

PERFIL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM UNIDADE PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL GERAL

PROFILE OF HOSPITALIZATIONS IN THE PSYCHIATRIC UNIT OF A GENERAL HOSPITAL

PERFIL DE INTERNACIONES EN LA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE UN HOSPITAL GENERAL

Thaise Liara da Silva ¹
Mariluci Alves Maftum ²
Luciana Puchalski Kalinke ³
Maria de Fátima Mantovani ⁴
Thais Aidar de Freitas Mathias ⁵
Fernanda Carolina Capistrano ⁶

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná-UFPR. Bolsista CNPq. Curitiba, PR – Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UFPR. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Curitiba, PR – Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Enfermagem da UFPR. Curitiba, PR – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UFPR. Curitiba, PR – Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá- UEM. Maringá, PR – Brasil.

⁶ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná-UFPR. Bolsista Capes. Curitiba, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Fernanda Carolina Capistrano. E-mail: fernanda_capistrano@yahoo.com.br
Submetido em: 22/02/2014 Aprovado em: 28/07/2014

RESUMO

Pesquisa descritiva, transversal que teve por objetivo descrever o perfil das internações em unidade psiquiátrica de um hospital geral do estado do Paraná. Os dados foram coletados de janeiro a junho de 2011, por meio de um questionário estruturado com informações de 240 internações. Foram analisados os dados sociodemográficos e da internação, expressos em frequências e percentuais. Os resultados revelam perfil de internações voluntárias de indivíduos com problemas de utilização abusiva de substâncias psicoativas, advindos da atenção primária de saúde, sendo um familiar o responsável pela internação. Evidenciou-se em 47,5% do total o diagnóstico de transtornos relacionados ao uso/abuso de álcool e drogas e em 75,5% foi observada a melhora do quadro na alta. O tempo médio de internação foi de 26,2 dias. Para o enfermeiro, estes resultados podem contribuir para planejar o cuidado de enfermagem e ações assistenciais que visem ao tratamento eficaz, com desfecho positivo.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Desinstitucionalização; Hospitalização.

ABSTRACT

This is a cross-sectional, descriptive study aimed at describing the hospitalization profile in the psychiatric unit of a general hospital in the state of Paraná. Data was collected from January to July, 2011 using a structured questionnaire with information on 240 hospitalizations. Demographic and hospitalization data were analyzed and expressed as frequencies and percentages. The results show a profile of voluntary admissions by individuals struggling with psychoactive substance abuse and who come from primary healthcare. A family member was usually responsible for hospitalization. We found that in 47.5% of cases the diagnosis was related substance abuse and clinical improvement at discharge was observed in 75.5% of admissions. Average length of hospitalization was 26.2 days. These results can help nurses in planning care and assistance actions that seek effective treatments with more positive outcomes.

Keywords: Nursing; Mental Health; Mental Health Services; Deinstitutionalization; Hospitalization.

RESUMEN

Se trata de una investigación descriptiva transversal que tuvo como objetivo describir el perfil de las internaciones en la unidad psiquiátrica de un hospital general del Estado de Paraná. Los datos fueron recogidos entre enero y julio de 2011, a través de un cuestionario estructurado con información de 240 internaciones. Fueron analizados los datos sociodemográficos y de internación, expresados como frecuencias y porcentajes. Los resultados muestran un perfil de internación voluntaria de personas con problemas de abuso de sustancias psicoactivas, derivadas de la atención primaria de salud y que un familiar es responsable de la hospitalización. Es evidente que en el 47,5% del total el diagnóstico fue de trastornos relacionados con abuso de alcohol y drogas y que hubo mejoría clínica en el alta en el 75,5% de los casos. El promedio de estadía hospitalaria fue de 26,2 días. Para las enfermeras, estos resultados pueden ayudar a planificar los cuidados de enfermería y las medidas de asistencia con miras a un tratamiento eficaz con resultados positivos.

Palabras clave: Enfermería; Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Desinstitucionalización; Hospitalización.

INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica (RP) que ocorre no Brasil faz crítica ao modelo hospitalocêntrico que perdurou por séculos no mundo e se estendeu no país até a década de 1970. Porquanto, o foco do tratamento em pessoa com transtorno mental era, essencialmente, centrado na internação integral em grandes hospitais especializados em Psiquiatria, localizados distantes dos centros das cidades.

Entre os princípios defendidos pela RP, encontram-se a reinserção da pessoa acometida por transtornos mentais na família e na sociedade, a reestruturação de todos os serviços de saúde mental, criação de novos dispositivos substitutos à internação psiquiátrica integral e o enfoque na Atenção Básica, principalmente com o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes últimos caracterizam-se como dispositivo aberto e de base comunitária.¹

Desta forma, a organização atual da assistência na área da saúde mental no Brasil, em consequência da Reforma Psiquiátrica, é composta de uma rede de serviços denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta das unidades básicas de saúde, centros de convivência e equipes de atenção básica para populações específicas, como: equipe de consultório de rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, como as unidades de recolhimento e serviços de atenção em regime residencial.²

Compõem, ainda, essa rede de serviços os CAPS, Atenção de Urgência e Emergência, Serviços Residências Terapêuticos e Atenção Hospitalar. Esta última é composta de enfermarias em hospitais gerais e serviços hospitalares de referência para atendimento a pessoas com transtornos mentais decorrentes de álcool e outras drogas.²

Esses serviços devem ser fortalecidos por uma rede de apoio social integrada por diversos segmentos da sociedade, entre eles as associações de pacientes com transtornos mentais e familiares, os grupos de ajuda mútua, associação de bairros, lideranças religiosas e escolas.¹

Dados do último Relatório da Atenção à Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) informam cobertura de 72% do acesso a serviços de saúde mental substitutivos à internação integral. O reflexo se dá, principalmente, nos gastos com serviços extra-hospitalares, que ultrapassam 71,20% do total de recursos destinados às ações nessa área. Demonstra-se, então, a inversão do modelo hospitalocêntrico, pois até o ano de 1997 somente 8% dos recursos eram destinados a serviços ambulatoriais de saúde mental, os outros 92% financiavam as hospitalizações.²⁻⁴

Vale destacar que o hospital psiquiátrico ainda pode ser considerado uma opção de tratamento em regiões nas quais o processo de implantação ou expansão da RAPS não seja suficiente. Entretanto, a substituição dos leitos psiquiátricos devem constituir-se em prioridades para os municípios.² Porquanto, a internação constitui recurso terapêutico importante e indispen-

sável para as pessoas que necessitam de atendimento urgente e emergencial em períodos de agravamento do transtorno.²

A Lei Federal de Saúde Mental nº 10.216/01 preconiza a internação somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Nesses casos, a internação deve ser caracterizada pela integralidade, com oferta de todos os serviços indispensáveis para a reabilitação da pessoa que dela necessita.^{1,5}

A internação em Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG), objeto deste estudo, foi regulamentada pela Portaria Ministerial SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que dispõe sobre a sua constituição no que se refere ao número de leitos, serviços ofertados, recursos humanos e pagamento das internações segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).⁶ Atualmente, o Brasil conta com 3.910 leitos de Psiquiatria em hospital geral, distribuídos em 646 hospitais, com destaque para o estado do Rio Grande do Sul, com 1.086 leitos distribuídos em 199 hospitais gerais. O menor número de leitos disponível é no estado do Amapá, o qual possui um hospital geral que dispõe apenas de um leito psiquiátrico.³

A internação integral, seja em hospital geral ou psiquiátrico, pode ocorrer de forma voluntária, que se dá quando há consentimento expresso do paciente; involuntária quando não há o consentimento do paciente; e compulsória, que é determinada por ordem judicial. Pela Portaria nº 2.391/2002 é acrescida ainda a modalidade de internação voluntária que se torna involuntária, quando o sujeito entra em discordância com a manutenção da sua internação.⁶

Muito se tem discutido sobre as modalidades de internação em consequência das ações ocorridas em alguns estados brasileiros, nas denominadas "cracolândias", onde usuários de drogas, principalmente o *crack*, são abordados e internados compulsoriamente e também involuntariamente para tratamento. Os tratamentos involuntários, geralmente, suscitam questões éticas relacionadas à privação de liberdade daquele que foi internado, além de conflitos entre profissional de saúde que visa à ação beneficente e à autonomia do paciente.⁷

Observados os critérios de internação, para que se operacionalize o cuidado em saúde mental nas UPHGs alguns serviços são obrigatórios: avaliação médico-psicológica e social, atendimento individual, atendimento em grupo, abordagem à família, preparação do paciente para a alta e garantia de continuidade do tratamento em unidade de saúde ou programa compatível com sua necessidade disponível na rede de atenção.²

A intenção da internação psiquiátrica em hospital geral pressupõe uma proposta de trabalho mais ampla e humanizada em relação a seus pacientes e familiares, busca tratamento ampliado ao aproximar outras especialidades médicas, resultando em um plano terapêutico humanizado. Também contribui com a redução de estigmas e preconceitos que historicamente envolvem a pessoa com transtorno mental.⁸

As UPHGs são importantes, pois sua proposta assistencial é impedir as internações de longa duração, que por sua vez

ocasionam a perda da identidade, bem como o prejuízo nas relações familiares e sociais, evitando a exclusão do indivíduo. Mesmo frente a esses benefícios, a implantação dessas unidades ainda é um desafio para o Estado brasileiro, pois há poucos leitos disponíveis para o tratamento da população, resultado do precário incentivo político e financeiro para a implantação e expansão da política de atenção psicossocial.⁸

Diante desse contexto, o desenvolvimento deste trabalho se justifica pela importância de conhecer a realidade identificada nas internações psiquiátricas em hospitais gerais à luz da Reforma Psiquiátrica. Considerando que o hospital geral é um importante dispositivo de tratamento pertencente à RAPS, torna-se relevante a caracterização das internações nesse serviço, pois amplia as discussões e favorece a expansão de estratégias terapêuticas, contribuindo com uma prática que fortalece a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar. Admite-se a seguinte questão norteadora: qual o perfil das internações em unidade psiquiátrica de um hospital geral?

Como isso, objetivou-se descrever o perfil das internações em unidade psiquiátrica de um hospital geral do estado do Paraná.

METODO

Pesquisa descritiva e transversal de abordagem quantitativa, realizada em uma UPHG de um município do Paraná, que é subdividida em duas alas: uma para pacientes do sexo masculino e uma para o feminino, com capacidade de 30 leitos cada.

Os dados foram coletados nos prontuários, porém, quando as informações estavam incompletas o paciente era abordado com o intuito de obtenção das mesmas. O período de coleta foi de janeiro a junho de 2011. As variáveis utilizadas foram: sexo, idade, motivo da internação (uso de substância psicoativa, comportamento, outros), encaminhamento formal, local que encaminhou (ignorado, serviços públicos de saúde, consultórios de psiquiatria, CAPS e outros), tipo de internação (voluntária, involuntária e compulsória), pessoa responsável pela internação (familiar, profissional da saúde, próprio paciente, amigo), diagnóstico de internação, tempo de internação, condições na alta (melhora, estabilização do quadro e manutenção do quadro), acompanhamento familiar, reinternação (ocorrida no período da coleta) e prescrição de medicação na alta.

No período estudado foram internados na UPHG 461 pacientes, porém somente 240 prontuários foram analisados nesta pesquisa, por ocasião dos critérios de inclusão aplicados. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, concluir o tratamento com alta médica programada, ter condição cognitiva para entender o objetivo do estudo e dar o consentimento de uso do prontuário (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE).

Atendendo-se a esses critérios, foram excluídos 221 prontuários: três usuários menores de 18 anos, três indígenas (por

ser considerada área temática especial, conforme Resoluções CNS 196/96 e 304/00), 13 não comunicativos, 31 sem condições de responder devido ao quadro de crise durante o internamento ou que não mantinham discurso estruturado para concordarem com sua participação na pesquisa, 49 se recusaram a participar em três tentativas consecutivas em momentos diferentes, 66 não concluíram o tratamento e 56 tiveram alta não programada, inviabilizando a abordagem.

As informações coletadas foram registradas em formulário do *Google Docs*[®] confeccionado para essa finalidade e, para a análise estatística, os dados foram transportados para o programa *Excel for Windows*[®] e, posteriormente, submetidos à análise descritiva (frequência absoluta e percentual).

Os dados deste artigo fazem parte da dissertação intitulada “Perfil sociodemográfico, clínico e de internação de pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral”, pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná sob o registro CEP/SD: 1016.141.10.09; CAAE: 4581.0.000.091-10.

RESULTADOS

Para caracterização das internações dos 240 participantes, foram utilizadas variáveis relativas ao momento da internação, modalidade de internação, diagnóstico atual, bem como o desfecho da internação, conforme Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes de acordo com o motivo da internação, local de encaminhamento, tipo de internação, responsável pela internação, diagnóstico e desfecho da internação, 2011

	Feminino		Masculino		Total	
	n(84)	%	n(156)	%	n(240)	%
Motivo da Internação						
Relacionado à substância	15	17,8	102	65,4	117	48,8
Relacionado ao comportamento	67	79,8	29	18,6	96	40
Outros	2	2,4	25	16	27	11,2
Encaminhamento formal						
Sem encaminhamento	51	60,7	89	57,1	140	58,5
Com encaminhamento	33	39,3	67	42,9	100	41,5
Local que encaminhou						
Ignorado	32	38,1	52	33,3	84	35
Serviços públicos de saúde não especializados	14	16,7	43	27,6	57	23,7
Consultório de psiquiatria	18	21,4	29	18,6	47	19,6
CAPS	13	15,5	28	17,9	41	17,1
Outros	7	8,3	4	2,6	11	4,6

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Caracterização dos participantes de acordo com o motivo da internação, local de encaminhamento, tipo de internação, responsável pela internação, diagnóstico e desfecho da internação, 2011

	Feminino		Masculino		Total	
	n(84)	%	n(156)	%	n(240)	%
Tipo de internação						
Voluntária	51	60,7	101	64,7	152	63,3
Involuntária	33	39,3	55	35,3	88	36,7
Compulsória	0	0	0	0	0	0
Responsável pela internação						
Familiar	73	86,9	112	71,7	185	77,2
Profissional de saúde	9	10,7	21	13,5	30	12,5
O próprio paciente	2	2,4	19	12,2	21	8,7
Amigo	0	0	4	2,6	4	1,6
Diagnóstico						
F10 – F19*	15	17,8	99	63,5	114	47,5
F20 – F29	50	59,5	49	31,4	99	41,3
F30 – F39	15	17,9	5	3,2	20	8,3
Outros	2	2,4	2	1,3	4	1,6
Sem diagnóstico	2	2,4	1	0,6	3	1,3
Tempo de internação (dias)						
0 – 15	5	6	31	19,8	36	15
16 – 30	30	35,7	99	63,5	129	53,7
31 ou mais	49	58,3	26	16,7	75	31,3
Condições na Alta						
Melhora	57	67,8	124	79,5	181	75,5
Estabilização do quadro	23	27,4	25	16	48	20
Manutenção do quadro	4	4,8	7	4,5	11	4,5
Acompanhamento familiar na alta						
Sim	25	29,8	56	35,9	81	33,8
Não	59	70,2	100	64,1	159	66,2
Reinternação						
Sim	13	15,5	15	9,6	28	11,7
Não	71	84,5	141	90,4	212	88,3
Prescrição de medicamentos na alta						
Sim	79	94	149	95,5	228	95
Não	5	6	7	4,5	12	5

* F10 – F19: transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; F20-F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; F30-F39: Transtornos do humor (afetivos).

Participaram da pesquisa (Tabela 1) portadores de transtorno mental de 18 a 80 anos com média de idade de 41,5 anos, desvio-padrão de 12,8 e mediana de 41, grupo etário predomi-

minante entre 30 e 49 anos. Observa-se que 48,8% das internações ocorreram devido a problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, com os índices de 65,4% das internações por essa causa para os homens. Os serviços públicos de saúde foram responsáveis pelo encaminhamento para internação em 40,8% dos casos e 63,3% delas foram de caráter voluntário. Os responsáveis legais pela internação foram familiares (77,2%) e o tempo de internação de 16 a 30 dias (53,7%). O desfecho da internação se deu por melhora do quadro (75,5%). Quanto ao encaminhamento, 58,5% dos pacientes não foram encaminhados para um serviço de referência e 66,2% não receberam acompanhamento de um familiar na alta. A prescrição de medicação na alta se deu em 95% dos casos.

A análise dos dados da Tabela 2, de acordo com o tipo de internação, mostra que aquelas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas representaram 55,9% das internações voluntárias e as relacionadas ao comportamento somaram-se 60,2% das internações involuntárias. Apesar de involuntária, em 5,7% dos casos o paciente se responsabilizou legalmente pelo seu internamento. As internações com 31 dias ou mais diferem sensivelmente nas internações voluntárias (24,4%) das involuntárias (43,2%). No desfecho das condições de alta a estabilização do quadro ocorreu em 33% das internações involuntárias, sendo que nas voluntárias esse percentual foi de 12,5%. A reinternação ocorreu em 17% dos pacientes internados involuntariamente e em 8,6% dos que tiveram internação voluntária.

Tabela 2 - Perfil das hospitalizações conforme a modalidade de internação, 2011

	Voluntária		Involuntária		Total	
	n(152)	%	n(88)	%	n(240)	%
Motivo da Internação						
Relacionado à substância	85	55,9	32	36,4	117	48,8
Relacionado ao comportamento	43	28,3	53	60,2	96	40
Outros	24	15,8	3	3,4	27	11,2
Encaminhamento formal						
Sem encaminhamento	84	55,3	56	63,6	140	58,3
Com encaminhamento	68	44,7	32	36,4	100	41,7
Local que encaminhou						
Não consta	46	30,3	38	43,2	84	35
Serviços públicos de saúde não especializados	38	25	19	21,6	57	23,7
Consultório de Psiquiatria	34	22,3	13	14,8	47	19,6
CAPS	29	19,1	12	13,6	41	17,1
Outros	5	3,3	6	6,8	11	4,6

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Perfil das hospitalizações conforme a modalidade de internação, 2011

	Voluntária		Involuntária		Total	
	n(152)	%	n(88)	%	n(240)	%
Responsável pela internação						
Familiar	116	76,3	69	78,4	185	77,1
Profissional de saúde	19	12,5	11	12,5	30	12,5
O próprio paciente	16	10,5	5	5,7	21	8,7
Amigo	1	0,7	3	3,4	4	1,7
Diagnóstico						
F10 – F19*	78	51,3	36	40,9	114	47,4
F20 – F29	51	33,6	48	54,5	99	41,3
F30 – F39	18	11,8	2	2,3	20	8,3
Outros	4	2,6	0	0	4	1,7
Sem diagnóstico	1	0,7	2	2,3	3	1,3
Tempo de internação (dias)						
0 – 15	25	16,4	11	12,5	36	15
16 – 30	90	59,2	39	44,3	129	53,7
31 ou mais	37	24,4	38	43,2	75	31,3
Condições na Alta						
Melhora	124	81,6	57	64,7	181	75,4
Estabilização do quadro	19	12,5	29	33	48	20
Manutenção do quadro	9	5,9	2	2,3	11	4,6
Acompanhamento familiar na alta						
Sim	51	33,6	30	34,1	81	33,8
Não	101	66,4	58	65,9	159	66,2
Reinternação						
Sim	13	8,6	15	17	28	11,7
Não	139	91,4	73	83	212	88,3
Prescrição de medicamentos na alta						
Sim	141	92,8	87	98,9	228	95
Não	11	7,2	1	1,1	12	5

* F10 – F19: transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; F20-F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; F30-F39: Transtornos do humor (afetivos).

DISCUSSÃO

O principal motivo de internação, como mostra a Tabela 1, está relacionado ao uso de substância psicoativa (48,8% dos pacientes). De modo geral, independentemente do diagnóstico de transtorno mental, entre os problemas mais citados que levam à procura pelos serviços de saúde mental está o uso de álcool ou de outras drogas. O estudo que traçou o perfil de 233 usuários de um CAPS mostrou que 17,5% dos clientes manifestaram problemas com álcool e drogas anteriormente à procura

do serviço e 16,7% dos problemas de saúde eram também relacionados a substâncias psicoativas.⁷

As diferenças entre homens e mulheres estão relacionadas, principalmente, ao tipo de transtorno. Observa-se que 65,4% dos homens necessitaram do internamento por problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, enquanto que entre as mulheres 79,8% tiveram problemas relacionados ao comportamento, decorrentes dos sinais e sintomas característicos, como, por exemplo, dos transtornos do humor, esquizotípicos e delirantes.

A prevalência de homens que usam drogas em relação às mulheres é abordada em outros estudos. Essa característica pode estar relacionada ao fato de que mulheres que usam drogas procuram menos os serviços de tratamento, em decorrência do estigma social que enfrentam, porquanto, têm facilidade em esconder a dependência por mais tempo.⁹ Outro estudo que avalia as condições de saúde de mulheres com transtorno mental em tratamento em um CAPS III ressalta que há mais vulnerabilidade da mulher em relação a homem quando se trata de transtornos de humor e ansiedade.¹⁰

Os estudos encontrados na literatura sobre esta temática divergem muito entre si, pois levam em consideração o local de internação. Em estudo realizado com 600 pacientes em uma unidade de emergência de um hospital geral universitário os principais motivos de procura do serviço de emergências psiquiátricas foram: agitação psicomotora ou comportamento agressivo 23,9% e tentativa ou ideação suicida 15,7%.¹¹ Outro estudo, realizado em hospitais psiquiátricos de Fortaleza com 393 pacientes, evidenciou que 27,6% dos pacientes que procuraram os serviços apresentavam sintomas decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas.¹²

Quando ao encaminhamento para o tratamento, a Tabela 1 mostra que em 41,5% dos casos não houve encaminhamento formal por um serviço ou profissional de saúde. Há que se atentar para a questão do encaminhamento para a internação psiquiátrica, pois a Lei Federal nº 10.216/2001 admite que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”⁵

Não há, nessa lei, menção expressa da necessidade de encaminhamento formal, no entanto, a Reforma Psiquiátrica preconiza a organização da Atenção em Saúde Mental em uma rede composta principalmente por serviços de base comunitária de Atenção Básica.⁵ Assim, entende-se que esse paciente deveria ter sido tratado em recursos extra-hospitalares para, então, em última instância, ser encaminhado à internação integral na UPHG, que é a referência no local estudado. O encaminhamento, por sua vez, deveria conter informações do plano terapêutico instituído ao paciente como, por exemplo, os recursos psicoterápicos, medicamentosos e alternativos que este recebeu, para justificar a necessidade de internação.

No tocante ao encaminhamento, em pesquisa realizada em um serviço de emergência psiquiátrica no ano de 2007, verificou-se que dos 191 pacientes pesquisados 66,5% adentravam no serviço por demanda espontânea e os demais eram encaminhados por Hospital Geral, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e CAPS, respectivamente.¹³

Em 77,1%, ao menos um familiar acompanhou o paciente no momento da internação e ficou legalmente responsável por seu internamento. Historicamente, a família foi excluída do tratamento à pessoa com transtorno mental, no entanto, a atual política preconiza o estreitamento do vínculo familiar a fim de ajudar a promover a reabilitação do indivíduo. Por outro lado, observa-se dificuldade das famílias em estabelecer vínculos com seu ente, pois a relação com essa pessoa em crise geralmente é permeada por estresse, insegurança e instabilidade. Consequentemente, a internação é uma maneira de aliviar a sobrecarga emocional, física, econômica e social.¹⁴

Assim, pode-se inferir que o não acompanhamento do familiar no momento da internação de 22,8% dos pacientes pode estar relacionado à dificuldade das famílias em lidar com o sofrimento psíquico e a cultura de não participação da família disseminada no modo manicomial. Essa condição reflete-se também no acompanhamento da alta por um familiar, que foi realizada por somente 33,8% dos pacientes. Nota-se diferença na presença familiar entre o momento da internação e a alta, já que durante a internação 77,2% tinham um ente presente e na alta somente 33,7%.

Considerando a reformulação da assistência psiquiátrica, a família passa a exercer papel importante e indispensável no tratamento do portador de transtorno mental quanto ao cuidado e à ressocialização deste. No entanto, compreende que conviver com o sofrimento mental e sua cronicidade provoca diversos desafios, alterando os hábitos e costumes do núcleo familiar, o que pode refletir no relacionamento interpessoal. Isso evidencia a necessidade de intervenções junto aos familiares no intuito de oferecer suporte para o enfrentamento dessas dificuldades.¹⁴

Verifica-se que 97,1% dos sujeitos receberam no serviço um diagnóstico inicial de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O grupo prevalente foi o de transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de substâncias químicas (47,5%), seguido de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (41,3%) e transtornos do humor (8,3%).

Na área da saúde mental, estabelecer com exatidão um diagnóstico ao paciente é tarefa difícil e complexa devido à variação de sintomas e manifestação de comportamento que ocorre em cada crise. Assim, o elevado número de pessoas com diagnóstico inicial com critérios definidos pela CID -10 pode dever-se ao fato de a unidade prestar serviços ao SUS, sendo o preenchimento de documentos que garante o repasse de recur-

sos. Entre esses documentos estão a Autorização para Internação Hospitalar (AIH), que contém um campo obrigatório para preenchimento do diagnóstico inicial de acordo com a CID-10.¹

Pesquisa bibliográfica reuniu estudos sobre a ocorrência de transtorno mental em adultos entre os anos de 1997 e 2009 e concluiu que os mais comuns são os transtornos do humor, destacando-se a depressão unipolar, os decorrentes do uso de substâncias e a esquizofrenia.¹⁵ Essas informações são confirmadas ao se comparar os dados encontrados na presente pesquisa.

Estudo realizado em UPHG da cidade de Campinas-SP com portadores de transtornos mentais objetivou verificar as variáveis sociodemográficas e clínicas relacionadas ao processo da internação. Os dados nele apurados diferem dos achados da Tabela 1, pois nele foi encontrado que entre as pessoas que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral 30% são portadoras de transtorno do humor, 19,1% de esquizofrenia e 7,3% decorrentes do uso de substância psicoativa.¹⁶

Destarte, os dados da Tabela 1 vão ao encontro das informações do Ministério da Saúde quanto à expansão no consumo de álcool e cocaína, esta principalmente em suas formas impuras como o *crack*. Por esse motivo, o Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas destaca a importância em ampliar e intensificar as ações de prevenção, promoção e tratamento das pessoas vulneráveis e usuárias de drogas.¹⁷

O tempo médio das internações foi de 26,2 dias, com desvio-padrão de 12,2 e mediana 22. Verifica-se, na Tabela 2, que 53,7% dos pacientes concluíram o tratamento entre 16 e 30 dias. A duração do internamento para homens e mulheres se deu de maneira diferente, cujos 63,5% dos homens permaneceram internados por até 30 dias e 58,3% das mulheres 30 dias ou mais.

Pesquisa realizada sobre a taxa de permanência em hospital psiquiátrico com 114 pacientes demonstrou que aqueles que sofriam de dependência química ficaram, em média, 14,5 dias internados, enquanto os pacientes em crise com outros transtornos permaneceram mais tempo (33,5 dias), dados que se assemelham aos encontrados na presente pesquisa.¹⁸

Nesse sentido, ao analisar 1.463 internações psiquiátricas em um hospital geral universitário na cidade de Campinas-SP, autores encontraram que os pacientes apresentaram melhora dos sintomas num prazo relativamente curto, de até três semanas, o que atende às expectativas do papel da UPHG na conjuntura da assistência psiquiátrica atual, que destaca a internação integral em regime de curtíssima ou curta duração até a estabilidade clínica.²¹⁸

A média de internação do presente estudo foi inferior ao tempo médio de internação em hospitais psiquiátricos.¹⁸ Tal aspecto associado a outros fatores, como a priorização do modelo de atenção comunitária em detrimento do modelo hospitalocêntrico, tem sido considerado um importante quesito para a avaliação da qualidade da assistência no âmbito da saúde mental.¹⁸

Entre as condições de alta anotadas em prontuário, 75,5% dos participantes apresentaram melhora do quadro. Cabe ressaltar que o parâmetro de avaliação para alta é subjetivo e depende das impressões clínicas do médico que fornece o laudo para alta. Sendo assim, não houve na pesquisa um método quantitativo e clínico que permitisse ao pesquisador fornecer as suas impressões. Por outro lado, compreende-se que, além das condições do estado psiquiátrico do paciente, deve-se também considerar o suporte social e o serviço extra-hospitalar mais adequado que este irá frequentar, o que resulta em diferentes avaliações conforme a discussão da equipe multiprofissional e não somente do profissional médico.¹⁸

O encaminhamento formal para um serviço de referência na alta se deu em apenas 41,5% dos casos. Contudo, a Política Nacional de Saúde Mental¹ preconiza, como já mencionado anteriormente, que os serviços se integrem em redes de atenção, possibilitando o diálogo entre as instituições com vistas a promover a reabilitação e reintegração social desses pacientes e suas famílias e por sua vez cumpram com os preceitos de integralidade normatizados pelo SUS. No entanto, essa ainda é uma realidade distante no local em que se realizou a pesquisa, haja vista que 58,5% dos pacientes receberam alta sem encaminhamento formal para serviços de base, garantindo a continuidade do tratamento.

Pesquisa realizada em um serviço de recuperação de dependentes químicos também detectou essa falha, pois dos 203 participantes, 14,3% não receberam encaminhamento formal.¹³ Assim, observa-se a importância da estruturação das redes de atenção, para que, além do transtorno que se manifesta em sintomas, os profissionais que compõem essa rede percebam as necessidades de saúde psicológicas que permeiam as relações familiares e demais relações sociais.

A RAPS enfatiza a garantia de acesso a atividades no território, favorecendo a inclusão social em relação à promoção de autonomia e o exercício da cidadania. Portanto, é necessária a articulação e integração da UPHG com o CAPS ou unidade básica de saúde de referência do usuário, pois estes assumirão o acompanhamento no pós-alta.²

Quanto ao tratamento medicamentoso, 95% das pessoas receberam alta com prescrição de pelo menos uma classe de medicamento psicotrópico. O tratamento psicofarmacológico tem papel importante no controle dos sintomas psiquiátricos, melhor manejo do transtorno e risco de recaídas, que consequentemente pode levar à recidiva de internação psiquiátrica.¹⁹

Apesar de 95% da amostra com prescrição de medicações no momento da alta, sabe-se que essa ação por si só não garante a adesão a essa terapêutica. Isso porque se trata de uma questão complexa e de difícil alcance, necessitando, inclusive, do apoio familiar, da orientação e supervisão dos profissionais de saúde e de questões relacionadas ao paciente, como, por

exemplo, compreensão da importância e necessidade dos medicamentos para melhora do quadro apresentado.

Entre as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com transtornos mentais, que interfere na adesão ao tratamento medicamentoso, estão as reações adversas, interações medicamentosas, custos, não entendimento da posologia, entre outros. Portanto, deve haver a continuidade do tratamento na rede primária, após a alta da internação integral psiquiátrica, para que seja possível a supervisão e orientação dos profissionais da saúde.¹⁹

A taxa de reinternação dos participantes no período pesquisado foi de 11,7% e os que mais reinternaram foram os acometidos por esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Esses dados remetem a uma pesquisa realizada em um ambulatório de saúde mental com 48 pacientes egressos de internação psiquiátrica, onde a taxa de reinternação foi de 12,5%.²⁰

Em pesquisa realizada com 54 egressos de internação psiquiátrica no núcleo de saúde mental em Ribeirão Preto, São Paulo, os autores referem que a adesão dos pacientes é baixa, evidenciando que 70,8% das pessoas pesquisadas têm baixo grau de adesão ao tratamento e isso se deve, entre outras causas, às reações adversas das medicações.²¹

Sendo assim, a reinternação de pessoas com transtorno mental em instituições psiquiátricas vem sendo estudada e em língua estrangeira é o fenômeno denominado “*revolving door*”, expressão que, traduzida, significa porta-giratória, remetendo ao modelo de entrada e saída repetidas vezes. As autoras realçam que um dos motivos para reincidência da internação seria a inexistência de serviços extra-hospitalares eficientes e voltados para a reabilitação psicossocial.²¹

Ressalva-se que a possibilidade de decidir pela internação e solicitar a saída do tratamento representam uma conquista para os pacientes com transtorno mental, como consequência do modelo atual de Atenção em Saúde Mental. Porém, questiona-se o quanto já houve de avanço nesse ponto relacionado ao respeito ao paciente efetuado pelas instituições e quais os critérios utilizados para determinar as internações.⁵

Na Tabela 2 ainda foram analisados os dados de acordo com o tipo de internação. As internações relacionadas ao uso de substâncias psicoativas representam 55,9% das internações voluntárias, já as internações relacionadas ao comportamento somam-se 60,2% das internações involuntárias. Historicamente, a proporção de internação involuntária é maior nos casos de alteração do comportamento, porém, atualmente, a literatura revela que as internações involuntárias têm se direcionado para os usuários de álcool e outras drogas, relacionadas ao aumento do consumo de tais substâncias e os problemas legais que envolvem a questão.^{12,22}

Outro dado importante encontrado na pesquisa relaciona-se ao tempo de internação (Tabela 2). As internações com 31 dias ou mais diferem sensivelmente nas internações voluntárias (24,4%) das involuntárias (43,2%). Isso difere dos achados

de um estudo sobre fatores sociodemográficos e clínicos de internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias realizado em Fortaleza-CE, o qual identificou que as internações involuntárias tinham duração média de 15 a 30 dias em 65% dos casos.¹²

A reinternação ocorreu em 17% das pessoas internadas involuntariamente e em 8,6% das que tiveram internação voluntária. Não foram encontrados na literatura dados que corroborassem ou se aproximassem desses achados. Acredita-se que a aceitabilidade e participação do paciente no seu tratamento são importantes formas de evitar a reinternação.

CONCLUSÕES

A proposta neste artigo foi delinear o perfil das internações em unidade psiquiátrica, do paciente com transtorno mental que necessitou de tratamento institucional. A caracterização da internação demonstrou que a maioria ocorreu por problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, sendo a família a responsável pela internação. Por outro lado, questionam-se a participação e o envolvimento da família no tratamento, haja vista que, na maioria das internações, no momento da alta não havia familiares presentes. O momento da alta mostrou que as internações são viáveis, dada a melhora do quadro.

Importante desfecho que contraria os preceitos da RP se deu ao fato de não haver, na maioria dos casos, encaminhamento formal para um serviço extra-hospitalar, o que pode ter refletido na taxa de reinternação. No que se refere às internações involuntárias, a pesquisa ainda demonstra que esse tipo de internação é, preferencialmente, realizada em pacientes com transtornos psicóticos, contrariando a literatura atual sobre o tema.

Entre as limitações para realização deste estudo encontraram-se questões institucionais relacionadas ao preenchimento dos prontuários, bem como a ausência de sistematização no serviço para programar a alta dos pacientes, que resultou na perda de 56 sujeitos aptos a participar da pesquisa.

Há necessidade de pesquisas que explorem qualitativamente as dificuldades e necessidades da pessoa com transtorno mental no que se refere à assistência, bem como estudos que visem conhecer mais detalhadamente a realidade dos serviços de atenção à saúde mental e dos profissionais atuantes nessa área.

Este estudo possibilitou um importante conhecimento do processo de internação psiquiátrica em leitos de hospital geral, o que contribui com estratégias de trabalho visando à melhoria na assistência ao paciente, à inserção da família e ao trabalho em rede.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental

no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: MS; 2005.

2. 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 21 de maio de 2013.

3. Brasil. Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados – 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília (DF): março de 2012. [Citado em 2013 ago. 22]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>

4. Delgado PGG. Política Nacional de Saúde Mental: o contexto decisivo do pacto pela saúde. J Conasems. 2007; 8:8-9.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.216, de 06 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 09 de abril de 2001.

6. Brasil. Portaria SNAS nº 224 de 29/01/1992. In: brasil. Ministério da Saúde. In: Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

7. Fortes HM. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2010; 10(Supl. 2):321-30.

8. Santos MESB, Amor JS, Del-bend CM, Zuardib AW. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. Rev Saúde Pública. 2000; 34(5):468-74.

9. Peixoto C, Prado CHOP, Rodrigues CP, Cheda JND, Mota LBT, Veras AB. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPS ad). J Bras Psiquiatr. 2010; 59(4):317-21.

10. Botti NCL, Ferreira SC, Nascimento RG, Pinto JAF. Condições de saúde de mulheres com transtorno mental. Rev Rene. 2013; 14(6):1209-16.

11. Barros REM, Tung TC, Mari, JJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. Rev Bras Psiquiatr. 2010; 32(2):145-51.

12. Oliveira MSN, Pinto FJM, Aguiar JB, Sampaio RMM, Medeiros CRB. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. Rev Bras Promoç Saúde. 2011; 24(4):361-6.

13. Sousa FSS, Silva CAF, Oliveira EN. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. Rev Esc Enferm USP. 2010 44(3):796-802.

14. Borba LB, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paul Enferm. 2008; 21(4):588-94.

15. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J Bras Psiquiatr. 2010 59(3):238-46.

16. Dalgalarondo P, Botega NJ, Banzato CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. Rev Saúde Pública. 2003; 37(5):629-34.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde /DAPES/ Saúde mental. Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas PEAD 2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

18. Machado V, Santos MA. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. J Bras Psiquiatr. 2011, 60(1):16-22.

19. Cardoso L, Miasso AI, Galera SAF, Maia BM, Esteves RB. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. Rev Latinoam Enferm. 2011; 19(5):1146-54.

20. Cardoso L, Galera SAF. Doentes Mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1):161-7.

21. Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. Mental. 2011; 9(16): 303-26.

22. Freire SD, Santos PL, Bortolini M, Moraes JFD, Oliveira MS. Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/ Brasil. J Bras Psiquiatr. 2012; 61(4):221-6.