

Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial

Psychiatric admission and readmission in a general hospital of Porto Alegre: sociodemographic, clinic, and use of Network for Psychosocial Care characteristics

Gabriela Lemos de Pinho Zanardo¹, Luísa Horn de Castro Silveira², Cristianne Maria Famer Rocha¹, Kátia Bones Rocha¹

RESUMO: *Introdução:* O fenômeno da porta giratória é caracterizado por repetidas e frequentes reinternações psiquiátricas. *Objetivo:* Investigar as características sociodemográficas, clínicas e de acompanhamento em serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) associadas às internações e às reinternações psiquiátricas de usuários de um hospital geral de Porto Alegre. *Métodos:* Estudo transversal realizado com uma amostra de 96 participantes. *Resultados:* Mais da metade da amostra (53,1%) era do sexo feminino, 51% eram solteiros e a idade média foi de 44,33 anos. Dos dados clínicos, 36,5% (n = 35) dos usuários estavam em sua primeira internação e 36,5% (n = 35) preencheram o critério para reinternação frequente. Os resultados mostraram que usuários com reinternações frequentes referiam um número significativamente menor de pessoas com as quais consideravam que poderiam contar. Já os usuários de primeira internação viviam com um número significativamente maior de pessoas que o restante da amostra e possuíam, com menor frequência, vínculo com serviço de saúde, utilizando o hospital como porta de entrada para o cuidado em saúde mental. Em relação ao acompanhamento na rede, 34,4% da amostra não frequentava nenhum serviço da RAPS antes da internação à época do estudo e somente 4,1% fazia uso de serviços de reabilitação psicossocial. *Conclusão:* Destacamos a importância do hospital como ponto articulador da rede e estratégico para realizar a ponte com os serviços da RAPS. Apesar de a literatura internacional investigar e registrar o fenômeno da porta giratória, percebe-se que esse é um campo que necessita de maiores investigações no território brasileiro.

Palavras-chave: Saúde mental. Hospitalização. Readmissão do paciente. Serviços de saúde mental. Transtornos mentais. Unidade hospitalar de psiquiatria.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

Autor correspondente: Kátia Bones Rocha. Avenida Ipiranga, 6.681, Prédio 11, sala 931, Partenon, CEP: 90619-900 – Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: katia.rocha@pucrs.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: Introduction: The revolving door phenomenon is characterized by repeated and frequent psychiatric readmissions. **Objective:** We aim to investigate sociodemographic, clinic, and follow-up characteristics in health services associated to psychiatric admissions and readmissions of inpatients in a general hospital of Porto Alegre. **Methods:** It is a cross-sectional study with a sample of 96 participants. **Results:** More than half of the sample (53.1%) were female, 51% were single, and the average age was 44.3 years old. From clinic data, 36% (n = 35) of the users were in their first admission, and 36% (n = 35) met the criteria for frequent readmission. The results show that users with frequent readmissions significantly mentioned fewer people on whom they could rely. Alternatively, users in first admission lived with a significant larger number of people than the rest of the sample and had, with less frequency, bond with health services other than hospitals, using hospitals as an entrance door to mental health care. Regarding follow-up in the network, 34.4% of the sample did not visit often NPC services before admission, and only 4.1% used psychosocial rehabilitation services. **Conclusion:** We highlight the importance of hospitals as an articulation point in the network, and as strategic to connect with NPC services. In spite of international literature investigation and registration of the frequent psychiatric readmission phenomenon, we notice it is a field that needs greater investigation in Brazil.

Keywords: Mental health. Hospitalization. Patient readmission. Mental health services. Mental disorders. Psychiatric department, hospital.

INTRODUÇÃO

Dez anos após a implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Lei nº 10.216)¹, refletindo um movimento de unificação dos dispositivos criados para atenção à saúde mental, foi publicada a Portaria nº 3.088², que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ela agrega os diferentes serviços em uma rede territorializada, incluindo desde os cuidados na atenção primária à saúde até a atenção hospitalar, reforçando sua articulação como forma de garantir a efetividade do cuidado. Destaca a importância da assistência integral e da reinserção social – realizadas por equipe multiprofissional – e, quando necessária a indicação de internação, esta deve ser de curta duração até a estabilidade clínica do usuário².

Em relação à internação, ela é considerada um recurso necessário e estratégico para o cuidado em momentos nos quais os usuários se encontrem fragilizados e podem colocar a si e outros em risco. Sua indicação é feita somente quando os recursos extra-hospitalares não são suficientes nesse suporte. Nesse sentido, o posicionamento do Ministério da Saúde é de destacar os dados referentes aos leitos dispostos nos hospitais gerais que, diferente dos hospitais psiquiátricos, oferecem suporte em internações de curta duração, possibilitando o manejo de situações de crise e a atenção às questões clínicas, por meio de recursos multidisciplinares e com suporte de outras tecnologias hospitalares³. Levando em conta a necessidade de articulação com os demais pontos da RAPS, o hospital é considerado um “ponto estratégico para o fortalecimento do modelo baseado na atenção psicossocial. São serviços geograficamente localizados no contexto da vida social, territorializados e de fácil acesso, presentes em inúmeros municípios” (p. 21)³.

Em estudo ecológico⁴ analisando as taxas de internações psiquiátricas no Rio Grande do Sul entre 2000 e 2011, foi observado aumento das taxas de hospitalizações devido aos transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias, assim como dos demais transtornos mentais. Em relação aos transtornos mentais não decorrentes do uso de substâncias, encontrou-se uma taxa de 159,2 hospitalizações a cada 100 mil habitantes, em 2000, aumentando para 193,4, em 2011, porém não foram feitas distinções entre as internações que caracterizavam reincidências. Da mesma forma, não são encontrados dados sobre as taxas de reinternações psiquiátricas nos boletins do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde (Estadual e Municipal), mas diversos estudos apontam para a ocorrência de um fenômeno chamado *revolving door* ou “porta giratória”.

Esse fenômeno é caracterizado por repetidas e frequentes reinternações psiquiátricas, que ocorrem em pouco tempo após a hospitalização. Essas reinternações são caracterizadas por diferentes critérios de frequência — número de internações e intervalo entre elas —, não existindo consenso entre os autores. Um estudo brasileiro considera a frequência de duas ou mais internações em um ano⁵, assim como alguns estudos internacionais^{6,7}. Outros autores consideraram três ou mais internações, podendo ser no período de 12⁸ ou 18^{9,10} meses ou até 5 anos¹¹. Ou, ainda, utilizam-se critérios combinados: três ou mais internações durante a vida, ao menos uma internação no último ano e estar recebendo cuidados na internação no início do estudo¹².

Alguns dos fatores relacionados ao fenômeno são a falta ou insuficiência de serviços substitutivos e comunitários e a dificuldade de aderência ao tratamento medicamentoso e/ou ambulatorial, sobretudo após a internação, que, por vezes, é a via de acesso aos cuidados em saúde mental¹³⁻¹⁵. Outros fatores considerados preditores da porta giratória são:

1. usuários mais jovens^{16,17};
2. solteiros ou que vivem sozinhos^{5,12,18-21}; e
3. os que possuem menor contato com a família^{19,22,23}.

Em relação à ocorrência das reinternações frequentes, em estudos realizados na Espanha⁶ e em Portugal¹¹ foram encontradas taxas de 10% de internações de usuários frequentes. Já estudo realizado nos Estados Unidos¹² mostrou que 79,8% desses pacientes tiveram nova internação nos dois anos de seguimento da pesquisa. No Brasil, a maioria das pesquisas acerca do tema não utiliza um critério para caracterizar as reinternações frequentes, como é o caso de estudos realizados em Ribeirão Preto¹⁹ e no Rio Grande do Norte²², que, no período de dois anos, encontraram, respectivamente, taxas de 34 e 60,3% de reinternações. Em estudo realizado em São Paulo²⁴, 42,6% dos participantes tiveram nova admissão no ano seguinte à alta. Enquanto no Piauí, em pesquisa que utilizou critério de duas ou mais internações em um ano, Parente et al.⁵ averiguaram que 55,7% dos pacientes apresentaram reinternações frequentes.

Em revisão sistemática sobre intervenções para prevenir readmissões psiquiátricas, Vigod et al.²⁵ afirmam que essas reinternações apontam para a fragilidade dos sistemas de saúde em coordenar a assistência e oferecer apoio na transição entre o hospital e outros serviços. Além disso, as repetidas crises aumentam os riscos de deterioro cognitivo e cronicidade da doença e as internações estabelecem repetidas quebras dos vínculos do usuário, com sua família e comunidade^{13,14,22,26}.

Tendo em vista a escassez de estudos brasileiros caracterizando o fenômeno da porta giratória, embora existam evidências de sua ocorrência em investigações realizadas em diferentes países, justifica-se a necessidade de investigar e caracterizar como vêm ocorrendo as reinternações psiquiátricas em um hospital geral. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo geral investigar as características sociodemográficas, clínicas e de acompanhamento em serviços da RAPS associadas às internações e às reinternações psiquiátricas de usuários de um hospital geral de Porto Alegre.

MÉTODO

Este estudo teve delineamento quantitativo observacional, de caráter descritivo e analítico, de corte transversal. Foram aplicados questionários a 96 usuários internados em leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral de Porto Alegre, durante seis meses (junho a dezembro de 2015). Todos os usuários maiores de 18 anos foram convidados a participar da pesquisa após a segunda semana de internação (dada a necessidade de diminuição dos sintomas agudos). Foram excluídos aqueles que apresentaram dificuldades acentuadas em responder ao questionário (casos com graves déficits cognitivos ou com acentuada dificuldade de fala que inviabilizasse a compreensão das respostas), assim como usuários impossibilitados de dar consentimento escrito devido à gravidade dos sintomas. Além disso, não foram incluídos usuários com diagnóstico principal de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, população destinada a outra unidade do hospital. Do total de 118 pessoas internadas nesse período, 22 não quiseram responder ou foram excluídas por algum dos motivos citados.

A participação teve caráter voluntário, foram explicados os objetivos da pesquisa, expostos os aspectos éticos e esclarecidas possíveis dúvidas; após, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Nos casos em que os usuários eram considerados legalmente incapazes de concordar com a participação (interditados), mas que demonstraram interesse em participar, foi realizado contato com seu responsável legal (curador) para explicação a respeito da pesquisa e fornecimento de autorização.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e do hospital coparticipante, respeitando as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466²⁷.

O estudo utilizou como variáveis dependentes as reinternações psiquiátricas e as primeiras internações. Nas variáveis independentes analisadas foram considerados os seguintes dados:

1. sociodemográficos: idade, sexo, raça autodeclarada, escolaridade, prática religiosa, estado civil, ocupação, região de procedência, com quem residia, fazia parte de população vulnerável (situação de rua, quilombola, indígena, outro), auxílio financeiro já recebido, além de pessoas com as quais considerava que poderia contar (apoio social) e classificação econômica²⁸;

2. clínicos: motivo da internação, hipótese diagnóstica (com base na Classificação Internacional de Doenças — CID-10²⁹), comorbidades clínicas e psiquiátricas, tratamento realizado durante a internação, contato com serviço de referência e duração da internação, número de internações anteriores;
3. utilização da RAPS anterior à internação à época do estudo: acompanhamento prévio em serviço de saúde, tipo de cobertura (pública, convênio, particular), tipo de serviço utilizado.

O instrumento foi aplicado individualmente por psicólogas integrantes da pesquisa e foram acessados os dados clínicos do prontuário no caso de informações que o usuário não soube responder.

Os dados coletados foram codificados, digitados, armazenados e analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para Windows. Inicialmente, foram feitas análises descritivas para conhecer os usuários internados no período de seis meses analisado. Posteriormente, foram comparados os grupos:

1. usuários de primeira internação *versus* restante da amostra;
2. usuários com reinternações frequentes (critério: duas ou mais internações em um período de 12 meses) *versus* restante da amostra, excluindo o grupo de primeira internação; comparando suas características sociodemográficas, clínicas e o acompanhamento na RAPS, mediante o teste exato de Fisher, para as variáveis categóricas, e o teste de Mann-Whitney, para analisar as variáveis quantitativas.

Tais análises objetivaram, além da caracterização da distribuição dos dados na amostra, o estabelecimento de análises de associação entre as variáveis.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados primeiramente em relação à descrição da amostra como um todo, descrevendo as características sociodemográficas, clínicas e de acompanhamento na RAPS dos 96 usuários entrevistados. Posteriormente, serão apresentadas as análises comparativas entre os usuários de primeira internação ($n = 35$) e o restante da amostra ($n = 61$), que possuía duas ou mais internações ao longo da vida. E, entre esses usuários, serão comparados os que preencheram critério para reinternação frequentes ($n = 35$) e os que não apresentavam esse padrão ($n = 26$).

PERFIL DA AMOSTRA: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Dos 96 usuários entrevistados, 51 (53,1%) eram mulheres e a idade média da amostra foi de 44,33 anos (desvio padrão — DP = 16,13), conforme dados da Tabela 1. Em relação à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 9,29 (DP = 4,47), sendo que 46,9% ingressaram no 2º grau (8 a 11 anos de estudo). A maioria dos participantes se declarou da cor branca (70,8%) e afirmou possuir algum tipo de prática religiosa (78,1%).

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e de acompanhamento da amostra.

Variável	n	%	
Sexo			
Feminino	51	53,1	
Masculino	45	46,9	
Idade (anos)			
18 – 40	43	44,8	Média 44,33
41 – 60	35	36,5	Mediana 43
61 – 84	18	18,8	DP = 16,13
Escolaridade (de 0 a 22 anos de estudo)			
Primeiro grau incompleto (até 7 anos estudo)	33	34,4	Média 9,29
Segundo grau (de 8 a 11 anos de estudo)	45	46,9	Mediana 9,0
Graduação (até pós-graduação) (mais de 12 anos)	18	18,8	DP = 4,47
Estado civil			
Não possui companheiro(a)	74	77,1	
Possui companheiro	22	22,9	
Critério de classificação econômica			
B (B1 e B2)	35	36,5	
C (C1 e C2)	53	55,2	
D e E	8	8,3	
Recebem auxílio financeiro			
Benefício de prestação continuada	7	7,3	
Aposentadoria	29	30,2	
Outros (auxílio-doença, bolsa-família/estudos, pensões)	20	20,8	
Não recebem nenhum auxílio	40	41,7	
Com quem reside (0 – 8 pessoas)			
Sozinho	13	13,5	Média 1,79
Mora com 1 pessoa	33	34,4	Mediana 2,0
Mora com 2 ou mais pessoas	50	55,1	DP = 1,3
Com quem pode contar			
Ninguém	4	4,2	Média 2,64
1 ou 2 pessoas	49	51,0	Mediana 2,00
3 ou mais pessoas	43	44,8	DP = 2,05
Primeira internação			
Sim	35	36,5	
Não	61	63,5	

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variável	n	%	
Reinternação frequente (duas ou mais em 1 ano)			
Sim	35	36,5	
Não	61	63,5	
Motivo da internação			
Risco ou tentativa de suicídio (ou autoagressão)	46	47,9	
Risco de heteroagressão ou exposição social	15	15,6	
Incapacidade grave de autocuidados	28	29,2	
Outros	7	7,3	
Hipótese diagnóstica (segundo prontuário)			
Esquizofrenia, T. esquizoafetivo e T. psicóticos	24	25,0	
Episódio depressivo ou T. depressivo recorrente	35	36,5	
Transtorno afetivo bipolar	21	21,9	
Outros transtornos (TA, TOC, RM, outros)	16	16,7	
Duração da internação (dias)			
5 – 30	43	44,8	Média 36,03
31 – 60	34	35,4	Mediana 33,00
61 – 130	12	12,5	DP = 22,57
Não tiveram alta até final coleta (<i>missing</i>)	7	7,3	
Número de internações nos últimos 12 meses (1-17 internações)			
1	61	63,5	Média 1,60
2	28	29,2	Mediana 1,00
3 ou mais	7	7,3	DP = 1,73
Número de internações totais (1-40 internações)			
1	35	16,5	Média 5,10
2	15	15,6	Mediana 2,00
3 ou mais	46	47,9	DP = 6,49
Serviço que realizava acompanhamento antes da internação (últimos 2 meses)			
Atenção Básica	12	19,0	
CAPS, ambulatório ou equipe de SM	31	49,2	
Outros	20	31,8	
Não se aplica	33	–	
Uso de estratégias de reabilitação psicossocial			
Oficina de geração de renda	2	2,1	
Cooperativa social	2	2,1	
Nunca utilizaram	62	95,8	

DP: desvio padrão; TA: transtornos alimentares; TOC: transtorno obsessivo compulsivo; RM: retardo mental; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; SM: saúde mental.

A maioria dos participantes não possuía companheiro, sendo 51% solteiros e 26% separados ou viúvos. Em relação à renda, 66 usuários (68,8%) possuíam algum tipo de remuneração e 55,2% pertenciam à classe C, segundo o Critério de Classificação Econômica³⁰. Dos entrevistados, 69,8% consideravam-se responsáveis pela família.

Em relação à moradia, 80 participantes (83,3%) residiam em Porto Alegre e compartilhavam a moradia com uma média de 1,79 (DP = 1,3) pessoas, sendo que somente um participante se encontrava vivendo em situação de rua. Ao serem questionados sobre com quantas pessoas consideravam que poderiam contar caso necessitassem auxílio (apoio social), indicaram uma média de 2,64 (DP = 2,05) pessoas. Quando questionados mais especificamente com quem poderiam contar de sua família, comunidade, trabalho ou profissional de saúde, 91 participantes (94,8%) consideravam que podiam contar com familiares, 41 (42,75%) apontaram alguém da comunidade, 31 (32,3%) indicaram algum profissional de saúde e somente 5 (5,2%) relataram alguém do trabalho.

PERFIL DA AMOSTRA: VARIÁVEIS CLÍNICAS

Avaliando os fatores relacionados à atual internação, detalhados na Tabela 1, um dado que chamou a atenção foi o número de pessoas internadas pela primeira vez: 35 usuários (36,5%). Entre os participantes (63,5%) com duas ou mais internações ao longo da vida, cabe destacar que 36,5% (n = 35) preenchiam o critério para reinternação frequente (duas ou mais internações em 12 meses). A média de internações no último ano foi de 1,6 (DP = 1,73) e a média de internações ao longo da vida foi de 5,1 internações (DP = 6,46).

Em relação ao motivo da internação, 46 usuários (47,9%) foram internados devido ao risco ou à tentativa de suicídio, 29,2% por incapacidade grave de autocuidado (incluindo desorganização, sintomas depressivos incapacitantes, sintomas psicóticos, risco nutricional) e 15,6% por risco de heteroagressão ou exposição social. Quanto às hipóteses diagnósticas, 36,5% tiveram um episódio depressivo ou transtorno depressivo recorrente, 25% tinham esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou outro transtorno psicótico e 21,9% foram diagnosticados com transtorno afetivo bipolar. Já em relação à presença de comorbidades, 66,7% possuíam alguma comorbidade clínica, enquanto 36,5% foram diagnosticados com alguma comorbidade psiquiátrica.

O tratamento realizado durante a internação foi majoritariamente medicamentoso, 70,8% indicaram efetuar somente tratamento farmacológico (alguns participantes indicaram as atividades de recreação desenvolvidas na unidade [trabalhos manuais e lúdicos] e acompanhamento com a psicóloga [avaliação psicológica] como parte do tratamento), enquanto 17,7% se submeteram à eletroconvulsoterapia (ECT) e 11,5% realizaram reuniões com a família e de planejamento para a alta, ambos combinados ao tratamento farmacológico. A internação teve duração média de 36 dias.

Com relação ao contato realizado pela equipe da internação com os serviços da RAPS para acompanhamento após a alta, 69 participantes (71,9%) tinham relatos em seus prontuários de contato telefônico e encaminhamento para algum serviço da RAPS.

PERFIL DA AMOSTRA: CARACTERÍSTICA DO ACOMPANHAMENTO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Analisando os dados referentes à utilização dos serviços da RAPS, constatou-se que 33 participantes (34,4%) não estavam realizando acompanhamento antes da internação à época do estudo. Entre os 63 usuários que recebiam acompanhamento: 76,2% o faziam em serviços públicos, os demais em serviços privados ou por intermédio de plano de saúde. Em relação ao tipo de serviço, 49,2% realizavam acompanhamento em serviço especializado (Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatório ou equipe de saúde mental), enquanto 19% tinham vínculo somente com a atenção básica, conforme dados descritos na Tabela 1.

Em relação aos outros pontos de atenção da RAPS, 10 participantes (10,4%) referiram já ter utilizado algum tipo de serviço residencial (Serviço de Residencial Terapêutico (SRT) ou outras modalidades residenciais transitórias). Já em relação às estratégias de reabilitação psicossocial, somente dois participantes referiram participar da Oficina de Geração de Renda e dois faziam parte de cooperativas sociais.

VARIÁVEL DEPENDENTE: PRIMEIRA INTERNAÇÃO

Os pacientes de primeira internação correspondiam a 36,5% da amostra ($n = 35$), os demais ($n = 61$) já haviam sido internados alguma vez na vida. Encontrou-se que o número de pessoas com quem residem foi significativamente maior no grupo de primeira internação (média = 2,11; mediana = 2,00; $p = 0,026$) do que no com mais de uma internação (média = 1,60; mediana = 1,00), conforme Tabela 2.

Quanto às variáveis categóricas, descritas na Tabela 3, foi encontrada diferença significativa com relação ao acompanhamento na RAPS antes da internação analisada, pois somente 45,7% das pessoas com primeira internação tinham vínculo com algum serviço de saúde, quando comparados aos demais (72,1%, $p = 0,003$), o que mostra que mais de 50% dos usuários com primeira internação utilizaram o hospital como porta de entrada para o cuidado em saúde mental. Além disso, os pacientes com maior número de internações tinham mais comorbidades psiquiátricas (44,3%, $p = 0,048$) do que os de primeira internação (22,9%).

As demais variáveis não atingiram diferenças significativas estatisticamente, porém pode-se destacar que o grupo de primeira internação apresentou maior número de usuários que possuem companheiro(a) (31,4 *versus* 18%) e considerava que poderia contar mais com a comunidade, quando comparado ao grupo com mais internações (45,7 *versus* 41%). Por outro lado, o grupo com mais internações apontou que poderia contar mais com profissionais de saúde (34,2%) do que o grupo de primeira internação (28,6%), conforme dados da Tabela 3.

VARIÁVEL DEPENDENTE: REINTERNAÇÃO FREQUENTE

A porcentagem de reinternações frequentes, considerada como duas ou mais internações nos últimos 12 meses⁵⁻⁷, foi de 36,5% ($n = 35$). Foi encontrado que o grupo com reinternações

frequentes considerava que poderia contar com menos pessoas (média = 2,03; mediana = 2,00), quando comparado com os usuários com reinternações que não preenchiam esse critério (média = 3,31; mediana = 3,00; $p = 0,016$), conforme Tabela 2.

Em relação às variáveis categóricas, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos. Porém, podemos destacar que, com relação ao acompanhamento na RAPS antes da internação investigada, usuários com reinternações frequentes apresentaram maior vínculo com serviços de saúde do que os demais (82,9 *versus* 69,2%). Em relação aos dados sociodemográficos, o grupo com reinternações frequentes eram majoritariamente homens (54,3 *versus* 34,6%); além disso, possuíam menor número de pessoas que tinham parceiros (14,3%) do que o grupo de usuários não frequentes (23%). Quanto às variáveis clínicas, o grupo de usuários não frequentes considerava que poderia contar mais com profissionais de saúde (46,2%) do que os usuários frequentes (25,7%), conforme dados da Tabela 3.

DISCUSSÃO

Neste estudo, foi encontrada uma ocorrência de 36,5% reinternações frequentes. Esse resultado é inferior ao de estudo desenvolvido no Piauí no qual se encontrou

Tabela 2. Variáveis quantitativas.

Variável	Primeira internação Sim (n = 35)		Primeira internação Não (n = 61)		Valor p
	Média ± DP	M (P25:P75)	Média ± DP	M (P25:P75)	
Idade	40,31 ± 16,2	36 (31:56)	46,0 ± 15,9	45(33:58)	0,161
Nº de pessoas com quem reside	2,1 ± 1,5	2,0 (1,0:2,0)	1,6 ± 1,3	1,0(1,0:2,0)	0,026*
Pessoas com quem pode contar	2,74 ± 2,19	2,0 (1,0:4,0)	2,57 ± 1,99	2,0(1,0:3,0)	0,775
Duração da internação	33,6 ± 23,4	26,0 (16,0:43,0)	37,5 + 22,2	35,0(21,0:46,5)	0,216
Variável	Reinternação frequente Sim (n = 35)		Reinternação frequente Não (n = 26)		Valor p
	Média ± DP	M (P25:P75)	Média ± DP	M (P25:P75)	
Idade	45,1 ± 17,1	43,0 (32,0:59,0)	47,1 ± 14,4	46,0(39,0:58,0)	0,526
Nº de pessoas com quem reside	1,6 ± 1,1	1,0 (1,0:2,0)	1,5 ± 1,5	1,0(0:2,0)	0,349
Pessoas com quem pode contar	2,03 ± 1,5	2,0 (1,0:3,0)	3,31 ± 2,33	3,0(1,0:4,0)	0,016*
Duração da internação	35,8 + 16,8	34,0 (22,5:44,5)	39,8 ± 28,0	37,5(16,0:54,0)	0,914

DP: desvio padrão; M: mediana; P25: percentil 25; P75: percentil 75.

uma porcentagem de 55,7%⁵. Nesse último, os dados foram coletados cerca de dez anos atrás (2004), quando a proporção de serviços substitutivos era substancialmente menor no país, pois só em relação aos CAPS houve um aumento de 605 para 2.209 serviços nesse período³, o que pode ter influenciado em uma maior porcentagem de reinternações.

Em relação a estudos internacionais, a taxa encontrada no presente estudo é semelhante à de estudo desenvolvido na Austrália, que evidenciou uma frequência de 46%⁷. Por outro lado, muito superior a estudos desenvolvidos na Espanha e em Portugal, que contabilizaram 10% de reinternações frequentes^{6,11}. Essas diferenças podem estar associadas às disparidades nos critérios de reinternação frequente, bem como à forma como os serviços de saúde desses países se organizam para atender às demandas de saúde mental.

Tabela 3. Variáveis qualitativas.

Variável	Primeira internação				Valor p	Reinternação frequente				Valor p
	Sim (35)		Não (61)			Sim (35)		Não (26)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Sexo										
Feminino	18	51,4	33	54,1	0,834	16	45,7	17	65,4	0,194
Masculino	17	48,6	28	45,9		19	54,3	9	34,6	
Estado civil										
Não possui companheiro	24	68,6	50	82,0	0,206	30	85,7	20	77,0	0,504
Possui companheiro	11	31,4	11	18,0		5	14,3	6	23,0	
Contar com a comunidade										
Sim	16	45,7	25	41,0	0,674	15	42,9	10	38,5	0,796
Não	19	54,3	36	59,0		20	57,1	16	61,5	
Contar com profissional da saúde										
Sim	10	28,6	21	34,2	0,653	9	25,7	12	46,2	0,111
Não	25	71,4	40	65,6		26	74,3	14	53,8	
Comorbidade psiquiátrica										
Sim	8	22,9	27	44,3	0,048*	15	42,9	12	46,2	1,000
Não	27	77,1	34	55,7		20	57,1	14	53,8	
Recebia acompanhamento nos últimos 2 meses										
Sim	16	45,7	47	72,1	0,003*	29	82,9	18	69,2	0,235
Não	19	54,3	14	22,9		6	17,1	8	30,8	

*valor de p significativo.

Além dos estudos que incluem critérios específicos para reinternação frequente, existem outros trabalhos brasileiros que descrevem as frequências de reinternações. Castro et al.¹⁹ encontraram uma taxa de 34% de reincidências em dois anos em Ribeirão Preto, enquanto Loch²⁴ encontrou, em São Paulo, uma taxa 42,6% de readmissões no ano seguinte à alta dos participantes e Bezerra e Dimenstein²² mostraram que, no Rio Grande do Norte, a taxa foi maior que 60,3% nos dois anos avaliados.

Como apontado nos resultados, um número significativamente menor de pessoas em primeira internação tinha vínculo com serviços de saúde; desses, mais de 50% utilizaram o hospital como porta de entrada para o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, podemos pensar que, se esses usuários tivessem vínculo com serviço de saúde, como serviços da atenção primária — considerada a porta de entrada do sistema³⁰, talvez não fosse necessária uma internação psiquiátrica. Considerando que se estima que a atenção primária deva ser resolutive em cerca de 70 a 80% dos casos atendidos³¹, o vínculo ao serviço poderia detectar necessidades de cuidados em saúde mental e ser um protetor para internações desnecessárias, além de possibilitar vinculação aos serviços especializados de saúde mental, importantes nos casos que demandam maior atenção.

Outro resultado importante encontrado foi a relação entre as internações e o apoio social³², entendido como um conjunto de fatores percebidos ou recebidos pela pessoa, proporcionado por contatos de confiança (como amigos e familiares) ou pela comunidade. As pessoas que tiveram uma primeira internação residiam com uma média maior de pessoas do que os usuários que passaram por mais internações. Assim como os participantes com reinternações frequentes apontaram que tinham menor rede de apoio do que os que não passaram pela mesma situação. Esses dados estão de acordo com outros estudos que apresentam o baixo suporte familiar ou menor contato com a família como um dos fatores associados às reinternações^{19,22,23}, assim como Dahlan e colaboradores⁸ encontraram o apoio social como único fator associado a menores taxas de reinternação.

Em relação à idade, a média da amostra foi de 44,33 anos, o que está de acordo com outros estudos em que constavam média maior do que 37 anos^{7,11,16,20,21,24,33,34}. Nos achados do presente estudo, não foi evidenciada associação entre a idade e as reinternações frequentes, resultado que é corroborado por alguns estudos da área^{24,33,34}.

Em relação ao sexo, observa-se na amostra um número um pouco superior de mulheres (53,1%). Embora não tenha sido encontrada diferença significativa no grupo de reinternações frequentes, a porcentagem de homens (54,3%) era maior, enquanto no grupo de usuários não frequentes somente 34,6% eram homens, o que corrobora alguns estudos da literatura que apontam o sexo como uma variável significativa, na qual os homens possuíam maior número e maiores chances de apresentar reinternações^{18,19,20,34}.

A escolaridade média da amostra foi de 9,29 anos, o que indica que a maioria (46,9%) dos participantes cursou nível médio de ensino. Em relação a esse perfil, pode-se destacar que está na mesma direção de outros estudos que apontam que a maioria dos participantes tinha nível secundário de estudo ou baixa escolaridade^{7,8,18-20}. Essa não foi uma variável que apresentou diferença quando realizada comparação entre o grupo de reinternação frequente, o que corrobora a literatura^{33,34}.

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes deste estudo não possuía companheiro (77,1%), o que está de acordo com outras pesquisas que mostraram uma predominância de participantes sem parceiros em suas amostras^{7-9,21,24}. Apesar de não ser encontrada significância estatística, o grupo de reinternações frequentes apresentou maior número de pessoas sem companheiro (85,7%) quando comparado ao grupo que não preenchia esse critério (77%), o que vai ao encontro da literatura revisada^{12,18-21}.

Entre os dados clínicos avaliados, a duração das internações desta amostra variou entre 5 e 130 dias, com média de 36 dias. Essa duração ainda é superior quando comparada a outros estudos que avaliam essa variável. Em estudo realizado em São Paulo²⁵, foi encontrada uma média de 17,3 dias e, nos internacionais, duração média entre 10 e 20 dias de internação^{6,7,11,16,21,34}.

Por fim, considerando as variáveis de acompanhamento na RAPS, destaca-se o dado de 34,4% dos participantes do estudo que não realizavam acompanhamento antes da internação investigada, assim como mais da metade dos usuários de primeira internação, o que mostra que essa acaba sendo a via de acesso aos cuidados em saúde mental. O fato de a internação ser utilizada como porta de entrada para o cuidado pode estar ainda relacionado com a cultura que se instituiu acerca da internação como o tratamento tradicional e “resolutivo” para os transtornos mentais, prevalecendo a lógica hospitalocêntrica, centrada no atendimento médico^{15,35}. Salles e Barros¹⁵, em estudo com pacientes reinternados, mostraram que usuários e familiares traziam ainda um discurso em que a internação aparecia como a melhor forma de tratamento, além de relatar o desconhecimento sobre os demais serviços da rede. Outro fator que pode estar relacionado é a pouca disponibilidade de recursos extra-hospitalares ou sua distância do local de moradia dos usuários, o que dificulta o acesso.

Entre os usuários que realizavam acompanhamento na RAPS, a maioria realizava acompanhamento em serviços públicos, principalmente em serviços especializados. Em contrapartida, as estratégias de reabilitação psicossocial eram pouquíssimo utilizadas, fato que pode estar relacionado com a pouca oferta desse tipo de estratégia de cuidado, já que a cidade de Porto Alegre possui apenas uma oficina de geração de renda que atende a toda a região metropolitana.

Destacamos a importância desses componentes da rede, que tem como objetivo promover a autonomia e o protagonismo de usuários e familiares, no exercício da cidadania, a partir do desenvolvimento de ações que articulem diferentes recursos do território, no campo do trabalho, da economia solidária, da educação, da cultura e da saúde³. Esses são recursos importantes que, além de possibilitar a circulação e apropriação do território pelos usuários, junto aos serviços de saúde, podem compor a rede de apoio social e auxiliar no desenvolvimento da autonomia dessas pessoas. Dessa forma, os usuários podem, também, participar mais da sua comunidade, acessar os serviços e realizar o acompanhamento do seu tratamento, o que leva a diminuir a discriminação na comunidade, assim como criar ferramentas que auxiliem no cuidado continuado, na não interrupção do tratamento, buscando evitar ou reduzir as (re)internações e, eventualmente, ajudar nos momentos de crise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dados de Porto Alegre³⁶ apontam que, entre 2011 e 2012, houve elevação de 8,2% nas internações psiquiátricas de adultos, sendo que os transtornos de humor e as esquizofrenias aumentaram 2,7 e 17%, respectivamente. Porém, destaca-se que não há uma contabilização das reincidências. Neste estudo foi possível identificar a ocorrência de reinternações frequentes em um hospital da cidade, dado pouco investigado em estudos brasileiros, apesar dos registros em literatura internacional. Isso aponta um dos pontos fortes deste estudo, devido à necessidade de maiores investigações no país. Por outro lado, o tamanho da amostra foi fator limitante, pois, em termos comparativos, somente foi possível identificar as diferenças entre os grupos que possivelmente não apresentaram significância estatística devido ao número restrito de usuários em cada grupo.

A falta de acompanhamento anterior à internação na RAPS enseja pensar que as internações poderiam ter sido evitadas se os usuários tivessem vínculo com serviços da rede, especialmente a Atenção Básica, que poderia detectar necessidades de cuidados em saúde mental e oferecer a atenção adequada, sem demandar uma internação. Nesse sentido, destaca-se a importância do hospital como articulador da rede e estratégico para realizar a ponte com os demais serviços, mesmo que isso não garanta o acesso a eles.

Salienta-se também a relação entre a falta de apoio social e as reinternações frequentes. Conforme discutido, pessoas com menor vínculo com a família e a comunidade têm maior risco de reinternações, o que produz repetidas quebras de vínculos, podendo gerar maior afastamento e perda do apoio. No mesmo sentido, alerta-se para o pouco acesso a outros serviços, principalmente às estratégias de reabilitação psicossocial. Esses serviços comunitários são dispositivos potentes no cuidado, associadas a outros recursos da rede, principalmente no sentido de promover a autonomia e otimizar aderências aos cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União; 2001.
2. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
3. Brasil. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2015.
4. Horta RL, Costa JSD, Balbinot AD, Watte G, Teixeira VA, Poletto S. Hospitalizações psiquiátricas no Rio Grande do Sul de 2000 a 2011. Rev Bras Epidemiol 2015;18(4):918-29.
5. 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 2007;11(4):381-6.
6. Martínez-Ortega JM, Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Higuera A, Diaz FJ, Gurpegui M. Factors associated with frequent psychiatric admissions in a general hospital in Spain. Int J Soc Psychiatry 2012;58(5):532-5.
7. Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. Aust N Z J Psychiatry 2011;45(7):578-85.
8. Dahlan R, Midin M, Sidi H, Maniam T. Hospital-based community psychiatric service for patients with schizophrenia in Kuala Lumpur: a 1-year follow-up study of re-hospitalization. Asia Pac Psychiatry 2013;5(1):127-33.

9. Schmutte T, Dunn CL, Sledge WH. Predicting time to readmission in patients with recent histories of recurrent psychiatric hospitalization: a matched-control survival analysis. *J Nerv Ment Dis* 2010;198(12):860-3.
10. Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv* 2011;62(5):541-4.
11. Graca J, Klut C, Trancas B, Borja-Santos N, Cardoso G. Characteristics of frequent users of an acute psychiatric inpatient unit: a five-year study in Portugal. *Psychiatr Serv* 2013;64(2):192-5.
12. Bowersox NW, Saunders SM, Berger BD. Predictors of rehospitalization in high-utilizing patients in the VA psychiatric medical system. *Psychiatr Q* 2012;83(1):53-64.
13. Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis Psique* 2012;2(3):95-127.
14. Ramos DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Inferface – Comunic Saúde Educ* 2011;15(37):519-27.
15. Salles MM, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(1):73-81.
16. Boaz TL, Becker MA, Andel R, Van Dorn RA, Choi J, Sikirica M. Risk factors for early readmission to acute care for persons with schizophrenia taking antipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 2013;64(12):1225-9.
17. Byrne SL, Hooke GR, Page AC. Readmission: a useful indicator of the quality of inpatient psychiatric care. *J Affect Disord* 2010;126(1-2):206-13.
18. Batalla A, Garcia-Rizo C, Castellví P, Fernandez-Egea E, Yücel M, Parellada E, et al. Screening for substance use disorders in first-episode psychosis: implications for readmission. *Schizophr Res* 2013;146(1-3):125-31.
19. Castro SA, Furegato ARF, Santos JLF. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Psychiatric Re-hospitalizations. *Rev Latino-Am Enferm* 2010;18(4):800-8.
20. Pfiffner C, Steinert T, Kilian R, Becker T, Frasch K, Eschweiler G, et al. Rehospitalization risk of former voluntary and involuntary patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49(11):1719-27.
21. Sánchez R, Jaramillo LE, Herazo MI. Factors associated with early psychiatric rehospitalization. *Biomedica* 2013;33(2):276-82.
22. Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental* 2011;9(16):303-26.
23. Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Toumi M, Angermeyer MC. Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:744-51.
24. Loch AA. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Rev Bras Psiquiatr* 2012;34(2):185-92.
25. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C, Leszcz T, Taylor VH, Blumbenger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br J Psychiatry* 2013;202(3):187-94.
26. Dimenstein M, Liberato M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cad Bras Saúde Mental* 2009;1(1):1-10.
27. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
28. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil (versão preliminar 2015) [internet]. 2014 Available from: <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>. (Acessado em: 14 jul. 2014).
29. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde – CID 10. 10ª ed. São Paulo: EDUSP; 2012.
30. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.
31. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
32. Gracia E, Herrero J, Musitu G. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad. Madrid: Síntesis; 2002.
33. Kikuchi H, Abo M, Kumakura E, Kubota N, Nagano M. Efficacy of continuous follow-up for preventing the involuntary readmission of psychiatric patients in Japan: a retrospective cohort study. *Int J Soc Psychiatry* 2013;59(3):288-95.
34. Lin CH, Chen WL, Lin CM, Lee MD, Ko MC, Li CY. Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. *Clinics* 2010;65(5):481-9.
35. Rinaldi DL, Bursztyń DC. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arq Bras Psicol* 2008;60(2):32-9.
36. Porto Alegre. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.

Recebido em: 15/06/2016

Aprovado em: 30/03/2017