

O FENÔMENO DE REVOLVING DOOR EM HOSPITAIS PSQUIÁTRICOS DE UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

THE REVOLVING DOOR PHENOMENON IN PSYCHIATRIC HOSPITALS OF A CAPITAL OF THE BRAZILIAN NORTHEAST

EL FENÓMENO DE LA PUERTA GIRATORIA (REVOLVING DOOR) EN HOSPITALES PSQUIÁTRICOS DE UNA CAPITAL DEL NORESTE DE BRASIL

Carla Janaína de Sousa Parente¹
Liana Parentes Fortes Mendes¹
Carla Nayara dos Santos Souza¹
Dicherine Kênya Monte Silva¹
Jaqueline Carvalho e Silva¹
Alexandre Castelo Branco Vaz Parente²
Adriana da Cunha Menezes Parente³

RESUMO

Objetivos: estimar a ocorrência de reinternações nos hospitais psiquiátricos de um Estado no Nordeste brasileiro em 2004 e caracterizar a clientela que fez uso desse expediente no referido período. **Método:** estudo de natureza quantitativa, desenvolvido em duas instituições hospitalares psiquiátricas do Estado do Piauí (uma pública e uma privada). Os dados foram extraídos de uma amostra de 280 prontuários e fichas de identificação. Foi abordada a reinternação psiquiátrica caracterizada como uma frequência de duas ou mais internações realizadas por um sujeito pelo período de um ano. **Resultados:** 55,7% dos pacientes apresentaram reinternações. Desses, 64,1% eram do sexo masculino; 80,1% estavam na faixa etária de 20 e 49 anos; 68,6% eram solteiros; 75,6% procedentes da capital; 59,3% com HD de Classificação (segundo a CID-10) F2x e 28,8% F1x. **Conclusão:** os resultados deste estudo demonstram um fenômeno que vivenciamos atualmente nos serviços de internação integral em hospitais psiquiátricos: a reinternação sucessiva de pacientes. Os dados trouxeram informações técnicas que podem ser vistas como parte integrante de um programa de assistência a pacientes psiquiátricos, para subsidiar o planejamento de ações e construção de projetos terapêuticos. **Palavras-chave:** Unidade Hospitalar de Psiquiatria; Hospitais Psiquiátricos; Pessoas Mentalmente Doentes; Hospitalização; Readmissão Hospitalar; Desinstitucionalização

ABSTRACT

Objective: To estimate readmission occurrence in the psychiatric hospitals of a State in the Brazilian northeast, in 2004, and to characterize the patients involved. **Method:** quantitative study, carried out in two psychiatric hospitals in the State of Piauí (one public and one private). Data extracted from a sample of 280 records and identification forms were used. Psychiatric readmission was described as two or more admissions within a period of one year. **Results:** 55.7% of the patients were readmitted. Of these, 64.1% were male; 80.1% were aged 20 to 49 years; 68.6% were single; 75.6% came from the capital city; 59.3% with DH (Diagnostic Hypothesis) Classification (according to CID-10) F2x and 28.8% F1x. **Conclusions:** The results of this study show a phenomenon which we experience nowadays in the services of full admission to psychiatric hospitals, which is the successive readmission of patients. Data produced technical information that can be seen as an integral part of a psychiatric patient assistance program, to subsidize the planning of actions and construction of therapeutic projects. **Key words:** Psychiatric Department, Hospital; Hospitals, Psychiatric; Mentally Ill Persons; Hospitalization; Patient Readmission; Deinstitutionalization

RESUMEN

Objetivos: estimar la incidencia de reinternaciones en hospitales psiquiátricos de un estado del noreste brasileño en 2004 y caracterizar a la clientela que precisó el expediente durante dicho período. **Método:** estudio de naturaleza cuantitativa, llevado a cabo en dos instituciones hospitalarias psiquiátricas del Estado de Piauí (una pública y otra particular). Los datos se recogieron de una muestra de 280 expedientes y fichas de identificación. Se enfocó la reinternación psiquiátrica caracterizada como una frecuencia de dos ó más internaciones de la misma persona en un año. **Resultados:** el 55,7% de los pacientes volvieron a ser internados. Entre ellos el 64,1% eran varones; el 80,1% tenían entre 20 y 49 años; un 68,6% eran solteros; el 75,6% procedentes de la capital; 59,3% con HD de Clasificación (según la CID-10) F2x y un 28,8% F1x. **Conclusión:** los resultados de este estudio comprueban un fenómeno que vivimos actualmente en los servicios de internación integral en hospitales psiquiátricos: la reinternación sucesiva de pacientes. Los datos aportaron informaciones técnicas que pueden considerarse como parte integrante de un programa de asistencia a pacientes psiquiátricos, para subsidiar la planificación de acciones y construcción de proyectos terapéuticos. **Palabras clave:** Servicio de Psiquiatria en Hospital; Hospitales Psiquiátricos; Enfermos Mentales; Hospitalización; Readmisión del Paciente; Desinstitucionalización

¹ Enfermeiras. Especialistas em Enfermagem. Membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental e Psiquiatria (GESMEP). Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

² Médico psiquiatra. Doutorando pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Coordenadora GESMEP. Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Padre Cirilo Chaves n° 1877/802, Bairro Noivos, Teresina-PI, Brasil – Fone: (86) 3233-7033/(86) 21060700 (Coord. Enfermagem).

E-mail: aparente@novafapi.com.br.

INTRODUÇÃO

O processo da assistência psiquiátrica brasileira que estamos vivenciando atualmente, como um processo de reforma e de construção de uma nova política de saúde mental, iniciou-se em fins da década de 1970, com o surgimento de movimentos e dispositivos que buscavam a formulação teórica e organização de novas práticas, tendo como ponto de partida as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, acarretando na cronicidade do paciente e sendo criticado por se apresentar concentrador, reducionista, favorecedor do estigma e da exclusão, em todo o país.¹⁻⁴

A reforma vem se configurar como um processo complexo de desconstrução de uma política hegemônica e construção participativa de um lugar social para o indivíduo acometido de transtorno psiquiátrico, mediante iniciativas setoriais na saúde, na justiça, no parlamento, na educação, na cultura e nos direitos humanos.⁵

Dessa forma, as questões referentes às alternativas e possibilidades de reformulação da assistência psiquiátrica e em saúde mental não se fazem de um lado unicamente, e, sim, com a integração dos princípios de quatro vértices: o Estado, a população oprimida, o saber psiquiátrico e o agente institucional.⁶

Percebe-se que essa postura reformista tem se expandido de maneira diversa por todo o País. Uma tentativa do desdobramento desse processo foi a criação de novos dispositivos e modalidades de assistência extra-hospitalar que operacionalizassem o atendimento e remanejassem os gastos com a assistência psiquiátrica hospitalar. Essas modalidades, que vêm sendo chamadas de serviços substitutivos, visam à reabilitação psicossocial, que representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvam para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes.⁷

A implantação e a operacionalização desses novos dispositivos vêm alicerçadas por leis e portarias do governo federal que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionam o modelo assistencial em saúde mental.⁸

Espera-se, porém, que esse redirecionamento para serviços extra-hospitalares seja implementado e executado nos municípios (Estados) gradativamente à redução de internações em hospitais psiquiátricos, tendo em vista que, se não houver serviços substitutivos, os familiares e os próprios indivíduos acometidos por transtornos psiquiátricos podem permanecer visualizando a internação integral como a principal, se não a única, alternativa de tratamento, levando, conseqüentemente, ao *revolving door*, isto é, o fenômeno de porta-giratória, que se caracteriza por recorrentes internações.

A porta-giratória vem sendo estudada, desde a década de 1960,⁹ como um novo fenômeno de atendimento psiquiátrico não anteriormente planejado, mas que veio como conseqüência de um modelo ainda em implementação. Dessa forma, para o entendimento do fenômeno de porta-giratória, faz-se necessário arquivar o ponto no qual este vem alicerçado, que ocorreu com os novos paradigmas de assistência que incorporaram os serviços

e as políticas de saúde, a desinstitucionalização – uma das bases teóricas para a proposta de reforma psiquiátrica brasileira.^{3, 10, 11}

Essa desinstitucionalização foi expandida para os países com base no modelo democrático italiano e vem guiar o processo de mudança na atenção ao paciente psiquiátrico, isto é, “de foco dominante das ações em saúde mental da área intra-hospitalar especializada para a extra-hospitalar, onde serviços ambulatoriais e centros de atenção diária, todos referidos à comunidade, passam gradativamente a assumir e dividir o papel da assistência em saúde mental”^{12, 3}

Assim, se não há integração, as reformas nessa área, às vezes, podem ser tratadas como desospitalização, entendida como um modelo no qual se focaliza a atenção das políticas públicas na redução de leitos hospitalares em macro-hospitais psiquiátricos, sem viabilizar condições necessárias para o atendimento extra-hospitalar, refletindo negativamente sobre a família, pois é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao sujeito acometido de transtorno psiquiátrico.^{10, 11}

Vale ressaltar a importância da sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o paciente psiquiátrico, principalmente por ocasião da alta hospitalar, desencadeando atitudes de incompreensão familiar e de rejeição, motivadoras de reinternações psiquiátricas sucessivas.²

Dessa forma, o que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do paciente para fora dos muros do hospital, confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da cidadania desse sujeito, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o ativo em seu tratamento com autonomia e integrado à sua comunidade.^{2, 13}

Assim, a desinstitucionalização traz no seu bojo o desafio de prestar a esse indivíduo o mínimo de recursos vitais que lhe permitam independência para as atividades de vida diária e exercício de cidadania. Imaginar o crônico há anos institucionalizado saindo lentamente do cotidiano do asilo, freqüentando as oficinas ocupacionais, os hospitais-dia, as pensões protegidas, os Centros de Atenção Psicossocial, enfim, resgatando sua livre gestão e seu direito de ir e vir, é algo que, além de muita imaginação, requer obstinação e criatividade terapêutica.¹⁴

O futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidados ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira da forma como vai lidar com seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social.¹⁰

É nesse cenário que o modelo reformista de assistência psiquiátrica veio reprimir longos períodos de internações e concretizar a permanência dos sujeitos no meio social. Todavia, trouxe em contraponto um freqüente ir e vir de pacientes entre o hospital e a comunidade – sucessivas reinternações – e, assim, os hospitais psiquiátricos estão se reorganizando segundo a lógica da porta-giratória.¹¹

Estudos apontam que o fenômeno de porta-giratória pode-se constituir como um indicador da assistência

e do funcionamento dos serviços prestados em nível comunitário, porém não se pode desconsiderar que vários fatores estão envolvidos e contribuem diretamente para freqüentes reinternações. Primeiramente, deve-se considerar a história natural e a gravidade das doenças psiquiátricas. A segunda explicação está associada a fatores sociais, como o nível socioeconômico, origens culturais, carência de suporte social e familiar e deficiências do sistema de saúde, além de problemas de relacionamento e moradia.^{9,15,16,17,18,19}

Assim, as reinternações psiquiátricas são contextualizadas como um processo que envolve família, o hospital, a comunidade e o paciente.²⁰ Todavia, não há um consenso nas pesquisas no que tange uma definição exata do que se considera fenômeno de porta-giratória, mas somente um método em comum, que considera a freqüência de reinternações e o tempo do estudo.²¹

Esse método é aplicado em vários estudos para descrever o fenômeno, porém sob diferentes definições, isto é, os pacientes têm três ou mais admissões em um período de dois anos;²² quatro ou mais em um período de cinco anos;⁹ quatro ou mais sem intervalo superior a dois anos e meio, em um período de dez anos;²³ quatro ou mais em um período de cinco anos.²⁴ Assim, apesar de ser um fenômeno estudado por diversos autores, não há um consenso quanto à definição operacional do que seria considerado como porta-giratória, isto é, a partir de quantas internações – em qual período de tempo – se caracterizaria tal fenômeno.

Tendo como base essa relação da freqüência e tempo de estudo para se considerar a existência de porta-giratória em um serviço, neste trabalho é abordada a reinternação psiquiátrica considerando a freqüência de duas ou mais internações realizadas por um sujeito pelo tempo de um ano, como já considerado por outros autores.^{25,26}

Conhecer o padrão das internações psiquiátricas ocorridas no Estado, identificando, especialmente, as reinternações e caracterizar os sujeitos que as utilizam, pode desencadear reflexões dos profissionais da área sobre a problemática e produzir informações técnicas para auxiliar no planejamento de estratégias que venham alicerçar possíveis ou necessárias transformações para incrementar a assistência a essa população específica.

Assim, neste estudo tem-se como objetivo estimar a ocorrência de reinternações nos hospitais psiquiátricos de um Estado no Nordeste brasileiro, em 2004, e caracterizar a clientela que fez uso desse expediente no referido período.

MÉTODOS

Este estudo, trabalhado com base nos pressupostos da abordagem quantitativa do tipo exploratória, descritiva e retrospectiva, foi desenvolvido em duas instituições hospitalares psiquiátricas do Estado do Piauí (uma pública e uma privada), por serem os únicos macro-hospitais e instituições de referência do Estado.

O hospital público possui 160 leitos de internação integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o hospital privado atende 200 leitos SUS e 9 leitos privados. Foram consideradas somente as internações realizadas pelo SUS.

O universo do estudo foram os casos de internação psiquiátrica em 2004. Foram utilizados dados do tipo secundário, extraídos dos prontuários do hospital público e fichas de identificação no hospital privado. A amostra foi estimada com base ao número de pacientes internados no período, isto é, 2.672 prontuários e 2.634 fichas de identificação, totalizando 5.306 internações.

O plano de amostragem²⁷, considerando o número total de internações psiquiátricas (5.306), constituiu-se de 280 prontuários/fichas de identificação, distribuídos na perspectiva de que o erro amostral não ultrapassasse 5,7%, com nível de confiança de 95%. A amostra foi distribuída proporcionalmente em 148 prontuários e 132 fichas de identificação, que foram selecionados mediante processo aleatório de amostragem sistemática, dentro de cada dependência administrativa da instituição, pública ou privada, distribuída de acordo com a população dessas dependências no total de pacientes.

A amostragem sistemática²⁸ refere-se a uma estratégia que envolve a seleção de cada caso, extraído de uma lista de população em intervalos estabelecidos, sendo que o intervalo de amostragem é a distância-padrão entre os elementos escolhidos para a amostra.

Partindo da perspectiva de que o paciente pode internar-se em ambos os hospitais, foi realizado um rastreamento de todos os prontuários/fichas de identificação selecionados nos dois hospitais, para que pudéssemos obter dados fidedignos quanto ao número de internações em 2004.

As variáveis da pesquisa – sexo, faixa etária, estado civil, hipótese diagnóstica, procedência e número de internações – foram registradas em um formulário previamente construído. Não foi possível obter outras informações com base nos dados dos registros utilizados neste estudo.

As informações (dados coletados) foram processadas eletronicamente por meio do programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS) – versão 11.0.

O estudo teve sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (NOVAFAPI) e obedeceu a todos os preceitos éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos.

RESULTADOS

Da amostra de 280 pacientes internados, 44,3% possuíram somente uma internação em 2004, e 55,7% possuíram duas ou mais internações no mesmo, sendo estes últimos pacientes considerados inseridos no grupo reinternação. Os dados da Tabela I mostram a distribuição dos pacientes internados, o número de internações por paciente e o total das internações.

TABELA 1 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO ESTADO DO PIAUÍ (AMOSTRA). ANO 2004

	Nº	%	Cumulativo %
1 internação	124	44,3	44,3
2 internações	56	20,0	64,3
3 internações	32	11,4	75,7
4 internações	23	8,2	83,9
5 internações	12	4,3	88,2
6 internações	14	5,0	93,2
7 ou + internações	19	6,8	100

Fonte: SAME (Hospitais Psiquiátricos).

A média geral do número de internações por ano foi de 2,60 (desvio-padrão = 2,16). Visto que o objeto desse estudo é a reinternação psiquiátrica, somente os dados referentes a pacientes que se encaixaram nesse perfil foram trabalhados. Desse modo, a amostra limitou-se a 156 pacientes.

Entre as taxas de reinternação psiquiátrico-hospitalar encontra-se uma média de 3,87 (desvio-padrão = 2,19) internações por paciente no ano estudado. Se distribuíssemos as internações desses pacientes ao longo do ano, teríamos uma média de uma internação a cada 3,1 meses por paciente.

Quanto ao perfil sociodemográfico, foram avaliadas as variáveis sexo, faixa etária, estado civil e a procedência (Tabela 2). Pode-se observar o predomínio de homens, com um número de 100 pacientes, correspondendo a 64,1%. A faixa etária predominante da população estudada estava entre²⁰⁻⁴⁹ anos, representando 80,1%, sem diferenças percentuais significativas entre os três grupos etários pertencentes a essa faixa.

TABELA 2 – REINTERNAÇÃO EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS – PERFIL DA AMOSTRA POR INSTITUIÇÃO, SEXO, FAIXA ETÁRIA, ESTADO CIVIL ESTADO DO PIAUÍ. ANO 2004

		N	%
Instituição	Hospital privado	89	57,05
	Hospital público	20,0	42,95
Total		156	100,00
Sexo	Masculino	100	64,10
	Feminino	56	35,91
Total		156	100,00
Faixa etária	< = 19	3	1,92
	20 – 29	40	25,64
	30 – 39	41	26,28
	40 – 49	44	28,21
	50 – 59	20	12,82
	> = 60	8	5,13
Total		156	100
Estado civil	Casado/amasiado	34	21,79
	solteiro	107	68,59
	Divorciado/separado	10	6,41
	viúvo	5	3,21
Total		156	100
Procedência	Capital – PI	119	76,3
	Interior – PI	13	8,3
	Outros Estados	24	15,4
Total		156	100

Fonte: SAME (Hospitais Psiquiátricos)

Com relação ao estado civil, os dados revelam que nossa amostra de pacientes com reinternações psiquiátricas era composta, majoritariamente, por indivíduos sem relacionamento conjugal: 78,20% – sendo, principalmente solteiros (68,59%), seguidos pelos divorciados/separados (6,4%) e viúvos (3,2%). O índice percentual de casados/amasiados foi de 21,79%.

Quanto à procedência dos pacientes, observa-se que o maior percentual provém da própria capital do Estado do Piauí – Teresina (75,3%). As internações por encaminhamentos do interior do Estado correspondem a 8,3% e de outros Estados, 15,4%.

Com relação às reinternações provenientes de outros Estados, sobressai o Estado do Maranhão, com 95,8% (principalmente o município de Timon, vizinho à cidade de Teresina), seguido do Estado do Pará (4,2%).

Em relação à distribuição por sexo, o grupo de provenientes de outros Estados apresentou o predomínio de mulheres (64%). Quanto à distribuição por faixa etária e estado civil, não houve diferença do perfil dos grupos provenientes do Estado do Piauí e dos outros Estados.

Quanto à população procedente do interior do Estado do Piauí (9%), observa-se que sobressai o sexo masculino, com faixa etária entre 20 a 29 anos, sendo a maioria solteira. Essa amostra foi composta de 13 pacientes provenientes de 10 municípios diferentes, não havendo, portanto, predomínio de algum município.

Como referido, o maior número de pacientes com reinternação psiquiátrica procede da capital do Estado do Piauí (76,3%). Para melhor visualizar a área geográfica de procedência desses pacientes no município de Teresina, foi realizado um agrupamento dos bairros por zona de localização. Percebe-se que o maior índice de reinternação psiquiátrica origina-se da Zona Centro-Norte (47,1%), seguida dos da Zona Sul (28,6%), Zona Sudeste (10,9%), Zona Leste (10,9%) e Zona Rural (2,5%). Dos pacientes pesquisados, o sexo masculino e o estado civil solteiro predominaram em todas as zonas de Teresina.

Quanto à hipótese diagnóstica (HD), a maior frequência dos casos de reinternação foi de pacientes com esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F2x), que apresentou um percentual de 58,3% dos casos (Tabela 3).

Também com um índice percentual relevante observam-se os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F1x), com 28,8% dos pacientes estudados.

Em uma relação entre HD e sexo, observa-se que não há diferença estatística entre os sexos masculino (48 pacientes) e feminino (46 paciente) para F2x. Em contrapartida, para a classificação F1x sobressai o sexo masculino (44 pacientes) sobre o feminino (2 pacientes).

TABELAS 3 – PACIENTES READMITIDOS NAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS DO ESTADO DO PIAUÍ – SEGUNDO A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA. ANO 2004

	N	%
Classificação F0x	3	1,9
Classificação F1x	45	28,8
Classificação F2x	91	58,3
Classificação F3x – episódio maniaco	6	3,8
Classificação F3x – episódio depressivo	1	0,7
Classificação F3x – episódio outros	1	0,7
Classificação F4x	3	1,9
Classificação F7x	5	3,2
Classificação – outros	1	0,7
Total	156	100

Fonte: SAME (Hospitais Psiquiátricos).

Em relação ao HD e à faixa etária, pacientes com Classificação F2x apresentaram faixa etária menor quando comparados a pacientes com F1x. Em ambas as classificações sobressaíram pacientes solteiros/divorciados/viúvos.

Dos pacientes da amostra, 10 apresentaram uma segunda hipótese diagnóstica; desses quatro tiveram Classificação – outros, três F2x, um F1x, um F3x – episódio depressivo e um F7x.

Comparando os dois grupos do estudo – grupo de uma internação/ano e grupo de duas ou mais internações/ano – com relação às variáveis sexo, faixa etária, estado civil e HD, não foram encontradas diferenças significativa. Contudo com relação à procedência, percebe-se que houve um aumento, no grupo de uma internação/ano, de pacientes do interior do Estado (1 internação/ano = 21,9%, 2ou + internações/ano = 8,3%).

DISCUSSÃO

O estudo mostra que o número de reinternações psiquiátricas no Estado do Piauí revela o fenômeno da porta-giratória, também conhecido como fenômeno de *revolving door*, com uma taxa de reinternação de 55,7% em 2004, no Estado do Piauí. Esse percentual ultrapassa a estimativa²⁰ e os índices encontrados em outros estudos,^{9,21,23,29} podendo revelar-se fator preocupante no que diz respeito aos serviços extra-hospitalares de acompanhamento ao paciente.³⁰

Os hospitais psiquiátricos do Estado do Piauí tiveram seu número de leitos diminuído nos últimos anos para se adequarem às normas do Ministério da Saúde (MS), que vem trabalhando em prol do que se propõe na Reforma Psiquiátrica. Esse novo modelo de assistência prima pelo atendimento com base na atenção primária, indicando que todas as tentativas de atendimento em serviços substitutivos antes de um paciente ser submetido a uma internação integral em hospital psiquiátrico devem ser esgotadas. Para tanto, o MS lançou incentivo para que os municípios busquem nos serviços uma forma de atendimento prioritário na Saúde Mental.

No Estado do Piauí, porém, especificamente no município de Teresina (procedência com índice maior de reinternação), os serviços de atendimento extra-hospitalar não estão sendo implementados na mesma proporção para atender a população, o que pode estar ligado ao resultado encontrado nesse estudo. Vale a pena ressaltar que, à época em que foi realizado o estudo, o município contava com um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPSad) – e um CAPSi (infantil). Recentemente, em 2006, foram implantados dois serviços de CAPS-II. Todavia, a cidade contava com 715.360 habitantes em 2000, sendo claramente necessária a implantação de novos serviços.³¹

Essa elevada frequência de reinternações psiquiátricas pode desencadear problemas de cunho social, também, pois esse paciente volta para a comunidade e esta deve procurar meios para identificar o que fazer e como agir com esses sujeitos que recebem alta hospitalar, são sucessivamente reinternados e posteriormente, reencaminhados ao seu meio social.³²

Assim, o fechamento dos hospitais, ou a redução de leitos sem serviços alternativos na comunidade para atender à demanda, é tão arriscado como criar serviços alternativos sem promover medidas para diminuição de internação integral em hospitais psiquiátricos. Ambos devem ocorrer simultaneamente.²²

Há autores que afirmam que em um sadio processo de desinstitucionalização há três componentes essenciais: prevenção de internações psiquiátricas que poderiam ser mantidas facilmente na comunidade, mudança para a comunidade de pacientes institucionalizados por longo tempo com preparação adequada e estabelecimento e manutenção de um sistema de suporte para pacientes não institucionalizados.²²

Ainda, há estudos que apontam fatores de proteção que podem minimizar as reospitalizações, dentre os quais se destacam a adesão ao medicamento, o suporte social, a percepção menos negativa da própria doença, a abstinência de álcool e outras drogas, bem como a adoção de medidas de planejamento que envolvam posição geográfica dos serviços, reais necessidades da população-alvo, equipe disponível e treinada, avaliação constante dos serviços e identificação (investigação) da população que sofre com as constantes reinternações psiquiátricas.^{15,16,33}

Assim, quanto à caracterização dos pacientes de *revolving door*, observa-se, à semelhança de outros estudos,^{22,34} o predomínio de homens. Contudo, há também estudos que relataram o predomínio de mulheres.^{9,23,24,29}

A faixa etária predominante da população estudada, de 20 a 49 anos (80,1%), ratifica outros estudos.^{9,22,29}

Quanto ao estado civil, os dados apresentaram uma população de reinternação psiquiátrica que não possui uma relação conjugal (78,20% de solteiros, divorciados/separados e viúvos) e é compatível com a literatura.^{23,34}

O suporte social e familiar é considerado, na psiquiatria, fator influenciador no que tange ao curso e prognóstico das doenças psiquiátricas.^{35,36,37} Assim, pode-se considerar que os sujeitos que sofrem sucessivas reinternações tanto podem ser mais suscetíveis a internações, por causa da deficiente estrutura familiar, como a própria doença e as reincidentes internações podem aumentar o risco de

enfraquecimento do suporte familiar. Estudo que mede aceitação/rejeição de pacientes psiquiátricos com uma ou mais reinternações mostra que o índice de rejeição foi grande, e com tendência a aumentar, à medida que cresce o número de reinternações.³⁸

Quanto à procedência, o estudo mostrou que os pacientes que residem próximo aos hospitais psiquiátricos apresentam tendência maior à reinternação, fato observado tanto com relação ao município (Teresina) quanto a zona/bairro (Centro-Norte), o que pode ser explicado pela proximidade geográfica e pela facilidade do acesso às instituições hospitalares.

Quanto à Hipótese Diagnóstica, à semelhança de outros estudos, houve maior frequência dos casos de reinternação psiquiátrica com Classificação F2x.^{9,22} De fato, a esquizofrenia é um distúrbio comum, que afeta 1% da população geral em diferentes culturas.³⁷

Ao contrário de estudos que apresentam um perfil masculino para F2x,^{22,23,24} porém, não houve diferença significativa nos resultados aqui discutidos, o que vai ao encontro da literatura clássica, que apresenta igual prevalência entre os sexos.³⁵

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram um fenômeno que vivenciamos, atualmente, nos serviços de internação integral em hospitais psiquiátricos, que é a reinternação sucessiva de pacientes. Os dados produziram informações técnicas que podem ser vistas como parte integrante de um programa de assistência a pacientes psiquiátricos para subsidiar o planejamento de ações e a construção de projetos terapêuticos.

Portanto, o grande desafio está na construção de uma rede de alternativas à internação psiquiátrica que esteja de acordo com as necessidades dos pacientes que estão sendo desinstitucionalizados. É fundamental, porém, que haja investimento político e aplicação de recursos crescente na prestação de serviços extra-hospitalares, terapêuticos, eficazes e com resolutividade.

REFERÊNCIAS

1. Ogata MN, Furegato ARE, Saeki T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. *Nursing (São Paulo)*. 2000;45(25):24-29.
2. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-Am Enferm*. 2001; 9(2):48-55.
3. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
4. Lancman S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(1):93-102.
5. Delgado P. Conferência sobre reforma psiquiátrica. In: IV Fórum de Saúde Mental. Teresina, set. 2004.
6. Luz M. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: Amarante P, Organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p.85-95.
7. Pitta A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.216, 06 de Abril de 2001. Senado Federal. 2001. [Citado em 09 set 2004] Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislação/lista_publicações.
9. Gastal LB, Andreoli SB, Quintana MIS, Gameiro MA, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(3):280-5.
10. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
11. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990.
12. Jorge MR, Franca JMF. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23(1):3-6.
13. Fraga MNO. A enfermagem psiquiátrica frente ao processo de desospitalização. In: *Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, Salvador, 1999.
14. Vietta EP, Kodato S, Furlan R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. *Rev Latino-Am Enferm*. 2001; 9(2):97-103.
15. Haver E, Baruch Y, Kotler M. The structural reform of mental health services. *J Psychiatry Relat Sci*. 2003; 40(4):235-7.
16. Kent S, Yellowlws P. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hosp Com Psychiatry*. 1994; 45(4):347-50.
17. Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *J Bras Psiquiatr*. 1991; 40(7):355-60.
18. Camarotti MH. Instituição aberta de saúde mental: um novo paradigma de atendimento. *Rev Saúde Distrito Federal (Brasília)*. 1997; 8(4):32-5.
19. Silva MC, Stefanelli MC. Estudo preliminar sobre fatores que levam a reinternação de pacientes em hospitais psiquiátricos. *Rev Paul Enferm*. 1991; 10(1):21-8.
20. Solomon P, Doll W. The varieties of redimission: the case against the use of redivism rates as a measure of program effectiveness. *Am J Ortho-Psychiatr*. 1979; 49(2):230-9.
21. Montgomery P, Kirkpatrick H. Compreendendo aqueles que procuram os hospitais psiquiátricos frequentemente. *Nursing (São Paulo)*. 2002; 16(1):16-24.
22. Santos R, Rocha JSY. Estudo das re-internações psiquiátricas na região de Ribeirão Preto no período de 1998-1999 [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
23. Kastrup M. Who became revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scand*. 1987; 76(1):80-8.
24. Lewis T, Joyce TR. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. *Acta Psychiatry Scand*. 1990; 82(2):130-5.
25. Havassy BE, Hopkin JT. Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients. *Hosp Comm Psychiatry*. 1989; 40(8):820-3.
26. Swigar ME, Astrachan B, Levine MA, Mayfield V, Radovich C. Single and repeated admissions to a mental health center: demographic, clinical and use of service characteristics. *Int J Soc Psychiatry*. 1991; 37(4):259-66.
27. Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. São Paulo: USP; 1998.
28. Lobiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.
29. Vogel S, Huguélet P. Factores associate with multiple admissions to a public psychiatric. *Acta Psychiatric Scand*. 1997; 95:244-53.
30. Morgado A, Lima LA. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *J Bras Psiquiatr*. 1994; 43(1):19-28.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo Demográfico 2004. [Citado em set. 2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>
32. Contel JOB. Contribuições ao estudo comparativo da assistência ambulatorial psiquiátrica pública em Ribeirão Preto (SP). *J Bras Psiquiatr*. 1994; 43(3):133-40.
33. Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Social Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41(2):115-21.
34. Goodpastor WA, Hare BK. Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital. *Hosp Comm Psychiatry*. 1991; 42(1):85-7.
35. Sadock BJ, Sadock VA. *Compendio de psiquiatria*. São Paulo: Artmed; 2007.
36. Stuart GW, Laraia MT. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas*. São Paulo: Artmed; 2001.
37. Laranjeira OP, Dratcu L, Almeida OP. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
38. Sgambati ERV. Reinternação e rejeição familiar: um estudo com paciente psiquiátricos [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 1993.

Data de submissão: 27/11/2007

Data de aprovação: 11/3/2008