de 01/01/95 a 31/12/95. O projeto foi aprovado pela direção do hospital.

Os pacientes ao saírem de alta são normalmente registrados em um banco de dados do qual constam: nome, número da matrícula, diagnósticos na internação e na alta e datas da internação e da alta. Os pacientes selecionados para o estudo foram todos aqueles identificados nesse banco de dados cujo diagnóstico da alta correspondesse aos grupos "esquizofrenia" e "mania", segundo os critérios da Classificação Internacional das Doenças na sua nona edição (CID-9), para o grupo V nos códigos de 295.0 a 295.9 e 296.0, 296.2, 296.4, 296.8. Portanto, o estudo abrangeu o "universo" de pacientes esquizofrênicos e maníacos, internados no ano de 1995.

O número total de internações no ano de 1995 foi de 512, dos quais foram selecionados 192: 140 (97 homens e 43 mulheres) com o diagnóstico de esquizofrenia e 52 (24 homens e 28 mulheres) com o diagnóstico de mania. Os pacientes reinternados dentro do mesmo ano foram registrados como outra internação.

Os dados coletados foram retirados dos registros dos prontuários para o preenchimento de uma ficha (Anexo1).

#### **4 - Instrumento**

Foi elaborada uma ficha (Anexo 1) para coleta de dados contendo: a) dados sócio-demográficos: idade, sexo, estado civil, procedência, escolaridade e situação de trabalho; b) dados relativos à doença do paciente: tempo de doença, número total de internações no serviço e número de internações no ano específico do estudo, número de internações em outros hospitais, adesão ao tratamento entre as crises agudas no ano do estudo e uso de medicação anterior à admissão no serviço para o episódio agudo que motivou a internação; c) dados sobre a internação: serviço de procedência do paciente e se este encontrava-se acompanhado, presença ou ausência de sintomas no momento da internação e da alta referentes a: orientação, atenção, pensamento, delírio, sensopercepção, agitação/agressividade, mutismo/negativismo, suicidalidade, insônia/inapetência, ausência de sentimento de doença, recusa de tratamento, humor exaltado e sintomas negativos (estes dois últimos foram incluídos no momento da coleta). Foi anotado o diagnóstico (CID-9) no momento da internação e da alta e a duração da internação; d) dados da medicação: todas aquelas utilizadas na rotina com as respectivas dosagens e as datas de alteração da dosagem até o momento da alta, além das medicações utilizadas em caráter de emergência; e) dados da alta: encaminhamento do paciente e condições de melhora.

## **5 - Técnicas de avaliação dos custos**

Entre os procedimentos recomendados para a avaliação de custos de doenças, foi escolhido para esse estudo a abordagem baseada na prevalência em um dado ano, por ser esta a medida mais adequada (Scitovsky, 1982).

### **5.1 - Procedimentos**

Analisou-se uma planilha de custos fornecida pelo SSCF onde os mesmos são calculados mês a mês (janeiro a dezembro/95), pelos diferentes setores do serviço, para cada unidade assistencial. Assim, para a unidade de internação foram calculados os custos anuais referentes a serviço de nutrição, higienização, lavanderia, transporte, farmácia, segurança, manutenção, apoio assistencial, e apoio administrativo, que contém os setores de almoxarifado, departamento de pessoal, contabilidade-financeira, recursos humanos e superintendência, posteriormente tabulados numa planilha (Anexo 2). Para os cálculos realizados foi utilizada uma regra de três composta, obtendo-se o custo por paciente por dia (Anexo 3).

A análise do custo do tratamento psicofarmacológico foi realizada da seguinte forma - para cada droga prescrita durante a internação fez-se o somatório da dose total em miligramas que foi dividido pela apresentação farmacêutica da droga para determinar a quantidade de comprimidos. Por exemplo, se um paciente tomou um total de 1000mg de clorpromazina e a apresentação farmacêutica é em comprimidos de 100mg, obtém-se pela divisão  $1000/100$  o número total de comprimidos de clorpromazina que o paciente tomou durante a internação.

Uma outra etapa foi calcular o custo de cada droga na sua dosagem total. Calculou-se o valor em R\$ de unidades (comprimidos e ampolas) das drogas prescritas. Essa informação foi obtida através da Revista da Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico (ABCFARMA) do ano de 1995 e o valor calculado pelo preço do fabricante. O número total de comprimidos foi multiplicado pelo valor em R\$ da unidade, obtendo-se assim o valor para cada droga consumida. Assim é que se o paciente consumiu 10 comprimidos de clorpromazina e cada comprimido custa pela referência citada (ABCFARMA) R\$0,07, o consumo da clorpromazina foi no valor de R\$0,70.

Cada droga prescrita durante o tratamento foi especificamente submetida a este procedimento e ao final obteve-se o valor correspondente a todas as drogas utilizadas para cada paciente. As medicações que foram prescritas em caráter de emergência também tiveram seus custos calculados pelo mesmo processo. Ao valor total da medicação de rotina foi somado o valor total da medicação de emergência e o resultado foi dividido pelo número de dias que o paciente esteve no serviço, obtendo-se assim o custo médio por dia gasto com medicação para cada paciente.

Dessa forma, o paciente que tomou 10 comprimidos de clorpromazina e consumiu também 100mg de diazepam, que equivale a 10 comprimidos; cada comprimido de 10mg custa R\$0,05, multiplicado por 10 é igual a R\$0,50. Somando  $0,70 + 0,50 = R\$1,20$  que seria o custo total durante a internação. Se o paciente permaneceu 10 dias no serviço divide-se  $1,20$  por  $10 = R\$0,12$  e obtém-se o custo médio por dia das medicações utilizadas para cada paciente.

Calculou-se ainda o percentual que representa os custos da medicação para o custo geral da internação.

Obs: Em 1995, ano da realização do presente estudo, R\$1,00 (hum real) equivalia aproximadamente a US\$1.00 (hum dólar).

## **6 - Critérios de exclusão**

Os pacientes que apresentaram um tempo de permanência superior a 120 dias foram excluídos do estudo porque assumiam um perfil crônico da internação, cuja análise não estava no escopo do presente estudo.

## **7 - Outros critérios operacionais**

7.1 - Critério de episódio agudo - paciente que apresentava um quadro psicótico com sintomas agudos e que não apresentasse condições para tratamento ambulatorial.

7.2 - Critério de escolaridade:

- a) Baixa escolaridade - corresponde ao grau de analfabeto a primeiro grau menor (primeiro ao quarto ano primário);
- b) Alta escolaridade - primário grau maior (quinta a oitava série) a nível superior.

7.3 - Critério de adesão ao tratamento anterior às internações no ano de 1995:

- a) adesão total - paciente em uso regular da medicação;
- b) parcial - paciente em uso irregular da medicação;
- c) não adesão - paciente não fazia uso da medicação prescrita;
- d) sem informação - o dado não constava no registro.

## 8 - Análise

Todos os dados contidos na ficha foram digitados num banco de dados e o software utilizado foi o *dBASE III PLUS* versão 1.1. Os cálculos e tabulações foram realizados com o auxílio do *Epi Info* versão 6.03.

A razão de frequência (RF) intragrupos (homens/mulheres esquizofrênicos/maníacos) e intergrupos (esquizofrênicos/maníacos) foi um tipo de análise utilizada para algumas das variáveis.

Outras análises utilizadas quando indicadas foram o teste de diferença de médias ("t" de Student) e o teste de associação (qui-quadrado) (Hoel, 1981). Quando a frequência observada em qualquer célula foi menor do que 5, o teste não foi aplicado.

## IV - RESULTADOS

As tabelas que deram origem às sumarizadas nos resultados estão referidas no capítulo VIII - Anexos.

### 1 -Aspectos sócio-demográficos e clínicos

Durante o ano de 1995, no SSCF houve 512 internações na unidade de agudos, sendo 140 esquizofrênicos (27%) e 52 maníacos (10%). Os pacientes com mais de 120 dias de internação, 8 esquizofrênicos (5,7%) e 1 maníaco (1,9%) foram excluídos das análises. Dos 132 esquizofrênicos, 93 (70%) eram homens e 39 (30%) mulheres. O grupo de mania continha 24 (47%) homens e 27 (53%) mulheres. As idades média e mediana dos esquizofrênicos foram  $37\pm 11$  e 34 anos, e para os maníacos  $39\pm 12$  e 37 anos, não havendo diferença significativa ( $p>0,05$ ).

As características sócio-demográficas estão descritas na tabela 4.

A faixa etária de 25 a 34 anos é a que concentra a maior parte da população: 36% esquizofrênicos e 35% maníacos, sendo 28% esquizofrênicos e 31% maníacos para a faixa etária seguinte de 35 a 44 anos. A faixa etária de 15 a 24 anos nos grupos da esquizofrenia e mania apresenta razões de frequência (RF) homem/mulher (H/M) de 3,6 e 3,4, respectivamente. O inverso ocorre na faixa de idades de 45 a 54 anos, onde se observa uma RF mulher/homem (M/H) de 2,2 no grupo da esquizofrenia e 1,8 no grupo da mania. A RF total entre os grupos esquizofrenia/mania (ESQ/MAN) é de 1,8 na faixa etária de 15 a 24 anos.

Em relação aos outros dados sócio-demográficos, mais da metade da população do estudo era de solteiros, 72% esquizofrênicos e 51% maníacos, enquanto que 35% dos maníacos são casados contra 17% dos esquizofrênicos ( $p<0,005$ ).

Em termos de escolaridade houve uma predominância de 45% em ambos os grupos de educação elementar, que no estudo correspondeu ao primeiro grau menor (primeiro ao quarto ano primário completo) ( $p>0,05$ ). A situação de desemprego é a que predomina nos dois grupos, sendo 58% esquizofrênicos e 37% maníacos e os empregados são 4% esquizofrênicos e 20% maníacos ( $p<0,005$ ).

Tabela 4 - Características sócio-demográficas de esquizofrênicos e maníacos internados em episódio agudo no SSCF (1995)

	ESQUIZOFRENIA	MANIA
Sexo: masc	70%	47%
fem	30%	53%
Idade média (em anos)	37±11	39±12
Est. civil: solteiros*	72%	51%
casados	17%	35%
Escolaridade: baixa	68%	32%
alta	32%	27%
Trabalho: empregados*	4%	20%
desempregados	58%	37%

\* $p<0,005$

Mais da metade dos pacientes (57%) admitidos era procedente da cidade de Campinas, sendo a PUCCAMP o serviço que mais encaminhou e os pacientes foram acompanhados por familiar no momento da internação em 60% dos casos. Os pacientes maníacos (71%) foram mais medicados no processo da internação (no pronto-socorro, por exemplo) do que os esquizofrênicos (55%) ( $p<0,05$ ).

A média do tempo de doença é  $12,4 \pm 8,0$  anos para os esquizofrênicos e  $12,8 \pm 9,0$  anos para os maníacos ( $p > 0,05$ ). No ano de 1995 a média de duração das internações para todos os pacientes estudados foi de  $37 \pm 26$  dias e mediana de 30 dias. O grupo de esquizofrênicos apresentou média e mediana de  $41 \pm 27$  e 35 dias de internação e o grupo de mania de  $28 \pm 20$  e 23 dias, respectivamente ( $p < 0,025$ ). As mulheres esquizofrênicas permaneceram mais dias internadas ( $53 \pm 33$ ) quando comparadas com homens esquizofrênicos ( $36 \pm 22$ ) ( $p < 0,005$ ) e mulheres maníacas ( $26 \pm 19$ ) ( $p < 0,005$ ). Apenas 18% (24) dos esquizofrênicos e 8% (4) dos maníacos ultrapassaram 60 dias de internação.

Alguns aspectos referentes às características dos pacientes esquizofrênicos e maníacos estão descritos na tabela 5.

Quase a metade dos pacientes em ambos os grupos (55 esquizofrênicos e 25 maníacos) estava sendo internada pela primeira vez no serviço. As médias quanto ao número de internações na unidade ao longo da doença foi de  $1,9 \pm 3,4$  internações para os esquizofrênicos e  $1,7 \pm 2,9$  internações para os maníacos ( $p > 0,05$ ). Onze por cento dos esquizofrênicos (14 homens e 1 mulher) e 16% dos maníacos (3 homens e 5 mulheres) foram reinternados no serviço no ano de 1995. As médias de internações em outros serviços ao longo da doença foi para os esquizofrênicos  $9,0 \pm 10,0$  internações (mediana 7) e para os maníacos  $4,5 \pm 4,5$  internações (mediana 4) ( $p < 0,025$ ). No grupo das mulheres, as esquizofrênicas ( $7,0 \pm 9,1$ ) apresentam um número de internações maior do que as maníacas ( $4,9 \pm 5,3$ ) ( $p < 0,005$ ). Para um terço dos pacientes não havia informação sobre o número de internações anteriores e 1/3 foi referido como "várias" internações para esse item. No total a média de internações anteriores, somando-se as internações no SSCF e em outros serviços, foi 11 para a esquizofrenia e 7 para a mania.

Observou-se uma adesão total ao tratamento medicamentoso entre as crises no último ano para os esquizofrênicos em apenas 18% dos casos e 16% para os maníacos, enquanto houve um predomínio de não adesão ao tratamento de 46% para a esquizofrenia e 39% para a mania ( $p>0,05$ ).

Tabela 5 - Características da doença em esquizofrênicos e maníacos internados em episódio agudo em SSCF (1995)

	ESQUIZOFRENIA	MANIA
Tempo médio de doença (em anos)	12,4±8,0	12,8±9,0
Duração média da internação (em dias)*	41±27	28±20
Número de internações anteriores	11	7
Não adesão ao tratamento	46%	39%
Remissão completa de sintomas**	11%	53%

\* $p<0,025$

\*\* $p<0,005$

Os medicamentos mais prescritos foram antipsicóticos, tendo sido o haloperidol usado em 69% dos esquizofrênicos, associado a prometazina em 62% e o biperideno em 52%. No grupo da mania, 63% dos pacientes fizeram uso do haloperidol seguido de 53% tanto para o carbonato de lítio como para a clorpromazina. A prometazina foi utilizada em 49% dos casos. Quanto à medicação de depósito (flufenazina e haloperidol), estas foram prescritas para 42% dos esquizofrênicos e 6% dos maníacos. Não foi necessário usar medicação de urgência em 36% dos esquizofrênicos e em 33% dos maníacos.

O sintoma mais frequentemente registrado no momento da internação foi agitação/agressividade em 81% dos esquizofrênicos e alteração do pensamento em 90% dos maníacos.

No grupo da esquizofrenia, dos 98 (74%) pacientes internados com alteração do pensamento, 63 (48%) permaneceram com a alteração no momento da alta. A presença de

delírio foi encontrada também em 74% sendo que 42% melhoraram deste sintoma. Dos 81 (61%) pacientes que apresentaram alteração da sensopercepção no ato da internação, 29 (22%) persistiram com o sintoma, havendo remissão em 39% dos casos. Apenas 12% dos 107 (81%) internados com agitação/agressividade permaneceram com o sintoma. Ausência de sentimento de doença foi encontrada em 63% dos pacientes no momento da internação e em 20% no momento da alta. Quanto a sintomas negativos, este item esteve presente em 27 (21%) pacientes e no momento da alta 42 (32%) pacientes o apresentaram.

Em relação ao grupo da mania, dos 46 (90%) pacientes internados com alteração do pensamento, 34 (65%) apresentaram melhora deste sintoma no momento da alta. No que diz respeito a delírio, 70% apresentaram este sintoma na internação e apenas 12% permaneceram com o mesmo na alta. Um paciente manteve alteração de sensopercepção na alta, contra 18 que apresentavam este sintoma na internação. Humor exaltado estava presente na internação em 67% dos maníacos, sendo que 41% remitiram o sintoma.

Dos 132 esquizofrênicos internados, 78 (59%) foram diagnosticados pela CID-9 como 295.3. No momento da alta 4 pacientes que foram admitidos com o diagnóstico de mania e 7 com outros diagnósticos mudaram o diagnóstico para esquizofrenia. Metade dos pacientes maníacos foram diagnosticados como 296.0 e 37% como 296.2. Quatro (8%) pacientes foram admitidos com o diagnóstico de esquizofrenia e tiveram alta com o diagnóstico de mania. Sete (14%) pacientes que tiveram alta como mania foram admitidos com outros diagnósticos.

Na alta, os pacientes maníacos apresentaram uma remissão completa em mais da metade dos casos (53%), enquanto que 78% dos esquizofrênicos apresentaram uma remissão parcial dos sintomas, 11% remissão total e 11% permaneceram inalterados. A

remissão total dos sintomas predominou no grupo da mania ( $p < 0,005$ ) e no sexo feminino do grupo da esquizofrenia ( $p < 0,005$ ).

A grande maioria dos pacientes nos dois grupos após a alta foi encaminhada para os serviços de ambulatório. Evasão ocorreu em 13% dos esquizofrênicos (16 homens e 1 mulher) e 16% dos maníacos (4 homens e 4 mulheres). Após a alta, foram encaminhados para o HD 22% de esquizofrênicos e 10% de maníacos, sendo que este serviço encaminhou apenas 5% e 1% de esquizofrênicos e maníacos, respectivamente, para a internação.

## 2 - Custos do tratamento

Através de cálculos realizados na planilha de custos fornecida pelo SSCF chegou-se ao valor do custo por dia por paciente no serviço de R\$48,14 (tabela 6).

O custo total para um paciente esquizofrênico ou maniaco foi estimado pela média do número de dias de internação, sendo de R\$1.974,00 por 41 dias de internação (esquizofrênico) e R\$1.348,00 por 28 dias de internação (maniaco). Em contrapartida, o valor da diária paga pelo SUS corresponde a R\$18,46. Assim o paciente esquizofrênico custa, por internação, para o SUS R\$756,86 e o maniaco R\$516,88, ficando o hospital com um déficit médio dos custos por paciente de 160% para a esquizofrenia e igual percentual para a mania.

Tabela 6 - Custos em R\$ da internação por setor, o percentual e a diária equivalentes no SSCF (1995)

Setor	Total no ano de 1995	%	custo/dia/paciente
SAN*/Agropecuária	112.625,00	15,2	7,33
Higienização	26.793,00	3,6	1,70
Roupa/Lavanderia	24.504,00	3,3	1,60
<b>Farmácia</b>	<b>9.814,00</b>	<b>1,3</b>	<b>0,64</b>
Recepção	16.852,00	2,3	1,10
Transporte	1.539,00	0,2	0,10
Segurança	8.731,00	1,2	0,57
Manutenção	21.306,00	2,9	1,39
Apoio administrativo	70.148,00	9,5	4,57
<b>Custo indireto total</b>	<b>292.312,00</b>	<b>39,5</b>	<b>19,00</b>
<b>Custo com pessoal</b>	<b>447.623,00</b>	<b>60,5</b>	<b>29,14</b>
<b>Custo total</b>	<b>739.935,00</b>	<b>100,0</b>	<b>48,14</b>

\*SAN - Serviço de Apoio Nutricional

Os gastos com pessoal formam o principal componente (60%) dos custos do hospital em estudo.

O custo médio da medicação de rotina para a esquizofrenia foi R\$28,00±36,00 (med=R\$17,00) e R\$21,00±24,00 (med=R\$14,00) para mania ( $p>0,05$ ). As mulheres esquizofrênicas (R\$39,00±55,00) têm um custo maior quando comparadas com homens esquizofrênicos (R\$24,00±23,00) ( $p<0,025$ ) e mulheres maníacas (R\$17,00±19,00) ( $p<0,05$ ). A média da medicação de urgência foi R\$1,89±2,95 (med=R\$0,55) para esquizofrênicos e R\$3,39±5,26 (med=R\$1,54) para maníacos ( $p<0,01$ ). Os homens maníacos (R\$4,23±6,40) gastam mais com medicação de urgência do que os homens esquizofrênicos (R\$1,50±2,55) ( $p<0,005$ ).

O custo total que é o custo da medicação de rotina associada a medicação de urgência repete o padrão da medicação de rotina. A média do custo por paciente relativo ao custo total por medicação durante todo o período da internação foi de R\$30,00±38,00 (med=R\$19,00) para a esquizofrenia e R\$24,00±28,00 (med=R\$16,00) para a mania ( $p>0,05$ ). O custo médio por dia gasto com medicação foi de R\$0,70±0,53 (med=R\$0,53) para a esquizofrenia e R\$0,80±0,47 (med=R\$0,69) para a mania ( $p>0,05$ ). A média de custos do tratamento medicamentoso e da internação podem ser observados na tabela 7.

Ao calcular o custo do tratamento medicamentoso pelo valor da diária do SUS, 4% e 4,6% são atribuídos à esquizofrenia e mania, respectivamente. Para o SSCF este valor é 1,5% e 1,8%. O valor do que é gasto com medicação no SSCF e que pode ser observado na tabela 7 é de R\$0,64 por paciente por dia e corresponde a 1,3% do custo total da internação.

Tabela 7 - Custo médio da internação e dos medicamentos em esquizofrênicos e maníacos internados em episódio agudo no SSCF (1995)

	ESQUIZOFRENIA (em R\$)	MANIA (em R\$)
Custo da int. para o SSCF	1.974,00 (1,5%)*	1.348,00 (1,8%)*
Custo da int. para o SUS	756,86 (4%)*	516,88 (4,6%)*
Medicação de rotina	28,00±36,00	21,00±24,00
Medicação de urgência**	1,89±2,95	3,39±5,26
Med. de rotina + urgência	30,00±38,00	24,00±28,00
Custo da med. por dia	0,70±0,53	0,80±0,47

\* percentual do tratamento medicamentoso em função do custo total da internação

\*\*p<0,01

## V - DISCUSSÃO

### 1 - Aspectos sócio-demográficos e clínicos

As características sócio-demográficas da população estudada de pacientes psicóticos agudos submetidos à tratamento psiquiátrico hospitalar são semelhantes a de outros estudos (Loranger, 1984; Flor-Henry, 1985; Hafner e Von der Heiden, 1986; Castle e cols, 1993). Portanto, a amostra aqui tomada para estudo é, no que se refere a demografia e epidemiologia psiquiátrica, minimamente representativa e útil para o objetivo de um modelo econômico.

A razão de frequência (RF) de 2,4 homens para 1 mulher encontrada é superior àquelas encontradas nos estudos em população geral, onde a razão é de 1:1 (Jablensky e cols, 1992; Mayer e cols, 1993). Uma RF homem:mulher (H:M) de 2,3:1 em pacientes internados foi encontrada no estudo de Rouillon e cols (1994). Em 1978, as estatísticas de hospitalização psiquiátrica na França encontraram uma razão de 1,5:1 homem:mulher entre os esquizofrênicos hospitalizados (Rouillon e cols, 1994, apud Quemada, 1994). A diferença encontrada entre o dado populacional e o descrito pelo serviço em estudo, deve-se provavelmente à seletividade de dados hospitalares.

Dos 132 esquizofrênicos, 64% encontram-se na faixa etária de 25 a 44 anos, o que está em concordância com os 58% encontrados por Wiersma e cols (1991). No grupo de esquizofrênicos encontra-se uma RF H:M de 3,6 para a faixa etária de 15-24 anos e M:H de 2,2 na faixa etária de 45-54 anos. Estes dados são similares aos do estudo de

Flor-Henry (1985), o qual demonstra uma porcentagem maior entre os homens esquizofrênicos antes dos 40 anos e de mulheres acima dos 45 anos.

As diferenças de frequência da esquizofrenia entre os sexos em amostras clínicas sugerem que, provavelmente, os homens são mais frequentemente internados do que as mulheres, confirmando a noção de que a esquizofrenia não só começa mais precocemente nos homens, como também envolve situações clínicas, familiares e culturais que fazem acionar a internação psiquiátrica com maior frequência do que nas mulheres.

Apesar do número de solteiros predominar em ambos os grupos, os maníacos apresentam significativamente um maior vínculo matrimonial do que os esquizofrênicos ( $p < 0,005$ ). Quanto a escolaridade a população é uniforme, não havendo diferença significativa entre baixa e alta escolaridade. Para a situação de trabalho há uma predominância de desempregados nos 2 grupos, significativamente mais frequente no grupo de esquizofrênicos ( $p < 0,005$ ). Tais dados estão de acordo com a literatura que aponta uma maior perda de vínculos sociais entre esquizofrênicos do que entre maníacos, conseqüentemente uma melhor adaptação sócio-funcional dos pacientes com quadro de mania.

Tsuang e cols (1979), em estudos de seguimento, mostraram que os pacientes esquizofrênicos apresentaram uma piora mais acentuada do que aqueles com transtornos do humor no que concerne a "status" matrimonial, ocupação e presença de sintomas psiquiátricos. Resultados semelhantes surgiram nos estudos de seguimento de Marneros e cols (1990) de 25 anos e de McGlashan (1984) de 15 anos, em relação ao tempo de tratamento, vínculo empregatício, atividade social, psicopatologia e desempenho global. Achados da investigação de Moller e cols (1988) de 5 a 8 anos de seguimento e Erickson e cols (1989) de 18 meses, apontam na mesma direção: os esquizofrênicos evoluem com

mais gravidade do que os maníacos. Portanto, qualquer que seja o período de seguimento ou cronicidade das doenças estudadas, os pacientes com transtorno de humor apresentam um melhor prognóstico clínico, psicossocial e sócio-funcional do que os esquizofrênicos. Os dados do presente estudo confirmam essa tendência geral da literatura internacional.

A maioria dos pacientes em ambos os grupos havia utilizado algum tipo de medicação antes de ser internada, sendo que entre os maníacos esse procedimento prevaleceu. Isso é justificável pelo fato dos pacientes que são encaminhados para a internação serem normalmente medicados no serviço de origem, como é o caso da PUCCAMP. Este serviço foi o que encaminhou o maior número de pacientes, provavelmente por funcionar com leitos de curta internação, como pronto-socorro de referência e ainda como central de vagas da região de cobertura do ERS-27 no ano do estudo.

Ambos os grupos tiveram, em média, um tempo de 12 anos de doença o que caracteriza uma população de doentes crônicos, provavelmente pelo perfil institucional do serviço de saúde estudado. É possível que o SSCF, por ser um hospital psiquiátrico, tenha uma tendência a receber mais pacientes crônicos de outros serviços, como por exemplo, das unidades psiquiátricas de hospital geral. (\*)

Para Talbott e cols (1987), 25% de todos os leitos psiquiátricos são ocupados por pacientes esquizofrênicos. Rouillon e cols (1994) referem uma frequência de 34% de esquizofrênicos no meio hospitalar psiquiátrico e geral. Para Wiersma e cols (1995), 2/3

(\*)Ambos os grupos estudados de pacientes esquizofrênicos e maníacos, são rigorosamente semelhantes no que concerne a cronicidade, o que torna a comparação entre eles mais justificável, nesse estudo.

de todas as admissões em hospitais psiquiátricos e unidades psiquiátricas em hospital geral são de pacientes com os diagnósticos de esquizofrenia e transtornos do humor.

No presente estudo observa-se uma ocupação dos leitos em 27% para a esquizofrenia e 10% para a mania no ano de 1995 no SSCF. A média de internação para todos os 512 pacientes internados naquela unidade, naquele ano, foi de 30 dias. Entretanto a média de internação da população estudada foi de 37 dias, sendo 41 dias para a esquizofrenia e 28 dias para a mania ( $p < 0,025$ ). Os pacientes alcoolistas não incluídos neste estudo, com remissões rápidas de sua sintomatologia aguda, provavelmente diminuem a média geral da internação.

No estudo de Dalgalarrodo e Gattaz (1992), numa unidade psiquiátrica de um hospital geral de ensino em Campinas, é relatado uma duração média de 19 dias para todos os pacientes internados, enquanto que os pacientes com psicose funcionais permaneceram em média 23 dias. No mesmo período do estudo, os hospitais psiquiátricos da cidade de Campinas apresentaram uma média de duração da internação que variou entre 44 a 72 dias (foram excluídos os leitos de moradores de longa duração), médias bem acima daquelas recomendadas pela literatura (em torno de 30 dias) (Dalgalarrodo e cols, 1993). O mesmo achado é referido por Williams e Dickson (1995) em que a duração da internação em um hospital de ensino é menor do que em hospital psiquiátrico, apesar do custo no primeiro ser maior.

Os pacientes esquizofrênicos apresentaram, em média, um tempo de internação mais prolongado quando comparados aos maníacos. Este fato deve de alguma forma, estar relacionado a pior evolução clínica da esquizofrenia em relação aos quadros afetivos (Tsuang e cols, 1979). Achado similar foi descrito por Wiersma e cols (1995), embora no

estudo destes, os esquizofrênicos tivessem sido internados com mais frequência no mesmo ano. No presente estudo os maníacos (18%) foram reinternados mais vezes do que os esquizofrênicos (11%) no ano de 1995.

Eisemberg (1989) no seu estudo naturalístico refere que 58% dos pacientes esquizofrênicos hospitalizados seriam readmitidos dentro de 1 ano. Uma revisão, dos resultados de alguns estudos controlados, sugere que as taxas de recaídas são de aproximadamente 75% em 1 ano e 87% em 2 anos (Weiden e Olfson, 1995). Andrews (1991), no seu estudo baseado na incidência, refere que cada paciente esquizofrênico terá em média 4,5 internações ao longo da vida. Rouillon e cols (1994) mencionam tempo de doença, na população de esquizofrênicos por eles estudados, uma média de 11 anos e o número médio de hospitalizações anteriores de 4,5 por paciente. No presente estudo, o tempo médio de doença para o grupo da esquizofrenia é de 12 anos e o grupo apresenta uma média de 11 internações anteriores desde o começo da doença, o que daria aproximadamente uma internação por ano. Para o grupo de mania a média de tempo de doença é de aproximadamente 13 anos e o número médio de internações anteriores é 7. Estes dados sugerem que o paciente maníaco é internado em torno de 1 vez a cada 2 anos.

Wiersma e cols (1995) referem que 1 de cada 3 esquizofrênicos tem que ser reinternado e que esses pacientes apresentam períodos de tratamento mais prolongado do que aqueles com transtorno afetivo. Isso indica que os esquizofrênicos têm uma dependência maior dos serviços de internação hospitalar.

No que diz respeito à adesão ao tratamento farmacológico em relação ao último ano anterior à internação, observa-se uma tendência nos dois grupos para a "não adesão". Segundo Van Putten (1974) as reinternações são normalmente precipitadas por recusa da medicação e foi estimado que a maior parte dos esquizofrênicos não hospitalizados (24 a

63%) tomam menos medicação antipsicótica do que a dosagem prescrita. Fenômeno semelhante (15 a 33%) também ocorre com pacientes internados. No seu estudo, 26% dos esquizofrênicos não aderiram ao tratamento medicamentoso, enquanto 46% recusaram tratamento em algum grau. Para Johnson (1978) 40 a 65% dos pacientes de ambulatório param a medicação em 6 semanas. O autor sugere que essa recusa é quase que exclusivamente relacionada a efeitos extrapiramidais.

Lessa e cols (1994) referem que a não adesão de pacientes com doenças crônicas ao tratamento não é peculiaridade dos pacientes psiquiátricos. Este tipo de comportamento é comum em diabéticos e hipertensos em qualquer sociedade.

Segundo Glazer e Ereshefsky (1996) ainda não está claro se a não adesão é devida a efeitos colaterais ou pode ser atribuída a outros fatores como negação da doença, estigma social, ausência de insight ou desorganização do pensamento. Uma estratégia frequentemente utilizada para se lidar com essa situação é fazer a conversão do neuroléptico oral para um de depósito, para o qual há uma melhor adesão, apesar de alguns estudos não confirmarem que essas apresentações são necessariamente mais bem sucedidas do que as orais (Schooler e cols, 1980). O modelo de análise de decisão apresentado por Glazer e Ereshefsky (1996) indica que trocando a medicação de um paciente que é reinternado várias vezes ("revolving door patient") por uma medicação de depósito para manutenção no tratamento ambulatorial, pode resultar em diminuição do custo direto em 1 ano.

O medicamento mais prescrito para ambos os grupos foi o haloperidol. Quanto à medicação de depósito (flufenazina e haloperidol), estas foram prescritas para 42% dos esquizofrênicos e 6% dos maníacos, o que talvez tenha determinado para os

esquizofrênicos uma maior adesão ao tratamento depois da alta, conseqüentemente, diminuído o número de reinternações para esse grupo.

Houve uma diminuição considerável na frequência dos sintomas quando comparados o início e o final da internação. Isto indica que a internação é eficaz no que concerne a redução ou remissão a curto prazo da sintomatologia. No estudo de Souêtre e cols (1992) há uma melhora de 24% no que diz respeito a idéias delirantes, 32% em agitação e 23% em sintomas negativos. Quando esses dados são comparados aos do presente estudo, observa-se que 42% dos pacientes esquizofrênicos melhoram das idéias delirantes e 79% dos problemas de agitação, enquanto que para os sintomas negativos há uma piora; dos 21% esquizofrênicos internados com este tipo de sintoma, na alta há o registro da presença dele em 32%. Isto pode ser explicado pelo fato do sintoma não ser observado ou deixar de ser registrado por não ter importância clínica para a internação. Também pode ser que com o uso de medicação neuroléptica esse sintoma fique acentuado ou se revele.

Dos 132 esquizofrênicos internados, 59% eram do tipo paranóide, 11% residual, 11% esquizoafetivo e 8% hebefrênico. O achado de Rouillon e cols (1994) é de 49% para o tipo paranóide, 25% residual e 13% desorganizado. Esse dado chama a atenção para a confusão diagnóstica que esse tipo de transtorno provoca. No presente estudo, 4 pacientes foram admitidos com o diagnóstico de transtorno do humor e na alta eles foram mudados: 1 para o tipo paranóide e 3 para esquizoafetivo. A mesma situação se repete quando 2 pacientes foram internados com o diagnóstico de esquizofrenia esquizoafetiva e tiveram alta como transtorno do humor.

Um fator que pode ter determinado uma taxa elevada de remissão parcial dos sintomas na alta é o fato de que o objetivo principal da unidade de internação de agudos

do SSCF é dar alta assim que as condições psicopatológicas e comportamentais do paciente permitam. Apesar disto, mais da metade dos maníacos tiveram alta assintomáticos, enquanto 78% dos esquizofrênicos têm uma remissão apenas parcial ( $p < 0,005$ ). As mulheres esquizofrênicas tiveram seus sintomas completamente remitidos em 25% dos casos, o que confirma o curso mais benigno dessa doença nas mulheres (Ciompi, 1980; Flor-Henry, 1985).

Para os serviços de ambulatório foram encaminhados a maior parte dos pacientes. Dos esquizofrênicos, 22% foram encaminhados ao HD depois da alta e apenas 10% dos maníacos receberam esse encaminhamento, sugerindo que os profissionais envolvidos na fase aguda do tratamento têm a percepção de que os esquizofrênicos necessitam de uma atenção maior e mais estruturada após a alta.

## 2 - Custos do tratamento

Para cada paciente um cálculo preciso do tratamento medicamentoso foi realizado durante o período em que ficou internado. O custo médio da medicação utilizada por paciente foi de R\$30,00 para o grupo da esquizofrenia e R\$24,00 para o grupo da mania. O custo/dia médio por paciente foi de R\$0,70 para a esquizofrenia e R\$0,80 para a mania.

O valor gasto com medicação no SSCF é R\$0,64 por paciente por dia, o qual está subestimado, pois quando esses cálculos foram realizados pelo serviço, somou-se o valor global gasto com farmácia e dividiu-se por paciente nos diferentes setores. É sabido que numa unidade de internação de agudos, o paciente consome muito mais medicação do que um setor de crônicos ou hospital-dia, nos quais, supostamente, os pacientes encontram-se compensados, necessitando, conseqüentemente, de um consumo menor de medicação. Outra justificativa para o custo menor calculado pelo hospital com farmácia é que este também recebe doações de medicação, o que não é incluído nos custos.

O valor do custo/dia/paciente no serviço foi de R\$48,14 no ano de 1995. O custo total para um paciente esquizofrênico e maniaco foi estimado em R\$1.974,00 por 41 dias de internação e R\$1.348,00 por 28 dias de internação, respectivamente. O custo/dia/paciente é relativamente alto quando comparado à diária do SUS, que corresponde a R\$18,46. O paciente esquizofrênico custa, por internação, para o SUS R\$756,86 e o maniaco R\$516,88. O valor de R\$48,14 da diária por paciente é justificado pelo serviço oferecer não somente o tratamento do episódio agudo, como também procedimentos que podem ajudar na reabilitação psicossocial na medida do possível, os quais encarecem a internação. Cabe aqui lembrar a afirmação de Souza (1984), que

salienta que diferentes serviços tendem a ter diferentes objetivos, funções e ideologias, além de atenderem a subpopulações diferentes.

Nos EUA o valor de uma diária em hospital psiquiátrico é muito variável: US\$370,00 por dia em hospital geral e US\$110,00 no setor público (Dorsey, 1983); US\$325,00 a US\$350,00 para o hospital conveniado (Glazer e Ereshefsky 1996) e para hospital privado, uma diária de US\$600,00 (Fitton e Benfield 1993). Na França, Rouillon e cols (1994) relatam o valor da diária de US\$156,00 (780F) em hospital psiquiátrico e US\$573,00 (2863F) em hospital geral.

Na literatura não há referências ao custo individual do tratamento medicamentoso por paciente durante o período em que este se encontra internado. Os autores consideram apenas a porcentagem que o custo do tratamento medicamentoso representa, isto é, 2 a 5% do custo direto (Hafner e Von der Heiden, 1989; Davies e Drummond, 1993); na maioria dos estudos estima-se o custo por paciente por ano (Davies e Drummond, 1993; Rouillon e cols, 1994; William e Dickson, 1995).

O custo do tratamento medicamentoso baseando-se no valor da diária do SUS, seria de 4% e 4,6% do custo total da internação para esquizofrenia e mania, respectivamente.. Para o SSCF este valor é 1,5% para a esquizofrenia e 1,8% para a mania. Segundo Dorsey (1983), o custo médio da medicação em um paciente internado nos EUA é inferior a US\$1,00 por dia ou 0,2% do valor total da diária.

O modelo de avaliação econômica utilizado oferece apenas uma estimativa de custo do tratamento da esquizofrenia em alguns parâmetros. Neste sentido é com bastante reserva que se deve interpretar os dados relativos ao custo do tratamento. Nos estudos relacionados abaixo (tabela 8), os resultados não são uniformes e apenas precariamente

comparáveis, face às diferenças metodológicas utilizadas. O que todos eles apresentam são estimativas, pois é impossível abranger todos os aspectos ligados a essa área.

Tabela 8 - Custo médio anual em US\$ por paciente psiquiátrico em estudos realizados em diversos países

Autor	Andrews e cols	Dorsey	Davies e Drummond	Wistedt	Rouillon e cols
Ano	1975	1983	1987	1991	1994
País	Austrália	EUA	Inglaterra	Estocolmo	França
Hospital	8.401,00	3.000,00	897,00	4.000,00	6.310,00
Droga	74,00	335,00	95,00	175,00	296,00
Consulta	236,00	385,00	96,00	370,00	563,00
Total	8.711,00	3.720,00	1.088,00	4.545,00	7.169,00

No presente estudo a estimativa do custo anual por paciente foi a apresentada na relação abaixo, em R\$(1995):

Hospital	1.108,00 (92,5%)	ou	1.108,00 (87,4%)
Droga	70,00 (5,8%)	ou	140,00 (11,0%)
Consulta	20,40 (1,7%)	ou	20,40 (1,6%)
Total	1.198,00 (100,0%)	ou	1.268,00 (100,0%)

O custo hospitalar é relativo a 60 dias de internação, média preconizada pelo Ministério da Saúde, a R\$18,46 a diária. Estima-se que esse tipo de paciente tenha uma internação por ano, tendo em vista que o paciente do estudo tem em média 12 anos de doença e uma média de 11 internações ao longo da vida.

O valor de R\$70,00 equivale a uma droga oral associada ao valor médio de dois corretores e o valor de R\$140,00 para uma droga de depósito associada a um corretor. R\$20,40 para consultas ambulatoriais, assumindo-se que o paciente frequente o

ambulatório mensalmente, ao valor de R\$2,04 por consulta. O paciente esquizofrênico da população do estudo custa em média de R\$1.198,00 a 1.268,00 por ano.

Os estudos que avaliam aspectos financeiros da assistência psiquiátrica são unânimes em considerar que os custos com internação dominam amplamente o custo do tratamento da esquizofrenia (Davies e Drummond, 1993; Wasylenki, 1994; Rice e Miller, 1995). Se na esquizofrenia 80% do custo direto é gasto com internações (Hafner e Von der Heiden, 1989; Wistedt, 1992; Martin, 1995) conclui-se que muito pouco é investido num tratamento realmente eficaz e abrangente dessa doença, já que a internação apenas diminui a curto prazo os sintomas, como foi visto pelos resultados. Neste sentido, estratégias de reabilitação psicossocial e de prevenção de recaídas a longo prazo devem ganhar destaque no que concerne à assistência e pesquisa das psicoses.

No Brasil em 1981, 96% da verba governamental para a saúde mental foi gasta em pagamentos de dias de internação (Pitta-Hoisel, 1984). Avaliação mais recente de dados do Ministério da Saúde (1994), indica que 12% dos gastos de Estatais com a saúde são destinados às ações de saúde mental, sendo 90% consumidos pelo "parque manicomial" (Dunningham e Aguiar, 1995). Os maiores gastos diretos dos serviços de saúde mental ainda são representados pela hospitalização e estes não caíram com a redução do número de leitos (Raftery, 1992; Esquizofrenia em debate, 1995).

As diferenças encontradas entre os dois grupos foram menores do que a esperada. A diferença dos custos se dá pelo curso da doença. Tanto a esquizofrenia quanto o transtorno do humor são doenças crônicas, mas a primeira tem um curso deficitário estável ou progressivo com exacerbações agudas e a segunda tem episódios agudos e no período intercrises o indivíduo tende a ficar mais frequentemente assintomático. Isso aponta para uma maior necessidade dos serviços de assistência para pacientes

esquizofrênicos e os disponíveis no Brasil ainda são, na sua maioria, os hospitais psiquiátricos. Conseqüentemente, o custo do tratamento da esquizofrenia está diretamente relacionado com a hospitalização e a duração da mesma.

Wistedt em "The cost of schizophrenia" (1992) declarou que *o custo de uma recaída gira em torno de US\$10,000.00 a 20,000.00, levando em conta o custo por dia de US\$350.00 e que uma recaída custa o equivalente a 100 anos de terapia medicamentosa.*

Atualmente, já existe um claro consenso de que o investimento em internação não pode ser o único componente no custo do tratamento da esquizofrenia. Várias outras alternativas eficazes de tratamento para fases agudas e/ou crônicas vêm surgindo (Fenton e cols 1982). O impacto do custo econômico da esquizofrenia reflete-se tanto no curso da doença como nos métodos empregados para conduzi-la. Dessa forma, segundo Wasylenki (1994), três aspectos requerem atenção: 1 - prevenção de recaídas; 2 - cuidados na comunidade; e 3 - uso de novas medicações antipsicóticas .

Numa longa revisão de estudos publicados, Goldberg (1991) concluiu que os cuidados na comunidade são normalmente mais baratos do que em hospitais, mas estes estudos são controversos quanto a maior eficácia na comunidade. May (1971) verificou que para pacientes esquizofrênicos em primeira admissão é mais custo-efetivo tratá-los em hospital com cuidados médicos do que promover um bom nível de cuidados comunitários com tratamento especial. No estudo de Wiersma e cols (1995) onde foram comparados pacientes esquizofrênicos e com transtorno do humor em hospital e assistência comunitária, ao longo de 2 anos os pacientes esquizofrênicos mantiveram o mesmo nível de funcionamento sócio-econômico, tanto no hospital como na comunidade.

No final do ano de 1994, os membros da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde do Brasil propuseram o Programa de Apoio a Desospitalização (PAD) dos doentes mentais. O programa destina-se a pessoas internadas há mais de 5 anos ininterruptos ou 10 anos com pequenos intervalos de alta, em hospitais psiquiátricos, e que tenham condições de beneficiar-se de tratamento fora do hospital. O PAD será financiado com o redirecionamento dos recursos financeiros que hoje vão para os hospitais psiquiátricos. Assim o custo médio mensal de internação em psiquiatria foi, em 1993, de US\$300.00 por paciente. Com o PAD, estes US\$300.00 terão a cada mês, a seguinte destinação: US\$150.00 irão para a família ou responsável pelos cuidados do paciente e US\$150.00 irão para a Secretaria Municipal de Saúde para implantar uma rede de serviços extra-hospitalares naquele município (Psiquiatria Hoje, 1995; Esquizofrenia em debate, 1995).

Deve-se ressaltar entretanto, que, visto pela perspectiva de economia de custos, é bem possível que as políticas públicas dirigidas à redução de custos com hospitalização, transferindo o tratamento para os serviços comunitários ou para dentro do lar, apenas transfiram os custos indiretos para outro local.

O PAD terá um custo anual de US\$3,600.00 por paciente. Na distribuição dos limitados recursos é necessário determinar se um tratamento se mostra mais custo-efetivo do que outro e identificar os custos por subgrupos de pacientes que se beneficiariam mais com tratamentos mais caros (Davies e Drummond, 1994). Por exemplo, deve ser examinado caso os US\$300.00 mensais do PAD fossem destinados para pacientes esquizofrênicos que apresentassem um perfil para o uso dos novos antipsicóticos, se este tratamento pode ou não mostrar-se custo-efetivo. O custo mensal da clozapina numa dose média de 350 mg por dia é R\$302,40, o que corresponde a R\$3.628,00 por ano. Para a

olanzapina o custo anual será de R\$2.700,00 e de R\$1.879,00 para a risperidona. Portanto, a princípio um custo compatível com aquele do PAD, excluindo-se os gastos com tratamentos não farmacológicos.

As novas medicações antipsicóticas que surgiram no mercado a partir da década de 90 são bastante promissoras. Isso é o que vem demonstrando a maioria dos estudos (Wagstaff e Bryson, 1995; Jalenques, 1996). Meltzer (1992) observou uma taxa de redução da reinternação em 83% durante um período de 12 meses de terapia com clozapina em relação ao período de 12 meses que antecedeu o tratamento. Além disso, a nova medicação demonstrou melhora na qualidade de vida para a maioria dos pacientes.

A risperidona demonstrou uma redução da duração da internação em 20% (Addington e cols, 1993) e um estudo multicêntrico da qualidade de vida está em andamento em vários países. Os estudos também sugerem uma maior adesão ao tratamento por ter menos efeitos colaterais (Chouinard e cols, 1993; Lieberman, 1993).

Essas drogas têm indicações específicas e não são todos os pacientes que se beneficiarão do seu uso. Os estudos mostram que cerca de 60% dos pacientes que tentam clozapina terão benefícios (Jonsson e Wallinder, 1995; Wagstaff e Bryson, 1995). O preço é bastante elevado quando comparado aos preços de outros antipsicóticos, mas os benefícios decorrentes do seu uso podem ser bastante superiores.

Em um estudo de custo-benefício realizado na Suíça por Brand e cols (1975), foi aplicado um questionário sobre o prognóstico da depressão a 33 psiquiatras experientes. Uma das perguntas era quais seriam as novas maneiras a serem introduzidas nos próximos 20 anos para o tratamento da depressão. Mais da metade respondeu que seria o advento de novos antidepressivos com melhoramentos farmacêuticos. Este fato foi realmente bem

prognosticado, pois no final da década de 80 houve a introdução no mercado dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs), com um perfil de efeitos colaterais mais aceitáveis.

Qual seria então o prognóstico das estratégias terapêuticas futuras para a esquizofrenia?

Assim como a introdução da eletroconvulsoterapia (1938) e da clorpromazina (1954) contribuíram para a desinstitucionalização de um enorme contingente de pacientes há cinco décadas atrás (Brill e Pantton, 1962), novas medicações podem resultar em melhor evolução clínica, menos efeitos adversos, maior adesão, e nível de desempenho produtivo e social mais elevado para os esquizofrênicos.

A droga “antiesquizofrênica” ideal seria aquela que removesse todos os sintomas da doença, promovesse uma reabilitação completa e que não apresentasse efeitos colaterais - mas isto ainda não é possível. A prioridade para o futuro é descobrir uma droga eficaz, que tenha um preço razoável, de baixa toxicidade e também com a apresentação de depósito. Essa droga ainda não existe mas há uma expectativa com a nova geração de antipsicóticos, dos quais a clozapina foi a pioneira , seguida da risperidona e mais recentemente da olanzapina. Contudo, as pesquisas em psicofarmacoterapia da esquizofrenia parecem estar evoluindo de forma evidente, dando ao quadro geral da evolução da doença um colorido mais otimista.

Além do importante sofrimento humano individual, o ônus social e econômico da esquizofrenia é enorme. O custo global inclui os custos psicológico, social e financeiro tanto para pacientes como para familiares e a sociedade em geral. Uma forma de se reduzir o custo da esquizofrenia seria o desenvolvimento de novas estratégias de

tratamento que previnam mais eficazmente as recaídas, as reinternações e a deterioração psicossocial.

Talbott e cols (1987) afirmaram que nunca haverá recursos suficientes para atender todos os objetivos identificáveis e válidos no tratamento da esquizofrenia. No mundo todo a maioria das decisões sobre fundos para serviços de saúde mental são atualmente tomadas por políticos, administradores públicos e profissionais do sistema de saúde e envolvem mais a realocação de custos do que aumentos orçamentários. Pacientes e familiares são, entretanto, raramente ouvidos. A necessidade de aproveitar os escassos recursos da saúde de forma racional para o benefício máximo dos pacientes, continua a ser um importante alvo de uma política adequada de gastos em saúde mental.

Apesar das limitações metodológicas, esse estudo pretende trazer uma contribuição para melhor estimar alguns aspectos do custo direto do tratamento das psicoses agudas, em particular da esquizofrenia. Também fornecer subsídios para o planejamento de programas de assistência à saúde mental, instrumentalizando melhor a tomada de decisões, a gestão de serviços e a distribuição de recursos, de maneira a se obter uma melhor relação custo-benefício.

## **VI - CONCLUSÕES**

### **1 - Aspectos sócio-demográficos e clínicos**

- a) Os pacientes psicóticos agudos (esquizofrênicos e maníacos) estudados apresentam perfil semelhante em relação a idade, escolaridade e tempo de doença.
- b) Os pacientes esquizofrênicos apresentam menor vínculo matrimonial ( $p < 0,005$ ) e empregatício ( $p < 0,005$ ), menor adesão ao tratamento, maior número de internações psiquiátricas anteriores ( $p < 0,025$ ) e mais encaminhamentos ao HD.
- c) Os dados indicam que os pacientes esquizofrênicos, apesar de terem o mesmo tempo de doença que os maníacos, têm de fato um transtorno mental mais grave, mais incapacitante do ponto de vista psicossocial e deteriorante no que concerne à dimensão sócio-familiar. São doentes com maior risco de reinternações o que provavelmente produz a longo prazo um custo econômico e humano maior.

### **2 - Custos do tratamento**

- d) Os pacientes esquizofrênicos apresentam uma duração média da internação maior que os pacientes maníacos ( $p < 0,025$ ), acarretando um custo do tratamento farmacológico

ligeiramente maior entre eles, como também o custo total da internação (diferença estatística não significativa).

e) Os pacientes maníacos custam mais em relação ao uso de medicação de urgência ( $p < 0,01$ ), provavelmente por apresentarem mais frequentemente quadros de agitação psicomotora.

f) O custo da medicação dos psicóticos agudos está em torno de 4 a 4,6% do custo total da internação, o que representa uma pequena parcela do que é investido globalmente para o tratamento dos episódios agudos desses pacientes.

g) A medicação de manutenção na esquizofrenia é fator crucial na prevenção de recaídas e na história institucional dos pacientes, apesar disso, os dados apresentados indicam que a adesão ao tratamento a longo prazo é significativamente baixa nesta doença.

h) A esquizofrenia, por ser um dos transtornos mentais crônicos mais graves e incapacitantes e por ser uma das patologias que mais consomem recursos financeiros nos sistemas assistenciais, deve ser objeto privilegiado de futuros estudos da análise de custo-benefício de novas estratégias terapêuticas e de reabilitação em psiquiatria.

i) As análises de custo e custo-benefício, que também levam em consideração a qualidade de vida, são essenciais para o planejamento, avaliação e implementação de programas de assistência à saúde mental, e devem receber maior atenção em nosso meio, principalmente no que concerne aos quadros psiquiátricos graves.

## VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addington DE, Jones B, Bloom D e cols. Reduction of hospital days in chronic schizophrenia patients treatment with risperidone: a retrospective study. *Clinical Therapeutics* 1993; 15: 917-926.
- Almeida Filho N, Mari JJ, Continho E e cols. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revis ABP-APAL* 1992; 14: 93-104.
- Andreasen N. Assessment issues and the cost of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17, 475- 485.
- Andrews G, Hall W, Goldstein G e cols. The economic costs of schizophrenia. Implications for public policy. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 537-543.
- Andrews G. The cost of schizophrenia revisited. *Schizophr Bull* 1991; 17: 389-394.
- Angst J. Epidemiology of the bipolar spectrum (abstract). *L'Encéphale* 1995; 21; 37-42.
- Bleuler E. *Dementia Praecox or the group of schizophrenias* (1911). New York: International Universities Press, 1950.
- Bosanquet N, Zajdler A. Psychopharmacology and the ethics of resource allocation. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 29-32.
- Brand M, Menzl A, Escher M e cols. From electroshock therapy to antidepressants: a cost-benefit study. *Pathomorphosis* No. 2, 1975.
- Brenner HD, Dencker SJ, Goldstein MJ e cols. Defining treatment refractoriness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990; 16: 551-560.
- Brill H, Pantton RE. Clinical-statistical analysis of population changes in New York State mental hospitals since introduction of psychotropic drugs. *Am J Psychiatry* 1962; 119: 20-35.
- Burns T, Raftery J. Cost of schizophrenia in a randomized trial of home-based treatment. *Schizophr Bull* 1991; 17: 407-410.
- Buss PM. Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no sistema de informação hospitalar do SUS. *Informe Epidemiológico do SUS* 1993; 2: 4-42.
- Capri S. Methods for evaluation of the direct and indirect costs of long-term schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 Suppl. 382: 80-83.
- Carpenter WT, Kirkpatrick B. The heterogeneity of long-term course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1988; 14: 645-652.
- Castle DJ, Wessely S, Murray RM. Sex and schizophrenia: effects of diagnostic stringency, and associations with premorbid variables. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 658-664.
- Chouinard G, Jones B, Remington G e cols. A Canadian multicenter placebo-controlled study of fixed doses of risperidone and haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol* 1993; 13: 25-40.
- Ciampi L. The natural history of schizophrenia in the long-term. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 413-420.

- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Organização Mundial de Saúde. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.
- Crow TJ, MacMillan JF, Johnson AL e cols. The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia 2. Br J Psychiatry 1986; 148:120-127.
- Dalgalarrondo P, Gattaz WF. A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1992; 27: 147-150.
- Dalgalarrondo P, Caetano D, Domingues FP e cols. A experiência do Hospital das Clínicas da UNICAMP. J bras Psiq 1993; 42: 15-17.
- Dalgalarrondo P. Civilização e Loucura: Uma introdução à história da etno-psiquiatria. Ed. Lemos. Brasil, 1996.
- Davies LM, Drummond MF. The economic burden of schizophrenia. Psychiat Bull 1990; 14: 522-525.
- Davies LM, Drummond MF. Assessment of costs and benefits of drug therapy for treatment-resistant schizophrenia in the United Kingdom. Br J Psychiatry 1993; 162: 38-42.
- Davies LM, Drummond MF. Economics and schizophrenia: The real cost. Br J Psychiatry 1994; 165 Suppl. 25: 18-21.
- Dorsey R. Patient care - who pays, and for what? J Clin Psychiatry 1983; 44: 23-26.
- DSM-IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. American Psychiatric Association. Ed. Artes Médicas. Porto Alegre, 1995.
- Dunningham W, Aguiar WM. O custo social dos transtornos mentais. J bras Psiq 1995; 44: 419-422.
- Eaton WW. Up-to-date on the epidemiology of schizophrenia. Epidemiol Rev 1991; 13: 320-328.
- Eisemberg JM. Clinical economics: a guide to the economic analysis of clinical practices. JAMA 1989; 262: 2879-2886.
- Eisemberg JM. Why a journal of pharmacoeconomics? Pharmacoeconomics 1992; 1: 2-4.
- Erickson DH, Beiser M, Jacono WH e cols. The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. Am J Psychiatry 1989; 146: 1456-1461.
- Esquizofrenia em debate. Edição especial 1995.
- Farmer AE, Blewett A. Drug treatment of resistant schizophrenia. Drugs 1993; 45: 374-383.
- Fenton FR, Tessier L, Contahdriopoulos AP e cols. A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: financial costs. Can J Psychiatry 1982; 27: 177-187.
- Fitton A, Benfield P. Clozapine: An appraisal of its pharmacoeconomic benefits in the treatment of schizophrenia. Pharmacoeconomics 1993; 4: 131-156.
- Flor-Henry P. Schizophrenia: sex differences. Can J Psychiatry 1985; 30: 319-322.

- Freund DA, Ditton PR. Principles of pharmacoeconomic analysis of drug therapy. *Pharmacoeconomics* 1992; 1: 20-32.
- Gilman AG, Rall TW, Nies AS e cols. Goodman and Gilman's The pharmacological basics of therapeutics . 8th Ed., Pergamon Press. New York, 1990.
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL e cols. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1635-1640.
- Glazer WM, Ereshhfsky L. A pharmacoeconomic model of outpatient antipsychotic therapy in "revolving door" schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 337-345.
- Goldberg D. Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia: A Review. *Schizophr Bull* 1991; 17: 453-459.
- Goldman HH. Clozapine's cost-benefits (letter). *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42: 91-92.
- Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN e cols. Depression: A neglected major illness. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 419-424.
- Gunderson JG, Mosher LR. The cost of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 901-906.
- Hafner H, Van der Heiden W. The contribution of European case registers to research on schizophrenia. *Schizophr Bull* 1986; 12: 26-50.
- Hafner H, Van der Heiden W. The evaluation of mental health care systems. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 12-17.
- Halford WK, Harrison C, Kalyansudaram e cols. Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psych Serv* 1995; 46: 1189-1191.
- Hall W, Goldstein G, Andrews G e cols. Estimating the economic costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1985; 2: 598-611.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T e cols. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 727-735.
- Healy D. Psychopharmacology and the ethics of resource allocation. *Br J Psychiatry* 1993; 132: 901-906.
- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The Quality-of-Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1977; 10: 388-398.
- Hodgson TA, Meiners MR. Costs of illness methodology: A guide to current practices and procedures. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 1982; 60: 429-461.
- Hoel PG. *Estatística elementar*. Ed. Atlas. São Paulo, 1981.
- Huber G, Gross G, Schüttler R. A long-term follow-up study of schizophrenia: Psychiatric course of illness and prognosis. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 52: 49-57.
- Hyde C, Bridges K, Goldberg D e cols. The evaluation of a hostel ward. *Br J psychiatry* 1987; 151: 805-812.

- Informe Epidemiológico do SUS. Série histórica de custos de internações hospitalares (em US\$) na rede pública e conveniada, por unidade federada. Brasil - 1987/1989. 1993; 1: 164.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G e cols. Schizophrenia manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psych Medicine* 1992; Suppl.20: 1-97.
- Jalenques I. Drug resistant schizophrenia. *CNS Drugs* 1996; 5:8-23.
- Johnson DAW. Prevalence and treatment of drug induced extrapyramidal symptoms. *Br J Psychiatry* 1978; 132: 27-30.
- Johnstone EC, Owens DGC e Leary J. Disabilities and circumstances of schizophrenic patients: VI. Comparison of the 1975-85 cohort with the 1970-75 cohort. *Br J Psychiatry* 1991; 159 Suppl. 13: 34-46.
- Jonsson D, Wallinder J. Cost-effectiveness of clozapine treatment in therapy refractory schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 199-201.
- Kerwin RW. The new atypical antipsychotics. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 141-148.
- Kessler MB, McGonagle KA, Zhao S e cols. Lifetime at 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- Lessa I, Carneiro-Pousada J, Cruz T e cols. Dificuldades para determinação do prognóstico clínico de pacientes diabéticos com base na atenção médica de rotina. *Arq bras Endocrinol e metabol* 1994; 38: 87-92.
- Lessa I, Mendonça GAS, Teixeira MTB. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Bol Oficina Sanitaria Panamericana* 1996; 120: 389-413
- Lewander T. Differential development of therapeutic drugs for psychosis. *Clin Neuropharmacol* 1992; 15 Suppl.1: 654-655.
- Lieberman JA. Prediction of outcome in first-episode schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 Suppl. 3: 13-17.
- Loranger AW. Sex differences in age at onset of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 157-161.
- Malm U, May PRA, Dencker SJ. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: A checklist. *Schizophr Bull* 1981; 7: 477-485.
- Marneros A, Deister A, Rohde A. Psychopathology and social status of patient with affective, schizophrenic and schizoaffective disorders after long-term course. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 352-358.
- Martin P. Impacts médico-economiques de la schizophrénie. *L'Encéphale* 1995; 3: 67-73.
- Mayer C, Kelterborn G, Naber D. Age of onset in schizophrenia: relations to psychopathology and gender. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 665-671.
- Maynard A. Cost management: the economist's viewpoint. *Br J Psychiatry* 1993; 163 suppl. 20: 7-13.

- May PR. Cost efficiency of treatments for the schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1971; 127: 1382-1385.
- McGlashan TH. The chestnut lodge follow-up study. Follow-up methodology and study sample. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 573-601.
- McGuire TG. Measuring the economic costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17: 375-388.
- Meltzer HY, Burnett S, Bastani B e cols. Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 892-897.
- Meltzer HY. Dimensions of outcome with clozapine. *Br J Psychiatry* 1992; 160 suppl. 17: 46-53.
- Meltzer HY, Cola P, Way L e cols. Cost effectiveness of clozapine in neuroleptic-resistant schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1630-1638.
- Minkowski E. La esquizofrenia. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina 1973.
- Moller HJ, Schmid-Bode W, Cording-Tommei C e cols. Psychopathological and social outcome in schizophrenia versus affective/schizoaffective psychoses and prediction of poor outcome in schizophrenia. Results from a 5-8 year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 379-389.
- Modelo Técnico-Assistencial. Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira". Campinas, São Paulo 1994.
- Moscarelli M. Health and economic evaluation in schizophrenia: implication for health policies. *Schizophr Bull* 1994; 89 Suppl.382: 84-88.
- Pitta-Hoisel AM. Sobre uma política de saúde mental. Tese de mestrado. Depto. de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. São Paulo, 1984.
- Postrado LT, Lehman AF. Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psych Serv* 1995; 46: 1161-1165.
- Psiquiatria Hoje. Órgão oficial da Associação Brasileira de Psiquiatria. Noticiário da Reforma Psiquiátrica do Brasil. Jan-fev-mar 1995.
- Raftery J. Mental health services in transition: the United States and the United Kingdom. *Br J Psychiatry* 1992; 161:589-593.
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS e cols. The de facto U.S. mental and addiction disorders service system: epidemiological catchment prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 85-94.
- Revicki DA, Luce BR, Weschler JM e cols. Cost-effectiveness of clozapine for treatment-resistant schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 850-854.
- Revista ABCFARMA 1995; 53.
- Rice DP, Miller LS. The economic burden of affective disorders. *Br J Psychiatry* 1995; 166 suppl. 27: 34-42.

- Rouillon F, Dansette GY, Le Floch C. Etude de la prise en charge thérapeutique des schizophrènes et de son coût. *L'Encéphale* 1994; 20: 303-309.
- Sartorius N, Jablensky A, Shapiro R. Cross-cultural differences in the short-term prognosis of schizophrenic psychoses. *Schizophr Bull* 1978; 4: 102-113.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, e cols. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. *Psych Medicine* 1986; 16: 909-928.
- Schooler NR, Levine J, Sever JB e cols. Prevention of relapse in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 16-24.
- Scitovsky AA.. Estimating the direct costs of illness. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 1982; 60: 463-491.
- Shur E. The epidemiology of schizophrenia. *Br J Hosp Medicine* 1988; 40: 38-45.
- Solomon DA, Kertner GI, Miller IW e cols. Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 5-13.
- Souète E, Martin P, Lecann JP e cols. Évaluation médico-économique des neuroleptiques dans la schizophrénie. *L'Encéphale* 1992; 19: 263-269.
- Souza AL. Bahia de todos os loucos. Um estudo de psiquiatria social. Ed. Contemporânea. Salvador, 1984.
- Talbott JA, Goldman HH, Ross L. Schizophrenia: An economic perspective. *Psychiatric Annals* 1987; 17: 577-579.
- The cost of schizophrenia. Round table services. Ed. Robert Michels. London, 1992.
- Tsuang MT, Woolson RF, Fleming JA. Long-term outcome of major psychoses: Schizophrenic and affective disorders compared with psychiatry symptom-free surgical conditions. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 39: 1295-1301.
- Van Putten T. Why do schizophrenics refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31: 67-72.
- Vocisano C, Klein DN, Keefe RS e cols. Demographics, family history, premorbid functioning, developmental characteristics, and course of patients with deteriorated affective disorders. *Am J psychiatry* 1996; 153: 248-255.
- Wagstaff AJ, Bryson HM. A review of its pharmacological properties and therapeutics use in patients with schizophrenia who are unresponsive to or intolerant to classical antipsychotic agents. *CNS Drugs* 1995; 4: 370-400.
- Wasylenki DA. The cost of Schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1994; 39 suppl. 2: 565-569.
- Weiden PJ, Olsson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21: 419-429.
- Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternative to mental hospital treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 400-405.

- Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis FJ. Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1991; 17: 411-419.
- Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis H e cols. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *Br J Psychiatry* 1995; 166 Suppl. 27: 52-59.
- Williams R, Dickson RA. Economics of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1995; 40 Suppl. 2: 560-566.
- Wistedt B. Presentation at the 18th CINP Congress, 1982. Attitudes of schizophrenia patients towards depot drug administration. *Clin Neuropharmacol* 1992; 15 Suppl. 1: 195B.
- Wyatt RJ. The cost of schizophrenia - productive person years: making direct and indirect cost understandable (abstract). *Neuropsychopharmacol* 1994; 10 Suppl. 3: 597S.
- Wyatt RJ, Henter I, Leary MC e cols. An economic evaluation of schizophrenia: 1991. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30: 196-205.

## VIII - ANEXOS

Anexo 1 - Ficha de coleta de dados

Nome: \_\_\_\_\_ matr \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_

No. internações nesta unidade: \_\_\_\_\_ em outras: \_\_\_\_\_ CID-I \_\_\_\_\_ CID-II \_\_\_\_\_  
 " " " neste ano Situação de trabalho: Escolaridade:  
 Duração desta inter.: \_\_\_\_\_ dias ( ) empregado ( ) analfabeto  
 ( ) desempregado ( ) lê e escreve  
 ( ) afastado ( ) prim. grau menor  
 Adesão ao tratamento ( ) total ( ) aposentado ( ) prim. grau maior  
 entre episódios agudos ( ) parcial ( ) nunca trabalhou ( ) segundo grau  
 neste mesmo ano: ( ) não adesão ( ) não consta ( ) superior  
 ( ) não consta ( ) não consta

Uso anterior de medicação para este episódio agudo 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

sintomas na internação			== tipo de sintomas ==	sintomas na alta		
1	2	3		1	2	3
(...)	(...)	(...)	orientação	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	atenção	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	pensamento	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	delírio	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	senso percepção	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	agitação / agressividade	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	mutismo / negativismo	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	suicidalidade	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	insônia / inapetência	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	ausência sent. doença	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	recusa de tratamento	(...)	(...)	(...)
(...)	(...)	(...)	outros	(...)	(...)	(...)

CONDUZIDO POR:

P.Drogas	D. inicial	alterações	datas	D. alta
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				

Condutas de emergência.....

Efeitos colaterais:		Alta:	
Drogas	Efeitos colaterais	( ) a pedido	( ) por evasão
1-		( ) HD	( ) administrativa
2-		( ) readmissão	
3-			

- Condições:
- ( ) remissão total
  - ( ) remissão parcial
  - ( ) inalterado
  - ( ) não consta
- 1 SIM  
2 NÃO  
3 NÃO CONSTA

ANEXO 2. Planilha de custo do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira no ano de 1995 (US\$).

ATIVIDADES	MESES												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
SAN/Agropecuária	8.974	8.901	8.892	8.731	9.364	9.556	8.909	10.031	8.965	8.229	10.288	11.785	112.625
Higienização	1.918	1.493	1.602	1.608	1.735	1.875	2.639	2.493	2.473	2.603	2.865	3.489	26.793
Roupa/Lavanderia	1.599	2.121	1.703	2.061	2.097	2.026	1.841	2.204	1.937	2.328	2.015	2.572	24.504
Farmácia	649	828	563	696	751	851	854	1.007	826	1.106	696	987	9.814
Recepção	1.472	1.565	1.546	1.211	1.369	1.507	1.379	1.253	955	1.661	1.007	1.927	16.852
Transporte	356	266	0	0	2	0	0	0	0	0	0	915	1.539
Segurança	627	587	1.306	599	734	669	671	683	674	583	806	792	8.731
Manutenção	623	831	854	1.121	988	2.118	2.521	1.801	3.315	1.806	3.172	2.156	21.306
Apoio ADM	3.701	4.394	4.305	4.288	4.751	4.905	7.465	7.231	5.987	7.489	8.094	7.538	70.148
Custo indireto total	19.919	20.986	20.771	20.315	21.791	23.507	26.279	26.703	25.132	25.805	28.943	32.161	292.312
Custo direto	30.718	31.637	34.345	38.001	42.543	35.254	34.244	36.782	41.458	34.367	39.833	48.441	447.623
Custo projeto	50.637	52.623	55.116	58.316	64.334	58.761	60.523	63.485	66.590	60.172	68.776	80.602	739.935

**ANEXO 3. Custo hospitalar por paciente no Serviço de Saude Dr. Cândido Ferreira em 1995 (US\$).**

<b>SETORES</b>	<b>Custo/dia</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<b>Mania</b>
SAN/Agropecuária	7,33	300,53	205,24
Higienização	1,70	69,70	47,60
Roupa/Lavanderia	1,60	65,60	44,80
Farmácia	0,64	26,24	17,92
Recepção	1,10	45,10	30,80
Transporte	0,10	4,10	2,80
Segurança	0,57	23,37	15,96
Manutenção	1,39	56,99	38,92
Apoio ADM	4,57	187,37	127,96
<b>Custo indireto total</b>	<b>19,00</b>	<b>779,00</b>	<b>532,00</b>
<b>Custo direto</b>	<b>29,14</b>	<b>1.194,74</b>	<b>815,92</b>
<b>Custo projeto</b>	<b>48,14</b>	<b>1.973,74</b>	<b>1.347,92</b>

**ANEXO 4. Idade e sexo de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo**

Idade	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
15-24 anos	17	18,3	2	5,1	19	14,4	3	12,5	1	3,7	4	7,8
25-34 anos	34	36,6	14	35,9	48	36,4	8	33,3	10	37,0	18	35,3
35-44 anos	26	28,0	11	28,2	37	28,0	8	33,3	8	29,6	16	31,4
45-54 anos	11	11,8	10	25,6	21	15,9	3	12,5	6	22,2	9	17,6
>=55 anos	5	5,4	2	5,1	7	5,3	2	8,3	2	7,4	4	7,8
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Esquizofrenia: média = 37±11; med = 34 anos

Mania: média = 39±12; med = 37 anos

$\chi^2 = 1,06$ ;  $p > 0,05$

**ANEXO 4a. Razões de frequência intra e intergrupos**

Idade	INTRAGRUPOS		INTERGRUPOS		TOTAL
	EM/EF	MM/MF	EM/MM	EF/MF	ESQ/MAN
15-24 anos	3,6	3,4	1,5	1,4	1,8
25-34 anos	1,0	0,9	1,1	1,0	1,0
35-44 anos	1,0	1,1	0,8	1,0	0,9
45-54 anos	0,5	0,6	0,9	1,2	0,9
>=55 anos	1,0	1,1	0,6	0,7	0,7

EM/EF: esquizofrênico masculino/esquizofrênico feminino

MM/MF: maníaco masculino/maníaco feminino

EM/MM: esquizofrênico masculino/maníaco masculino

EF/MF: esquizofrênico feminino/maníaco feminino

ESQ/MAN: esquizofrenia/mania

**ANEXO 5. Estado civil de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo**

Est. civil	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
Solteiro	79	84,9	16	41,0	95	72,0	18	75,0	8	29,6	26	51,0
Casado	7	7,5	15	38,5	22	16,7	6	25,0	12	44,4	18	35,3
Viúvo	2	2,2	3	7,7	5	3,8	0	0,0	5	18,5	5	9,8
Separado	2	2,2	4	10,3	6	4,5	0	0,0	2	7,4	2	3,9
Sem inform.	3	3,2	1	2,6	4	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

X<sup>2</sup> = 8,2 (entre solteiros e casados)

p < 0,005

**ANEXO 5a. Razões de frequência intra e intergrupos**

Est. civil	INTRAGRUPOS		INTERGRUPOS		TOTAL
	EM/EF	MM/MF	EM/MM	EF/MF	ESQ/MAN
Solteiro	2,1	2,5	1,1	1,4	1,4
Casado	0,2	0,6	0,3	0,9	0,5
Viúvo	0,3	0,0	0,0	0,4	0,4
Separado	0,2	0,0	0,0	1,4	1,2
Sem inform.	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0

EM/EF: esquizofrênico masculino/esquizofrênico feminino

MM/MF: maníaco masculino/maníaco feminino

EM/MM: esquizofrênico masculino/maníaco masculino

EF/MF: esquizofrênico feminino/maníaco feminino

ESQ/MAN: esquizofrenia/mania

**ANEXO 6. Escolaridade de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Escolaridade	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
Analfabeto	4	4,3	3	7,7	7	5,3	0	0,0	4	14,8	4	7,8
Lê e escreve	15	16,1	7	17,9	22	16,7	4	16,7	6	22,2	10	19,6
1o. g. menor	42	45,2	19	48,7	61	46,2	10	41,7	13	48,1	23	45,1
1o. g. maior	16	17,2	4	10,3	20	15,2	6	25,0	3	11,1	9	17,6
2o. grau	9	9,7	1	2,6	10	7,6	2	8,3	0	0,0	2	3,9
Sem inform.	7	7,5	5	12,8	12	9,1	2	8,3	1	3,7	3	5,9
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

X<sup>2</sup> = 0,14 (para baixa e alta escolaridade)

p > 0,05

**ANEXO 6a. Razões de frequência intra e intergrupos**

Escolaridade	INTRAGRUPOS		INTERGRUPOS		TOTAL
	EM/EF	MM/MF	EM/MM	EF/MF	ESQ/MAN
Analfabeto	0,6	0,0	0,0	0,5	0,7
Lê e escreve	0,9	0,8	1,0	0,8	0,9
1o. g. menor	0,9	0,9	1,1	1,0	1,0
1o. g. maior	1,7	2,3	0,7	0,9	0,9
2o. grau	3,8	0,0	1,2	0,0	1,9
Sem inform.	0,6	2,3	0,9	3,5	1,5

EM/EF: esquizofrênico masculino/esquizofrênico feminino

MM/MF: maníaco masculino/maníaco feminino

EM/MM: esquizofrênico masculino/maníaco masculino

EF/MF: esquizofrênico feminino/maníaco feminino

ESQ/MAN: esquizofrenia/mania

**ANEXO 7. Ocupação de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo**

Ocupação	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
Empregado	3	3,2	2	5,1	5	3,8	5	20,8	5	18,5	10	19,6
Desempregado	58	62,4	19	48,7	77	58,3	8	33,3	11	40,7	19	37,3
Afastado	4	4,3	0	0,0	4	3,0	4	16,7	0	0,0	4	7,8
Aposentado	17	18,3	6	15,4	23	17,4	4	16,7	3	11,1	7	13,7
Nunca trabalhou	3	3,2	2	5,1	5	3,8	0	0,0	1	3,7	1	2,0
Do lar	0	0,0	3	7,7	3	2,3	0	0,0	5	18,5	5	9,8
Sem inform.	8	8,6	7	17,9	15	11,4	3	12,5	2	7,4	5	9,8
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

X<sup>2</sup> = 14,22 (entre empregados e desempregados)

p < 0,005

**ANEXO 7a. Razões de frequência intra e intergrupos**

Ocupação	INTRAGRUPOS		INTERGRUPOS		TOTAL
	EM/EF	MM/MF	EM/MM	EF/MF	ESQ/MAN
Empregado	0,6	1,1	0,2	0,3	0,2
Desempreg	1,3	0,8	1,9	1,2	1,6
Afastado	0,0	0,0	0,3	0,0	0,4
Aposentado	1,2	1,5	1,1	1,4	1,3
Nunca trabalhou	0,6	0,0	0,0	1,4	1,9
Do lar	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2
Sem inform.	0,5	1,7	0,7	2,4	1,2

EM/EF: esquizofrênico masculino/esquizofrênico feminino

MM/MF: maníaco masculino/maníaco feminino

EM/MM: esquizofrênico masculino/maníaco masculino

EF/MF: esquizofrênico feminino/maníaco feminino

ESQ/MAN: esquizofrenia/mania

**ANEXO 8. Procedência de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo**

Procedência	ESQUIZ		MANIA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Americana	2	1,5	5	9,8	7	3,8
Campinas	73	55,3	32	62,7	105	57,4
Hortolândia	14	10,6	1	2,0	15	8,2
S. Bárbara	18	13,6	6	11,8	24	13,1
Sumaré	5	3,8	4	7,8	9	4,9
Outros	14	10,6	3	5,9	17	9,3
Sem inform.	6	4,5	0	0,0	6	3,3
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

**ANEXO 9. Proveniência de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo**

Proveniencia	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
PUCAMP	33	35,5	15	38,5	48	36,4	11	45,8	9	33,3	20	39,2
UNICAMP	5	5,4	0	0,0	5	3,8	5	20,8	3	11,1	8	15,7
Cent saúde	11	11,8	2	5,1	13	9,8	5	20,8	2	7,4	7	13,7
Outras cidades	26	28,0	20	51,3	46	34,8	1	4,2	9	33,3	10	19,6
Hospital Dia	10	10,8	1	2,6	11	8,3	1	4,2	1	3,7	2	3,9
Porta	6	6,5	1	2,6	7	5,3	0	0,0	1	3,7	1	0,8
Outros	2	2,2	0	0,0	2	1,5	1	4,2	2	7,4	3	5,9
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**ANEXO 10. Acompanhamento de esquizofrênicos e maníacos ao hospital no episódio agudo**

Condição	ESQUIZOFRENIA					MANIA						
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
Nenhum	37	39,8	13	33,3	50	37,9	10	41,7	9	33,3	19	37,3
Familiar	55	59,1	24	61,5	79	59,8	14	58,3	17	63,0	31	60,8
Outros	1	1,1	1	2,6	2	1,5	0	0,0	1	3,7	1	2,0
Sem inform.	0	0,0	1	2,6	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

X<sup>2</sup> = 0,0 (para nenhum acompanhante e familiar)

p>0,05

**ANEXO 11. Tempo da doença de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Tempo	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
<1 ano	5	5,4	2	5,1	7	5,3	3	12,5	1	3,7	4	7,8
1-4 anos	8	8,6	3	7,7	11	8,3	0	0,0	3	11,1	3	5,9
5-9 anos	26	28,0	7	17,9	33	25,0	9	37,5	5	18,5	14	27,5
10-14 anos	13	14,0	11	28,2	24	18,2	2	8,3	7	25,9	9	17,6
>=15 anos	33	35,5	12	30,8	45	34,1	10	41,7	9	33,3	19	37,3
Vários anos	5	5,4	1	2,6	6	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem inform.	3	3,2	3	7,7	6	4,5	0	0,0	2	7,4	2	3,9
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Esquizofrenia: média = 12,4+-8,3; med = 11 anos

Mania: média = 12,8+-9,4; med = 10 anos

$\chi^2 = 0,26; p > 0,05$

**ANEXO 11a. Razões de frequência intra e intergrupos**

Tempo	INTRAGRUPOS		INTERGRUPOS		TOTAL ESQ/MAN
	EM/EF	MM/MF	EM/MM	EF/MF	
<1 ano	1,0	3,4	0,4	1,4	0,7
1-4 anos	1,1	0,0	0,0	0,7	1,4
5-9 anos	1,6	2,0	0,7	1,0	0,9
10-14 anos	0,5	0,3	1,7	1,1	1,0
>=15 anos	1,2	1,3	0,9	0,9	0,9
Vários anos	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Sem inform.	0,4	0,0	0,0	1,0	1,2

EM/EF: esquizofrênico masculino/esquizofrênico feminino

MM/MF: maníaco masculino/maníaco feminino

EM/MM: esquizofrênico masculino/maníaco masculino

EF/MF: esquizofrênico feminino/maníaco feminino

ESQ/MAN: esquizofrenia/mania

**ANEXO 12. Número de internações de esquizofrênicos e maníacos na unidade durante o curso da doença**

No. intern	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
0	35	37,6	20	51,3	55	41,7	15	62,5	10	37,0	25	49,0
1	18	19,4	4	10,3	22	16,7	4	16,7	6	22,2	10	19,6
2-5	35	37,6	12	30,8	47	35,6	5	20,8	7	25,9	12	23,5
6-10	4	4,3	2	5,1	6	4,5	0	0,0	2	7,4	2	3,9
>=11	1	1,1	1	2,6	2	1,5	0	0,0	2	7,4	2	3,9
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Esquizofrenia: média = 1,9+-3,4; med = 1 internação

Mania: média = 1,7+-2,9; med = 1 internação

$\chi^2 = 0,37; p > 0,05$

**ANEXO 12a. Razões de frequência intra e intergrupos**

No. intern.	INTRAGRUPOS		INTERGRUPOS		TOTAL
	EM/EF	MM/MF	EM/MM	EF/MF	ESQ/MAN
0	0,7	1,7	0,6	1,4	0,9
1	1,9	0,8	1,2	0,5	0,9
2-5	1,2	0,8	1,8	1,2	1,5
6-10	0,8	0,0	0,0	0,7	1,2
>=11	0,4	0,0	0,0	0,3	0,4

EM/EF: esquizofrênico masculino/esquizofrênico feminino

MM/MF: maníaco masculino/maníaco feminino

EM/MM: esquizofrênico masculino/maníaco masculino

EF/MF: esquizofrênico feminino/maníaco feminino

ESQ/MAN: esquizofrenia/mania

**ANEXO 13. Número de internações de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados na unidade no ano de 1995**

No. intern	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
0	79	84,9	38	97,4	117	88,6	21	87,5	22	81,5	43	84,3
1	11	11,8	1	2,6	12	9,1	2	8,3	4	14,8	6	11,8
2-5	2	2,2	0	0,0	2	1,5	1	4,2	1	3,7	2	3,9
>5	1	1,1	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Esquizofrenia: média = 0,1+-0,5; med = 0 internação

Mania: média = 0,2+-0,5; med = 0 internação

$\chi^2 = 1,25; p > 0,05$

**ANEXO 13a. Razões de frequência intra e intergrupos**

No. intern.	INTRAGRUPOS		INTERGRUPOS		TOTAL
	EM/EF	MM/MF	EM/MM	EF/MF	ESQ/MAN
0	0,9	1,1	1,0	1,2	1,1
1	4,6	0,6	1,4	0,2	0,8
2-5	0,0	1,1	0,5	0,0	0,4
>5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

EM/EF: esquizofrênico masculino/esquizofrênica feminino

MM/MF: maníaco masculino/maníaca feminino

EM/MM: esquizofrênico masculino/maníaco masculino

EF/MF: esquizofrênica feminino/maníaca feminino

ESQ/MAN: esquizofrenia/mania

**ANEXO 14. Reinternações de esquizofrênicos e maníacos durante o ano de 1995.**

sexo	ESQUIZ		MANIA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	13	92,9 (56,5)	3	33,3 (13,0)	16	69,5
Feminino	1	7,1 (4,4)	6	66,7 (26,1)	7	30,5
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

**ANEXO 15. Esquizofrênicos e maníacos com internações em outros hospitais durante o curso de sua doença**

No. intern	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
0	0	0,0	2	5,1	2	1,5	2	8,3	1	3,7	3	5,9
1	4	4,3	1	2,6	5	3,8	0	0,0	2	7,4	2	3,9
2-5	6	6,5	4	10,3	10	7,6	5	20,8	7	25,9	12	23,5
6-10	11	11,8	3	7,7	14	10,6	1	4,2	2	7,4	3	5,9
>=11	6	6,5	2	5,1	8	6,1	0	0,0	1	3,7	1	2,0
Várias	29	31,2	15	38,5	44	33,3	7	29,2	11	40,7	18	35,3
Sem inform.	37	39,8	12	30,8	49	37,1	9	37,5	3	11,1	12	23,5
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Esquizofrenia: média = 9,4+-10,0; med = 7 internações

Mania: média = 4,5+-4,5; med = 4 internações

$\chi^2 = 2,10; p < 0,025$

esquizofrenia (fem): média = 7,0+-9,1; med = 4 internações

mania (fem): média = 4,9+-5,3; med = 4 internações

$\chi^2 = 3,0; p < 0,005$

**ANEXO 16. Adesão ao tratamento de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Adesão	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
Total	19	20,4	5	12,8	24	18,2	3	12,5	5	18,5	8	15,7
Parcial	24	25,8	9	23,1	33	25,0	8	33,3	11	40,7	19	37,3
Não adesão	42	45,2	19	48,7	61	46,2	11	45,8	9	33,3	20	39,2
Sem inform.	8	8,6	6	15,4	14	10,6	2	8,3	2	7,4	4	7,8
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 2,2; p > 0,05$

**ANEXO 17. Uso anterior de medicação em esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo**

Uso	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
Sim	52	55,9	21	53,8	73	55,3	16	66,7	20	74,1	36	70,6
Não	38	40,9	17	43,6	55	41,7	6	25,0	6	22,2	12	23,5
Sem inform.	3	3,2	1	2,6	4	3,0	2	8,3	1	3,7	3	5,9
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 4,39; p < 0,05$  (exclui sem informação)

**ANEXO 17a. Razões de frequência intra e intergrupos**

Uso	INTRAGRUPOS		INTERGRUPOS		TOTAL
	EM/EF	MM/MF	EM/MM	EF/MF	ESQ/MAN
Sim	1,0	0,9	0,8	0,7	0,8
Não	0,9	1,1	1,6	2,0	1,8
Sem inform.	1,3	2,3	0,4	0,7	0,5

EM/EF: esquizofrênico masculino/esquizofrênico feminino

MM/MF: maníaco masculino/maníaco feminino

EM/MM: esquizofrênico masculino/maníaco masculino

EF/MF: esquizofrênico feminino/maníaco feminino

ESQ/MAN: esquizofrenia/mania

**ANEXO 18. Duração do internamento de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Duração	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
1-30 dias	46	49,5	10	25,6	56	42,4	17	70,8	20	74,1	37	72,5
31-60 dias	36	38,7	16	41,0	52	39,4	5	20,8	5	18,5	10	19,6
61-90 dias	9	9,7	5	12,8	14	10,6	1	4,2	2	7,4	3	5,9
91-120 dias	2	2,2	8	20,5	10	7,6	1	4,2	0	0,0	1	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Esquizofrenia: média = 41+-27; med = 35 dias

Mania: média = 28+-20; med = 23 dias

$t' = 2,15; p < 0,025$

Esquizofrenia (masc): média = 36+-22; med = 33 dias

Esquizofrenia (fem): média = 53+-33; med = 40 dias

$t' = 3,26; p < 0,005$

Esquizofrenia (fem): média = 53+-33; med = 40 dias

Mania (fem): média = 26+-19; med = 22 dias

$t' = 3,92; p < 0,005$

**ANEXO 19. Medicamentos de rotina utilizados nos esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo**

Medicamentos	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
Biperideno	51	54,8	18	46,2	69	52,3	8	33,3	9	33,3	17	33,3
Clorpromazina	21	22,6	8	20,5	29	22,0	13	54,2	14	51,9	27	52,9
Flufenazina	5	5,4	5	12,8	10	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Flufen Depot	11	11,8	4	10,3	15	11,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Carbonato de lítio	8	8,6	5	12,8	13	9,8	14	58,3	13	48,1	27	52,9
Diazepam	21	22,6	12	30,8	33	25,0	3	12,5	5	18,5	8	6,1
Prometazina c	57	61,3	25	64,1	82	62,1	10	41,7	15	55,6	25	49,0
Prometazina a	2	2,2	5	12,8	7	5,3	2	8,3	5	18,5	7	13,7
Fenobarbital	3	3,2	0	0,0	3	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Haloperidol c	63	67,7	28	71,8	91	68,9	16	66,7	16	59,3	32	62,7
Haloperidol a	3	3,2	5	12,8	8	6,1	1	4,2	5	18,5	6	11,8
Hal Decanoato	32	34,4	8	20,5	40	30,3	1	4,2	2	7,4	3	5,9
Fenitoína	1	1,1	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tioridazina	5	5,4	2	5,1	7	5,3	2	8,3	0	0,0	2	3,9
Levomepromazina	41	44,1	13	33,3	54	40,9	7	29,2	8	29,6	15	29,4
Nitrazepam	2	2,2	0	0,0	2	1,5	0	0,0	2	7,4	2	3,9
Clordiazepóxido	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,4	2	3,9
Penfluridol	1	1,1	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Carbamazepina	5	5,4	8	20,5	13	9,8	6	25,0	9	33,3	15	29,4
Imipramina	5	5,4	4	10,3	9	6,8	1	4,2	0	0,0	1	2,0
Amitriptilina	1	1,1	1	2,6	2	1,5	0	0,0	1	3,7	1	2,0

c: comprimido

a: ampola

**ANEXO 20. Medicamentos de urgência utilizados nos esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Medicamentos	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
Biperideno c	0	0,0	2	5,1	2	1,5	1	4,2	2	7,4	3	5,9
Biperideno a	4	4,3	5	12,8	9	6,8	2	8,3	3	11,1	5	9,8
Clorpromazina c	5	5,4	3	7,7	8	6,1	2	8,3	5	18,5	7	13,7
Clorpromazina a	14	15,1	10	25,6	24	18,2	8	33,3	7	25,9	15	29,4
Diazepam c	15	16,1	11	28,2	26	19,7	4	16,7	3	11,1	7	13,7
Diazepam a	1	1,1	2	5,1	3	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Midazolam a	5	5,4	6	15,4	11	8,3	2	8,3	5	18,5	7	13,7
Prometazina c	6	6,5	4	10,3	10	7,6	1	4,2	2	7,4	3	5,9
Prometazina a	35	37,6	22	56,4	57	43,2	14	58,3	11	40,7	25	49,0
Haloperidol c	2	2,2	0	0,0	2	1,5	1	4,2	1	3,7	2	3,9
Haloperidol a	25	26,9	14	35,9	39	29,5	12	50,0	11	40,7	23	45,1
Levomepromazina c	13	14,0	12	30,8	25	18,9	6	25,0	4	14,8	10	19,6
Levomepromazina a	3	3,2	6	15,4	9	6,8	4	16,7	1	3,7	5	9,8
Nitrazepam c	4	4,3	2	5,1	6	4,5	2	8,3	3	11,1	5	9,8

c: comprimido

a: ampola

**ANEXO 21. Presença de sintomas na internação e na alta de esquizofrênicos hospitalizados em episódio agudo.**

Sintomas	INTERNAÇÃO				ALTA			
	presença	%	s/ inform	%	presença	%	s/ inform	%
Orientação	55	41,7	19	14,4	9	6,8	13	9,8
Atenção	36	27,3	49	37,1	6	4,5	21	15,9
Pensamento	98	74,2	13	9,8	63	47,7	17	12,9
Delírio	98	74,2	23	17,4	43	32,6	25	18,9
Sensopercepção	81	61,4	13	9,8	29	22,0	19	14,4
Agitação/agressividade	107	81,1	11	8,3	16	12,1	15	11,4
Mutismo/negativismo	32	24,2	19	14,4	10	7,6	17	12,9
Suicidalidade	15	11,4	15	11,4	0	0,0	17	12,9
Insônia/inapetência	67	50,8	54	40,9	8	6,1	34	25,8
Sem sentimento doença	83	62,9	43	32,6	26	19,7	44	33,3
Recusa de tratamento	59	44,7	53	40,2	16	12,1	41	31,1
Humor exaltado	11	8,3	14	10,6	4	3,0	17	12,9
Sint negativos	27	20,5	42	31,8	42	31,8	25	18,9

**ANEXO 22. Presença de sintomas na internação e na alta de maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Sintomas	INTERNAÇÃO				ALTA			
	presença	%	s/ inform	%	presença	%	s/ inform	%
Orientação	10	19,6	5	9,8	4	7,8	30	58,8
Atenção	23	45,1	12	23,5	3	5,9	10	19,6
Pensamento	46	90,2	3	5,9	13	25,5	4	7,8
Delírio	35	68,6	5	9,8	6	11,8	5	9,8
Sensopercepção	18	35,3	8	15,7	1	2,0	9	17,6
Agitação/agressividade	39	29,5	9	6,8	10	19,6	7	5,3
Mutismo/negativismo	2	3,9	14	27,5	1	2,0	12	23,5
Suicidalidade	2	3,9	15	29,4	0	0,0	13	25,5
Insônia/inapetência	36	70,6	14	27,5	8	15,7	11	21,6
Sem sentimento doença	28	54,9	21	41,2	7	13,7	14	27,5
Recusa de tratamento	20	39,2	28	54,9	7	13,7	14	27,5
Humor exaltado	34	66,7	15	29,4	13	25,5	28	54,9
Sintomas negativos	0	0,0	8	15,7	0	0,0	8	15,7

ANEXO 23. Concordância dos diagnósticos de admissão e alta dos esquizofrênicos.

ADMISSÃO	ALTA							Total
	295.0	295.1	295.3	295.4	295.6	295.7	295.9	
295.0	1	1	3	0	0	0	0	5
295.1	0	8	0	0	0	0	0	8
295.2	0	0	1	0	0	0	0	1
295.3	1	1	61	1	1	2	1	68
295.4	0	0	1	1	0	0	0	2
295.6	0	0	0	0	12	2	0	14
295.7	0	0	1	0	0	7	0	8
295.9	0	0	7	0	0	0	8	15
296	0	0	1	0	0	3	0	4
outros	0	0	3	0	2	0	2	7
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>78</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>132</b>
<b>TOTAL %</b>	<b>1,52</b>	<b>7,58</b>	<b>59,09</b>	<b>1,52</b>	<b>11,36</b>	<b>10,61</b>	<b>8,33</b>	<b>100,00</b>

**ANEXO 24. Concordância dos diagnósticos de admissão e alta dos maníacos**

ADMISSÃO	ALTA				Total
	296.0	296.2	296.8	296.9	
296.0	13	6	0	0	19
296.2	4	9	0	0	13
296.4	0	1	0	0	1
296.8	0	0	2	0	2
296.9	0	0	0	4	4
296	1	0	0	0	1
295.3	0	1	0	0	1
295.4	1	0	0	0	1
295.7	1	1	0	0	2
outros	6	1	0	0	7
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>51</b>
<b>TOTAL %</b>	<b>50,98</b>	<b>37,25</b>	<b>3,92</b>	<b>7,84</b>	<b>100,00</b>

**ANEXO 25. Condições de alta de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Remissão	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
Total	5	5,4	10	25,6	15	11,4	11	45,8	16	59,3	27	52,9
Parcial	76	81,7	27	69,2	103	78,0	9	37,5	8	29,6	17	33,3
Inalterado	12	12,9	2	5,1	14	10,6	4	16,7	3	11,1	7	13,7
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2 = 37,19; p < 0,005$

**ANEXO 26. Encaminhamento na alta de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Alta	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
Ambulatório	54	58,1	29	74,4	83	62,9	17	70,8	19	70,4	36	70,6
A pedido	0	0,0	1	2,6	1	0,8	0	0,0	1	3,7	1	2,0
Hosp. Dia	22	23,7	7	17,9	29	22,0	2	8,3	3	11,1	5	9,8
Evasão	16	17,2	1	2,6	17	12,9	4	16,7	4	14,8	8	15,7
Transferência	1	1,1	1	2,6	2	1,5	1	4,2	0	0,0	1	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

X<sup>2</sup> = 2,95; P < 0,05 (para ambulatório e HD)

**ANEXO 27. Custo da medicação de rotina nos esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Custo R\$	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
0,00-5,00	17	18,3	4	10,3	21	15,9	4	16,7	7	25,9	11	21,6
5,01-10,00	10	10,8	9	23,1	19	14,4	3	12,5	7	25,9	10	19,6
10,01-20,00	25	26,9	9	23,1	34	25,8	7	29,2	5	18,5	12	23,5
20,01-40,00	25	26,9	7	17,9	32	24,2	7	29,2	6	22,2	13	25,5
40,01-80,00	11	11,8	5	12,8	16	12,1	1	4,2	2	7,4	3	5,9
80,01-150,00	5	5,4	3	7,7	8	6,1	2	8,3	0	0,0	2	3,9
>150,00	0	0,0	2	5,1	2	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Esquizofrenia: média = 29+-36; med = R\$ 17,00

Mania: média = 21+-24; med = R\$ 14,00

t' = 1,27; p>0,05; NS

Esquizofrenia (masc): média = 24+-23; med = R\$ 18,00

Esquizofrenia (fem): média = 39+-55; med = R\$ 16,00

t' = 2,20; p<0,025

Esquizofrenia (fem): média = 39+-55; med = R\$ 16,00

Mania (fem): média = 17+-19; med = R\$ 10,00

t' = 1,98; p<0,05

**ANEXO 28. Custo da medicação de urgência utilizada nos esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Custo R\$	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
0,00	40	43,0	7	17,9	47	35,6	6	25,0	11	40,7	17	33,3
0,01-1,00	16	17,2	9	23,1	25	18,9	2	8,3	2	7,4	4	7,8
1,01-5,00	27	29,0	14	35,9	41	31,1	8	33,3	9	33,3	17	33,3
5,01-10,00	8	8,6	6	15,4	14	10,6	6	25,0	3	11,1	9	17,6
10,01-20,00	2	2,2	3	7,7	5	3,8	1	4,2	2	7,4	3	5,9
20,01-60,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	1	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Esquizofrenia: média = 1,89+2,95; med = R\$ 0,55

Mania: média = 3,39+5,26; med = R\$ 1,54

$\chi^2 = 2,5; p < 0,01$

Esquizofrenia (masc): média = 1,50+2,55; med = R\$ 0,13

Mania (masc): média = 4,23+6,40; med = R\$ 1,83

$\chi^2 = 3,2; p < 0,005$

**ANEXO 29. Custo total da medicação utilizada nos esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Custo R\$	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
0,00-5,00	13	14,0	3	7,7	16	12,1	3	12,5	5	18,5	8	15,7
5,01-10,00	11	11,8	7	17,9	18	13,6	2	8,3	6	22,2	8	15,7
10,01-20,00	23	24,7	11	28,2	34	25,8	8	33,3	6	22,2	14	27,5
20,01-40,00	29	31,2	7	17,9	36	27,3	7	29,2	8	29,6	15	29,4
40,01-80,00	12	12,9	5	12,8	17	12,9	2	8,3	1	3,7	3	5,9
80,01-150,00	5	5,4	4	10,3	9	6,8	1	4,2	1	3,7	2	3,9
>150,00	0	0,0	2	5,1	2	1,5	1	4,2	0	0,0	1	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Esquizofrenia: média = 30+-38; med = R\$ 19,00

Mania: média = 24+-28; med = R\$ 16,00

t' = 1,02; p>0,05

Esquizofrenia (masc): média = 26+-24; med = R\$ 20,00

Esquizofrenia (fem): média = 42+-57; med = R\$ 19,00

t' = 2,26; p<0,025

Esquizofrenia (fem): média = 42+-57; med = R\$ 19,00

Mania (fem): média = 20+-19; med = R\$ 11,00

t' = 1,91; p<0,05

**ANEXO 30. Custo por dia do tratamento medicamentoso de esquizofrênicos e maníacos hospitalizados em episódio agudo.**

Custo R\$	ESQUIZOFRENIA						MANIA					
	M	%	F	%	Subtot	%	M	%	F	%	Subtot	%
0,00-0,25	11	11,8	8	20,5	19	14,4	2	8,3	1	3,7	3	5,9
0,26-0,50	28	30,1	13	33,3	41	31,1	5	20,8	8	29,6	13	25,5
0,51-0,75	19	20,4	5	12,8	24	18,2	8	33,3	6	22,2	14	27,5
0,76-1,00	19	20,4	3	7,7	22	16,7	3	12,5	5	18,5	8	15,7
1,01-1,50	12	12,9	6	15,4	18	13,6	2	8,3	5	18,5	7	13,7
1,51-2,00	2	2,2	3	7,7	5	3,8	3	12,5	2	7,4	5	9,8
>2,00	2	2,2	1	2,6	3	2,3	1	4,2	0	0,0	1	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

Esquizofrenia: média = 0,70+0,50; med = R\$ 0,55

Mania: média = 0,80+0,50; med = R\$ 0,69

\*t = 1,18; p>0,05