

Perfil clínico e sociodemográfico das reinternações hospitalares no centro hospitalar psiquiátrico de Barbacena no período de 2003-2013

Clinical and sociodemographic profile of Hospital readmissions in the Psychiatric Hospital of Barbacena in the period of 2003-2013

Lívia Pamplona de Oliveira¹, Alexandre Rodrigues Timo¹, Lucas Mariz Campos¹, Carulina Lafetá Prates Costa¹, Iago Pedro de Menezes Vieira¹, Bernardo Augusto de Anastácio Ramos¹, Carlos Eduardo Leal Vidal²

DOI: 10.5935/2238-3182.20160035

RESUMO

Introdução: nos anos 1950, começou um movimento de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos devido às más condições oferecidas aos pacientes. Assim, o doente psiquiátrico passou a ser atendido gradativamente pelos serviços gerais de saúde e somente em casos extremos é que ocorre a internação. Mas, alguns pacientes apresentam internações frequentes em hospitais psiquiátricos. **Objetivos:** avaliar o perfil epidemiológico e fatores associados às reinternações de pacientes no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena no período de 2003 a 2013. **Metodologia:** foram avaliados os prontuários de pacientes internados no CHPB no período de 2003 a 2013. A amostra selecionada foi separada em dois grupos: caso e controle. **Resultados:** foi verificado que os pacientes que mais se reinternaram eram homens, solteiros, com idade média de 37 anos, com pouca escolaridade e exercendo trabalhos predominantemente braçais. A única variável que se mostrou associada às reinternações foi a comorbidade entre transtornos psicóticos e/ou de humor com uso de substâncias psicoativas. **Conclusão:** o fato de as reinternações estarem associadas a transtornos comórbidos indica a necessidade de capacitação das equipes assistenciais dos Centros de Atenção Psicossocial, em todas as suas modalidades, no sentido de identificar e tratar adequadamente esses pacientes.

Palavras-chave: Transtornos Mentais; Hospitalização; Readmissão do Paciente; Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: In the 1950s, started a process of deinstitutionalisation of psychiatric hospitals due to poor conditions offered to patients. Thus, the psychiatric patient has to be met gradually by the general health services and only in extreme cases is that hospitalization occurs. But some patients have frequent hospitalizations in psychiatric hospitals. **Objectives:** This article aims to evaluate patients' rehospitalization at the Barbacena Psychiatric Hospital (CHPB) in the period from 2003 to 2013, and thus establish the epidemiological profile that characterizes rehospitalization during those years. **Methodology.** Were used as database patient records hospitalized in the CHPB from 2003 to 2013. The selected samples were separated into two groups: a control group and sample groups. **Results.** It was found that mostly rehospitalized patients were men, unmarried, who had on average 37 years. Thus had little education, and most exerted works of low intellectual quality. The only variable that was associated to readmissions was the presence of comorbid psychotic and / or mood with substance use disorders. **Conclusion:** The fact of readmissions were associated with the presence of comorbid disorders indicates the need for training of healthcare networks of community mental health services in all its forms, to identify and properly treat these patients.

Key words: Mental Disorders; Hospitalization; Patient Readmission; Mental Health.

¹ Acadêmico(a) do Curso de Medicina. Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada- FUNJOBE. Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME. Barbacena, MG – Brasil.
² Professor. FUNJOBE/FAME. Barbacena, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME
Barbacena, MG – Brasil

Autor correspondente:
Carlos Eduardo Leal Vidal
E-mail: celv@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A transferência dos cuidados psiquiátricos de nível hospitalar para serviços baseados na comunidade iniciou-se a partir dos anos 50, em vários países, com o movimento de desinstitucionalização e a integração da saúde mental ao sistema geral de saúde. As principais razões que favoreceram essas mudanças foram: as condições precárias dos hospitais e o seu potencial cronicador, os movimentos no pós-guerra por reformas sociais e sanitárias, os movimentos pelos direitos civis e pelos direitos humanos e o surgimento dos neurolépticos. No Brasil, esse processo teve início efetivo na década de 80, a partir do processo geral da reforma sanitária com o surgimento de legislação específica e de movimentos organizados dos profissionais da área, proporcionando um novo ordenamento na atenção à saúde mental.¹

Nos últimos 40 anos, o paradigma dominante para o entendimento dos transtornos mentais graves tem evoluído do modelo biopsicossocial para o atual modelo psicossocial, que enfatiza o inter-relacionamento entre fatores biológicos e psicossociais. O foco do tratamento, que antes residia apenas no controle dos sintomas, contempla agora a independência, a capacidade de autogerenciamento e a qualidade de vida do paciente.²

A atual política nacional de saúde mental consiste da redução progressiva dos leitos psiquiátricos e da ampliação e do fortalecimento da rede extra-hospitalar, constituída principalmente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAP) e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Outras propostas compreendem a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, como, por exemplo, a atenção integral a usuários de substâncias psicoativas na comunidade.^{3,4}

Para garantir uma reinserção bem-sucedida, é imprescindível que existam vários serviços na comunidade, com diversos níveis de atenção e complexidade, e profissionais qualificados para atender esses pacientes. No entanto, em vários países, verificou-se grande intervalo entre o fechamento dos hospitais e a construção de serviços estruturados, capazes de atender às necessidades permanentes dos pacientes.⁵

A falta de acompanhamento intensivo e sistemático dos pacientes, os recursos insuficientes, a carência de serviços, a falta de integração entre os serviços, a interrupção da medicação, o *déficit* de habilidades sociais e cotidianas, a falta de centros ocupacionais adequados e a ausência de equipes capacitadas para intervenção em crise são fatores

que podem prejudicar o processo de reinserção dos pacientes e favorecer as reinternações.⁶⁻¹⁰ Este último aspecto é também conhecido como *revolving door* ou fenômeno de porta-giratória, que se caracteriza por recorrentes internações de pacientes.^{11,12}

Estudos revelam que o fenômeno da porta-giratória pode se constituir em um indicador da assistência e do funcionamento dos serviços prestados em nível comunitário, sem desconsiderar que vários outros fatores podem contribuir diretamente para as reinternações. Assim, o *revolving door* deve ser contextualizado como um processo que envolve a família, os serviços de saúde, a comunidade e o paciente.¹¹

A maioria das reinternações se refere a pacientes portadores de esquizofrenia ou transtornos afetivos. Condições sociais e gravidade da doença também estão associadas às hospitalizações. Outros fatores incluem: disponibilidade de serviços, comportamento violento, criminalidade, abuso de álcool ou outras substâncias, não adesão ao tratamento e falta de suporte social. A duração da hospitalização também parece estar associada às reinternações.^{13,14}

OBJETIVO

Este estudo objetiva analisar o fenômeno do *revolving door* no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, vinculado à rede FHEMIG de Minas Gerais, e busca responder, principalmente, ao seguinte questionamento: qual o perfil epidemiológico das pessoas que são reinternadas no hospital?

MÉTODO

Trata-se de estudo retrospectivo e caso-controle com o objetivo de caracterizar o perfil das reinternações psiquiátricas no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) no período de 2003 a 2013.

O CHPB é um hospital de referência para internação de pacientes residentes na macrorregião centro-sul de Minas Gerais e é constituído pelas microrregiões de Barbacena, Conselheiro Lafaiete/Congonhas e São João Del Rei.

O banco de dados foi construído com o nome de todos os pacientes internados, ano a ano. Todo paciente com registro de três ou mais admissões em um período de dois anos foi considerado como caso. Foram coletadas informações sobre as seguintes va-

riáveis: sexo, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, diagnóstico psiquiátrico, duração da doença, número de internações, tempo de hospitalização, cidade de origem. Os controles foram aqueles pacientes que tiveram apenas uma internação no CHPB no período do estudo, na proporção de um controle para cada caso. Foram selecionados, de forma aleatória, controles com registro de internação no mesmo mês em que ocorreu a primeira internação dos casos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (processo nº 453433).

Após levantamento dos prontuários, os dados de cada participante foram registrados em fichas elaboradas especialmente para o estudo e, posteriormente, digitados em planilhas do programa *Excel* e processados por meio do *software* SPSS-17.0. Foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra segundo variáveis de interesse do estudo e construídas tabelas para distribuição de frequências, médias, medianas e desvio-padrão para cada variável. Foram utilizados testes de associações como o qui-quadrado e o teste de Fischer para variáveis categóricas, além do teste t de *Student* para variáveis contínuas. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

No período de 2003 a 2013 ocorreram 1.856 internações no CHPB, correspondentes à admissão de 1.336 pacientes; 339 tiveram mais de uma internação no hospital e, destes, 83 tiveram três ou mais internações no intervalo de dois anos. Foram internados 1.092 homens (81,7%). Quanto ao perfil diagnóstico (diagnóstico da admissão no hospital), predominaram as internações de pacientes portadores de transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas, com 740 internações (55,4%), esquizofrenia e transtornos psicóticos, 308 internações (23,1%), 198 (14,8%) casos de transtornos do humor e 90 (6,7%) com diagnósticos variados, 35 internações foram realizadas por ordem judicial, sendo 60% em usuários de substâncias psicoativas.

Dos 83 pacientes com mais de três internações, foram localizados 78 prontuários, os quais, somados a igual número de controles, resultaram em amostra de 156 pacientes. A análise conjunta mostrou que 135 (85,5%) pacientes eram do sexo masculino; 99 (63,5%) eram solteiros, 30 (19,2%) eram casados, 19 (12,2%) eram separados e oito (5,1%) eram viúvos. A idade média foi de 37,8 ± 11,8 anos. As informações sobre a escolaridade estavam

presentes em apenas 125 prontuários, observando-se que 93 (74,4%) tinham menos de oito anos de estudo (11 analfabetos e 82 com ensino fundamental). Em relação à variável ocupação, os pacientes foram separados em cinco categorias. Essas informações estavam presentes em 139 prontuários, sendo verificado que 25,9% estavam desempregados, 33,8% eram trabalhadores braçais, da construção civil ou de serviços gerais, 14,4% trabalhadores rurais, 21,6% eram estudantes, atendentes, agentes de saúde ou comerciários e 4,3% eram aposentados.

Tanto para os casos quanto para os controles foram considerados os diagnósticos do sumário da alta hospitalar, que foram agrupados do seguinte modo: transtornos por uso de substância (F10 a F19); transtornos psicóticos (F20 a F29); transtornos do humor (F30 a F39); transtornos comórbidos (transtornos psicóticos ou transtornos do humor associados a transtornos por uso de substâncias); outros diagnósticos (retardo mental, epilepsia, transtornos de personalidade, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares). Esses dados e os relativos às características clínicas são apresentados na Tabela 1, podendo-se perceber que o fator que se mostrou associado às reinternações foi a comorbidade entre transtornos psicóticos e/ou de humor com uso de substâncias psicoativas.

Tabela 1 - Distribuição de características clínicas de casos e controles do CHPB entre 2003-2013

Variáveis	Casos	Controles	Valor p
Diagnóstico			
Transtornos por uso de substância	30 (42%)	42 (58%)	0,03
Patologia Dual	21 (72%)	8 (28%)	
Transtornos psicóticos	14 (64%)	8 (36%)	
Transtornos do humor	9 (39%)	14 (61%)	
Outros	4 (40%)	6 (60%)	
Uso regular de medicação			
Sim	34 (59%)	24 (41%)	0,67
Não	29 (55%)	24 (45%)	
Cidade com CAPS			
Sim	42 (49%)	44 (51%)	0,74
Não	36 (51%)	34 (49%)	
Tempo de Internação (em dias)			
Média (IC 95%)	24,2 (20,9-27,1)	26,6 (15,7-36,2)	0,71

DISCUSSÃO

No presente estudo, a variável que se mostrou associada às reinternações foram a comorbidade

entre transtornos psiquiátricos maiores (transtornos psicóticos e transtornos do humor) e transtornos por uso de substância. De fato, tal comorbidade, também conhecida como doença dual, define-se como um transtorno aditivo e um transtorno mental ao longo da vida. Tal comorbidade é bem comum, como revelam estudos epidemiológicos realizados na população geral e em amostras clínicas.¹⁵

A existência de transtornos comórbidos é um grande problema na Psiquiatria, por causa de suas implicações clínicas, terapêuticas e prognósticas. A comorbidade modifica a apresentação clínica e o curso evolutivo das doenças e, por consequência, interfere na abordagem terapêutica. Além disso, está associada à reduzida adesão ao tratamento, mais uso de serviços de saúde e mais prejuízo funcional.

Algumas hipóteses são propostas para explicar a referida comorbidade, destacando-se o modelo de vulnerabilidade comum que sugere que as mesmas alterações neurobiológicas ou adversidades psicossociais são comuns na etiopatogenia da psicose e da adição. Outro modelo, o da automedicação, sugere que o consumo de drogas se realiza para o alívio de certas manifestações clínicas ou para corrigir certas disfunções biológicas da psicose. A hipótese etiológica sugere que o consumo de drogas é um fator de risco para quadros psicóticos e, provavelmente, desencadeia tais quadros em indivíduos com alguma vulnerabilidade biológica ou psicossocial. Supõe-se que, sem o consumo, a psicose não surgiria ou, pelo menos, se manifestaria mais tardiamente.¹⁵

É frequente que pacientes com transtornos psicóticos e com transtorno bipolar apresentem em algum momento de suas vidas comorbidade com um transtorno por uso de substâncias (TUS). Tal associação pode dificultar e retardar o diagnóstico adequado do transtorno bipolar, principalmente naqueles casos considerados leves, como na ciclotimia ou em pacientes do chamado espectro bipolar. Além disso, como em outros transtornos, o TUS implica pior curso do transtorno bipolar e complica o manejo psicofarmacológico e psicoterapêutico dos pacientes.¹⁵

Sabe-se que as doenças psiquiátricas levam ao abuso de drogas pelos pacientes, e no presente estudo não foi diferente. Nesses casos, aqueles que tinham mais de um diagnóstico e que já possuíam uma doença psiquiátrica de base confirmada tinham como segundo diagnóstico os transtornos relacionados ao abuso de álcool ou de drogas. A literatura mostra que

pacientes com doenças psiquiátricas tendem ao abuso de substâncias psicoativas, sendo esse quadro diretamente ligado às manifestações psiquiátricas¹¹.

A maioria dos pacientes no presente estudo cursou o ensino fundamental ou eram analfabetos. Outros estudos revelam que baixa escolaridade e nível socioeconômico inferior estão diretamente ligados à incidência da doença psiquiátrica na população¹¹. A baixa escolaridade também tem relação direta com o consumo abusivo de álcool em ambos os sexos.¹⁶

Pacientes dependentes químicos possuem baixa adesão ao tratamento, devido à não efetividade deste, à dificuldade de abordagem, de alívio dos sintomas e de evitar as possíveis recaídas geradas em consequência de todos esses problemas citados.¹⁷ Comparados aos pacientes citados anteriormente, aqueles com outros transtornos psiquiátricos previamente diagnosticados, como esquizofrenia e transtorno bipolar, possuíam mais adequabilidade ao tratamento, já que a maioria deles necessitava de um cuidador para auxiliar o tratamento adequado. Isso contribui para a melhor eficácia da terapia farmacológica. Tais pacientes têm menos chance de recidivar frente a um episódio agudo após uma internação psiquiátrica comparados aos declarados dependentes químicos.^{11,18} Esse fato também explica por que pacientes que moram sozinhos têm mais chance de apresentarem o fenômeno estudado do que os que possuem algum companheiro.

Entretanto, devido aos vários efeitos colaterais ocorridos na ingestão oral de neurolépticos, drogas usadas na terapia de manutenção da esquizofrenia, esses pacientes acabam tendo diminuída a sua adesão ao tratamento. Isso acarreta maior número de hospitalizações e a necessidade do uso de medicação intramuscular em alguns casos.¹⁹

As reinternações relacionadas aos transtornos de humor não possuem estudos suficientes que comprovem os fatores de risco relacionados ao tratamento e à doença de base. Mas alguns estudos sugerem que características mistas relacionadas à doença de base e ao paciente levam a crises recorrentes que necessitam de internações subsequentes desses pacientes.²⁰

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas, como a realização em um único hospital CHPB-FHEMIG, além do preenchimento incorreto dos prontuários, que muitas vezes omitiam informações consideradas variáveis importantes para a realização da pesquisa.

CONCLUSÃO

A partir do estudo pôde-se concluir que as comorbidades influenciam e aumentam as reinternações. Portanto, é preciso que se diminua o agravamento dessas para evitar esse fenômeno. O tratamento adequado e no tempo necessário são fundamentais para que isso ocorra.

Mais estudos são necessários para que se descubra a melhor maneira de atender os pacientes psiquiátricos brasileiros e, assim, melhorar a capacitação das equipes assistenciais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da atenção primária em todas as suas modalidades, no sentido de identificar e tratar essas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J Bras Psiquiatr.* 2008; 57(1):70-9.
2. Drake RE, Green AI, Mueser KT, Goldman HH. The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness. *Community Ment Health J.* 2003; 39(5):427-40.
3. Ministério da Saúde (BR). Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: MS; 2004.
4. Castro AS. Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas no Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007 [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.
5. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci.* 1999; 249(1):136-43.
6. Morgado A, Lima LA. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *J Bras Psiquiatr.* 1994; 43(1):19-28.
7. Lima LA, Legay LF, Lovisi G. O processo de reforma psiquiátrica brasileira na era da globalização: desafios e perspectivas. *Cad Saúde Colet.* 2004; 12(1):9-25.
8. Parente CJS, Mendes LPF, Souza CNS, Silva DKM, Silva JC, Parente ACBV, et al. O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. *REME - Rev Min Enferm.* 2007; 11(4):381-6.
9. Bandeira M, Lesage A, Morisette R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *J Bras Psiquiatr.* 1994; 4(12):659-66.
10. Bandeira M, Gelinas D, Lesage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J Bras Psiquiatr.* 1998; 47(12):627-40.
11. Cardoso L, Galer SAF. Quem são os egressos de internação psiquiátrica? *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(6):733-40.
12. Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental.* 2011; 16(3):417-42.
13. Gastal F, Andreoli SB, Quintana MI, Gameiro MA, Leite SO, MacGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saude Publica.* 2000; 34(3):280-5.
14. Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41(2):115-21.
15. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I. Madrid study on the prevalence and characteristics of outpatients with dual pathology in community mental health and substance misuse services. *Adicciones.* 2013; 25(2):118-27.
16. Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR, César CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M. Consumo abusivo de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13(2):314-25.
17. Heleno GLG, Oliveira, JLR, Nunes JA, Arround LM, Lopes LN, Vidal CEL. Subdiagnóstico de dependência alcoólica em hospital geral [monografia]. Barbacena: Faculdade de Medicina de Barbacena; 2013.
18. Lauriello J, Campbell AR, Pharm D. Pharmacotherapy for schizophrenia: long-acting injectable antipsychotic drugs. *UpToDate.* 2014. [citado em 2016 jan. 16]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-long-acting-injectable-antipsychotic-drugs>
19. Stovall J, Keck P, Solomon D. Bipolar disorder in adults: pharmacotherapy for acute mania and hypomania. *UpToDate.* 2015. [citado em 2016 jan. 16]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-pharmacotherapy-for-acute-mania-and-hypomania>
20. Szerman N, Goikolea JM, Vieta E. Protocolos de intervencion: trastorno bipolar. Madrid: Edikamed; 2012.