**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

SYLAS SCUSSEL JUNIOR

**INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE LONGA
PERMANÊNCIA – UM ESTUDO CASO
CONTROLE – DA SAÚDE MENTAL
COMUNITÁRIA PARA UMA ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA INTEGRAL**

**RIBEIRÃO PRETO
2018**

SYLAS SCUSSEL JUNIOR

**INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS DE LONGA
PERMANÊNCIA – UM ESTUDO CASO
CONTROLE – DA SAÚDE MENTAL
COMUNITÁRIA PARA UMA ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA INTEGRAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em ***Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo***, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Professor Dr. Altacílio Aparecido Nunes

**RIBEIRÃO PRETO
2018**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Scussel Junior, Syllas

Internações psiquiátricas de longa permanência – um estudo caso controle – da saúde mental comunitária para uma assistência psiquiátrica integral

Ribeirão Preto, 2018.
106 fl. : il.

Tese de doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Professor Dr. Altacílio Aparecido Nunes

1. internações psiquiátricas; 2. longa permanência; 3. caso controle; 4. Brasil.

Dedicatória

Ao meu pai Silas Scussel (*in memoriam*), que através do seu exemplo me ensinou o valor do trabalho e do caráter em qualquer área da vida e em qualquer tempo.

Ensinou-me pelo seu exemplo que somente o trabalho intensivo e constante é fonte de vida digna e feliz.

Isso tem sido fundamental para entender que a Ciência só atinge seus altos objetivos através de trabalho disciplinado, incansável e desprendido.

Ensinou-me pelo seu exemplo que o caráter é a soma e a resultante final de nossas ações e palavras em perfeita coerência, ainda quando tal coerência contrarie nossos interesses pessoais.

A Ciência tem-me colocado o desafio incessante de questionar e renunciar a minhas opiniões e certezas prévias na aplicação de um Método que seja um Caminho claro e passível de ser seguido por outros que procurem a Verdade.

Ensinou-me que a Verdade que importa é a que produz Vida digna e harmoniosa em uma sociedade consciente e voluntariamente fraterna.

Isso compreendi da sua vida simples e dedicada ao trabalho para o bem da família em profunda sintonia e respeito pelas normas e leis da sociedade. Ainda quando tais normas e leis não se caracterizassem por ser propriamente justas.

Tal inflexibilidade de negociação dos princípios me evidenciou uma essência de Justiça que permeou a sua vida e subsistiu íntegra acima e além das efêmeras glórias do consenso momentâneo dos homens e sociedades transitórios.

À minha mãe Marta Rodovalho Scussel que foi o apoio, refúgio e incentivo constante para que ele fosse quem foi; proporcionando o alívio e refrigério para suas lutas diárias. A pessoa que idealizou, configurou e sustentou harmoniosamente o contexto para que eu seja quem sou.

Agradecimentos

Minhas mais profundas e sinceras gratidão e admiração ao meu orientador **Professor Doutor Altacílio Aparecido Nunes** pela condução segura e paciente, incentivando-me e desafiando-me ao aprimoramento incessante do trabalho e da escrita, o que inevitavelmente me guiou ao aprimoramento pessoal.

Ao **Professor Doutor Edson Zangiacomi Martinez** pelo apoio, incentivo e por compartilhar o amor pela Ciência.

Aos dedicados e generosos profissionais da Secretaria de Pós Graduação de Saúde na Comunidade, **Sérgio Carlos do Nascimento e Paula Maria Pereira**, pelo auxílio sempre oportuno, pela dedicação para além das formalidades burocráticas, pela paciência e amizade.

Aos meus queridos filhos **Pedro Austregésilo Scussel, André Austregésilo Scussel e Artur Austregésilo Scussel** e enteadas, filhas do coração **Lara Campoi Paschoal e Laís Campoi Paschoal** pelos maiores e inesgotáveis inspiração, motivação e desafios.

À minha companheira de todos os momentos **Kelly Francelly Campoi** pela paciência, apoio e incentivo, apesar de minhas inúmeras falhas e pela compreensão ante o sequestro de atenção realizado pela Ciência.

A todos os meus familiares, especialmente meus irmãos **Renato Rodovalho Scussel, Denise Rodovalho Scussel e Débora Rodovalho Scussel** pela fraterna amizade e generoso apoio e incentivo na aceitação e tolerância ante minhas impaciências e exigências.

Lista de abreviaturas e siglas

EUA – Estados Unidos da América

MS – Ministério da Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

SEU – Sanatório Espírita de Uberaba

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SES – MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CEP-CSE-FMRP-USP - Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

OR – Odds Ratio

IC – Intervalo de Confiança

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DP – Desvio-padrão

RO – Rondônia

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

SUS – Sistema Único de Saúde

Lista de Figuras

- Figura 1** – Representação gráfica (box-plot) da distribuição do tempo de permanência em dias entre os sexos, considerando-se ambos os grupos..... 50
- Figura 2** – Representação gráfica (box-plot) da distribuição do tempo de permanência em dias entre os motivos de internação, considerando-se ambos os grupos..... 51
- Figura 3** – Representação gráfica (box-plot) da distribuição do tempo de permanência em dias, considerando-se a presença de serviços comunitários no local de procedência da internação..... 52

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da procedência das internações psiquiátricas para casos e controles no ano de 2014.....	44
Tabela 2 – Distribuição dos valores de tendência central da idade e tempo de permanência entre casos e controles.....	46
Tabela 3 – Análise univariada de casos e controles, considerando sexo, motivo de internação e serviços comunitários.....	47
Tabela 4 – Resultado da análise multivariada por regressão logística, considerando-se duas variáveis independentes.....	48
Tabela 5 – Distribuição dos motivos de internação em relação ao sexo.....	49

Resumo

Scussel Jr, Syllas. **Internações psiquiátricas de longa permanência – um estudo caso controle – da saúde mental comunitária para um assistênciapsiquiátrica integral** 2018. 106fl. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Tradicionalmente o planejamento de provisão de internações baseia-se em comparações nacionais e internacionais em vez da eficácia de políticas de curta e de longa permanência. Estudos sobre as causas e consequências das internações psiquiátricas de longa permanência têm uma relação direta ao tamanho e provisão de instalações que têm um maior impacto sobre como os recursos são utilizados. **Objetivo:** Identificar fatores de exposição associados ao tempo de permanência prolongado em internações psiquiátricas. **Metodologia:** estudo caso controle realizado no hospital psiquiátrico de Uberaba. Os casos foram todos os pacientes com internações com permanência superior a 60 dias contínuos no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2014. Os controles escolhidos aleatoriamente, pareados por sexo e idade. Características epidemiológicas e sociodemográficas relacionadas às internações psiquiátricas de longa permanência foram descritas e realizadas comparações entre as diversas variáveis. Análise multivariada por regressão logística foi realizada para determinar variáveis preditoras de internação psiquiátrica de longa permanência. **Resultados:** selecionou-se 216 pacientes, 72 casos (5,5% do total de internações) e 144 controles; 63,9% do sexo masculino; a média de idade foi de 44,4 anos ($DP \pm 11,9$); a procedência distribuiu-se entre 53% do próprio município de Uberaba e o restante entre 43 outros; o tempo de permanência foi de 84,8 dias ($DP \pm 31,4$; IC95%: 77,4-92,2) entre os casos e de 33,2 dias ($DP \pm 10,8$; IC95%: 31,5-35,1) entre os controles ($p < 0,05$). A média do tempo de permanência para pacientes com motivo de internação com risco para si ou terceiros foi de 38,7 dias ($DP \pm 24,1$) e para os com motivo sem tal risco foi de 59,3 dias ($DP \pm 33,7$) ($p < 0,05$). Houve associação com o desfecho, em análises univariadas e multivariadas por regressão logística do motivo da internação por incapacidade de autocuidado e/ou falência do suporte familiar e/ou social (OR 3,61; [IC95%: 1,91-6,82]). **Conclusão:** os resultados do estudo concordam com a literatura internacional. Em nosso país não existem estudos de custo-eficácia deste tema. Recomenda-se mais estudos analíticos que investiguem a qualidade de vida de pessoas que tenham internações psiquiátricas de longa permanência, visando tanto o processo de planejamento da alta e o pós alta, utilizando critérios amplos sem focalizar categorias definidas de doenças.

Palavras-chave: internações psiquiátricas; longa permanência; caso controle; Brasil.

Abstract

Scussel Jr, Syllas. **Long stay psychiatric hospitalisations - a case control study – from community mental health to comprehensive psychiatric care** 2018. 106fl.Doctorate Thesis - Faculty of Medicine, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Background:Traditionally, hospitalisation planning is based on national and international comparisons rather than the effectiveness of short-term and long-term policies. Studies on the causes and consequences of long-stay psychiatric hospitalisations have a direct relationship to the size and provision of facilities that have a greater impact on how the resources are used. **Objective:** To identify exposure factors associated with long stay in psychiatric hospitalizations. **Methods:** a case control study performed at the psychiatric hospital of Uberaba, Minas Gerais. Cases were all patients with hospitalisations with stay over 60 continuous days from January 2014 to December 2014. The randomly chosen controls, matched by sex and age. Epidemiological and sociodemographic characteristics related to long-stay psychiatric hospitalisations were described and comparisons were made between the several variables. Multivariate analysis by logistic regression was performed to determine predictors of long-stay psychiatric hospitalisation. **Results:** 216 patients were selected, 72 cases (5.5% of all hospitalisations) and 144 controls; 63.9% male; the mean age was 44.4 years (± 11.9); the origin was distributed between 53% of Uberaba itself and the rest among 43 other cities; the length of stay was 84.8 days (± 31.4 ; CI95%: 77,4-92,2) between the cases and 33.2 days (± 10.8 ; CI95%: 31,5-35,1) between the controls ($p < 0.05$). The mean length of stay for patients with risk for themselves or others was 38.7 days (± 24.1) and for those without that risk was 59.3 days (± 33.7) ($p < 0.05$). There was an association with the outcome in univariate and multivariate analyzes by logistic regression of the reason for hospitalisation due to incapacity for self-care and/or family and/or social support failure (OR 3.61; 95% CI: 1.91-6.82). **Conclusions:** the results of the study agree with the international literature. In our country there are no cost-effectiveness studies of this topic. More analytical studies are recommended that investigate the quality of life of people with long-stay psychiatric hospitalisations, aiming at both discharge process and post-discharge planning, using broad criteria without focusing on defined categories of diseases.

Keywords: psychiatric hospitalisations; long stay; case control; Brazil.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
<i>Dos hospitais psiquiátricos para a comunidade.....</i>	<i>18</i>
<i>Hospitais psiquiátricos: extinção ou transformação. A reforma psiquiátrica em outros países.....</i>	<i>19</i>
<i>A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....</i>	<i>23</i>
<i>Internações psiquiátricas de longa permanência: desafio para uma assistência integral.....</i>	<i>24</i>
<i>Internações psiquiátricas prolongadas: desafio e possibilidades.....</i>	<i>25</i>
<i>Justificativa (ou relevância do estudo)</i>	<i>27</i>
 OBJETIVOS.....	 29
 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	 33
<i>Critérios de elegibilidade e inclusão (casos e controles)</i>	<i>35</i>
<i>Critérios de inelegibilidade e exclusão (casos e controles)</i>	<i>36</i>
<i>Tamanho amostral.....</i>	<i>36</i>
<i>Coleta de dados e variáveis selecionadas.....</i>	<i>37</i>
<i>Análise estatística.....</i>	<i>39</i>
<i>Considerações éticas.....</i>	<i>40</i>
 RESULTADOS.....	 41
<i>Características da amostra.....</i>	<i>43</i>
<i>Análise univariada.....</i>	<i>46</i>
<i>Análise multivariada.....</i>	<i>47</i>
 DISCUSSÃO.....	 53
<i>Achados em relação à hipótese primária</i>	<i>60</i>
<i>Limitações.....</i>	<i>64</i>
 CONCLUSÃO.....	 65
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 69
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A investigação das internações psiquiátricas de longa permanência pode fornecer importantes informações que subsidiem a elaboração de indicadores de qualidade dos serviços de internação psiquiátrica baseados em critérios de custo-eficácia¹ e também a formulação de planos com metas claramente pactuadas e prazos estabelecidos para o direcionamento de recursos financeiros e provisionamento de recursos humanos tanto para os serviços de internação psiquiátrica como para os serviços de base comunitária^{1,2}.

Em uma revisão sistemática realizada em 1999, Johnstone & Zolese concluem que:

“políticas de duração da internação têm uma relação direta ao tamanho e provisão de serviços de internação; têm um maior impacto sobre como os recursos são utilizados; tradicionalmente o planejamento de provisão de internações baseia-se em comparações nacionais e internacionais em vez da eficácia de políticas de curta e de longa permanência; (tais estudos de custo-eficácia) fornecem apoio ao apropriado uso de recursos em políticas de curta permanência; apoia indiretamente a remuneração de serviços onde o planejamento da alta e pós-alta seja uma prioridade.”

A literatura internacional de avaliação das internações psiquiátricas de longa permanência especialmente em relação à eficácia das políticas de curta e longa permanência é relativamente escassa¹.

Uma busca realizada na PubMed de 1963 até o presente (2018), usando os termos “psychiatry” and “longstay”, retornou 399 resultados (53% de 1995 até o presente; e 40% a partir de 2000).

No Brasil, os estudos existentes são de caráter hegemonicamente qualitativos³ e não existem estudos de custo-eficácia dos serviços de saúde mental⁴.

Dos hospitais psiquiátricos para a comunidade

No plano mundial, por volta dos anos 1970, teve início em diversos países uma reformulação da assistência a partir dos hospitais psiquiátricos denominada reforma psiquiátrica em muitos deles^{1,2,5,6,7,8}.

Na Itália, por exemplo, a partir de 1978, mudanças legislativas implementaram a chamada reforma basagliana, inspirada nas transformações implementadas por Franco Basaglia desde meados dos anos 1960 em Trieste, a qual promovia a retirada dos internos de grandes hospitais psiquiátricos para um cuidado na comunidade. Tal reforma propunha inclusive a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua completa substituição pelos serviços na comunidade⁶. Desde então, a Itália foi o único país a extinguir efetivamente os hospitais psiquiátricos^{6,9}.

Na Alemanha⁷, houve redução de tamanho dos hospitais psiquiátricos e completa reformulação dos mesmos em termos de infraestrutura, pessoal, instalações, projetos terapêuticos e direcionamento do foco dos hospitais psiquiátricos.

No Japão², conseguiu-se diminuir o tempo de permanência e a transferência para cuidados comunitários.

A Grécia⁵ iniciou sua reforma psiquiátrica em 1984 e a partir de 2000 passou a realizar grandes investimentos para desinstitucionalizar pacientes de longa permanência em 8 grandes hospitais públicos visando o fechamento dos mesmos em 10 anos.

O Canadá¹⁰ iniciou sua reforma psiquiátrica nos anos 1960 e, desde então, consolidou uma diversificada rede de cuidados na comunidade.

Na Suécia¹¹, os hospitais psiquiátricos passaram por profundas transformações seja em infraestrutura, qualificação de profissionais e desenvolvimento de projetos terapêuticos.

Após três décadas de desenvolvimento, tais reformas apresentavam como denominador comum o movimento do cuidado em saúde mental dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, com a criação de diversas instalações na comunidade^{6,7,8}.

Ao longo de três décadas, as discussões centravam-se na eficácia dos serviços comunitários e sobre a possibilidade de os mesmos substituírem o hospital psiquiátrico^{1,6}.

Hospitais psiquiátricos: extinção ou transformação. A reforma psiquiátrica em outros países.

A análise da reforma psiquiátrica em outros países possibilita-nos algumas reflexões com paralelos importantes para a compreensão do processo em nosso país.

Na Itália, grandes avanços foram conquistados; todos os hospitais psiquiátricos foram fechados (único país a fechar todos os hospitais psiquiátricos); as taxas de internação psiquiátrica são as mais baixas do mundo; não houve diferença no aumento de violência (risco para si ou para terceiros); o desenvolvimento de habilidades de autocuidado e de relacionamento melhores na comunidade do que em ambiente hospitalar. O maior problema da reforma tem sido mover a carga de cuidado das instituições para as famílias. Há carência de dados sobre milhares de pacientes que deixam os hospitais e milhares de pacientes que não chegam a ser internados. A redução de internações psiquiátricas resultou de medidas legais e administrativas de redução de leitos^{6,9}.

Morzycka-Markowska (2015)⁶ apresenta-nos importantes aspectos na análise que faz desse processo. Destaca o pioneirismo italiano e o alcance de um consenso mundial sobre a superioridade do tratamento na comunidade sobre o tratamento em instituições psiquiátricas com caráter de segregação. Enfatiza a satisfação do usuário, a não confirmação de periculosidade para si ou para terceiros maior na vida comunitária, o desenvolvimento, inclusive, de habilidades de autocuidado e de relacionamento melhores na comunidade do que no ambiente hospitalar. O fenômeno denominado porta giratória (“revolving door”) em que se observa reinternações frequentes e precoces após alta hospitalar psiquiátrica foi amplamente elucidado estabelecendo a necessidade de melhor preparação durante a internação psiquiátrica para a vida pós-alta hospitalar e a ligação com serviços de base comunitária desde a internação. Contudo, é de se destacar as dificuldades no início da reforma na Itália da lentidão no desenvolvimento do tratamento na comunidade e até hoje na insuficiência dos serviços comunitários, tanto em quantidade como em eficácia; a sobrecarga para as famílias pela transferência do cuidado para a comunidade e a deficiência em contar com número suficiente de serviços e profissionais dedicados para apoiá-las.

Morzycka-Markowska et al (2015)⁶ destaca algumas dificuldades de se avaliar objetivamente a reforma italiana:

“As publicações sobre as causas e consequências da desinstitucionalização são fragmentárias. Elas usualmente descrevem casos individuais de determinadas regiões (mais ou menos representativas) ou apresentam uma breve história da reforma legislativa. A maioria da literatura cobre a primeira década após a implementação da Lei Basaglia (por volta de 1989, um pico de interesse no tema foi visto). Quando analisamos os dados estatísticos (publicados pela OMS ou relatórios de pesquisa do governo italiano) é difícil separar os problemas relacionados especificamente à desinstitucionalização dos problemas gerais da assistência psiquiátrica” (Morzycka-Markowska et al, 2015, p. 407; tradução pelo autor)

Pesquisas das primeiras décadas da reforma indicaram significativas tendências, como a redução de pacientes e a redução de hospitalizações compulsórias⁶.

“O que falta são dados sobre o contexto de milhares de pacientes que saem do hospital e o de outros milhares que não foram internados nos hospitais. Parece óbvio que a redução de internações resultou puramente de mudanças administrativas; uma limitação do número de leitos e restrições legais acerca de internações compulsórias” (Morzycka-Markowska et al, 2015, p. 408; tradução pelo autor)

Na Alemanha⁷, a percepção da população em relação aos hospitais psiquiátricos mudou significativamente, passando a vê-los como locais de tratamento. Contudo, não se modificou a percepção da necessidade dos mesmos para proteger a sociedade das pessoas com transtornos mentais. Permanecem dificuldades em lidar com contenções físicas em situações agudas, restrições financeiras e diferenças entre locais de tratamento.

No Japão², ainda é elevada a proporção de internações por mais de um ano e por mais de cinco anos; o que se agrava com o envelhecimento da população.

Na Grécia⁵, após 13 anos de início do processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, metade havia sido fechada e persistiam graves problemas em relação ao número e qualidade dos serviços de base comunitária. O que se agravou intensamente com a séria crise econômica, conduzindo por um lado ao empobrecimento da população com imediatas e graves consequências para os mais vulneráveis e famílias e, por outro lado, a redução drástica de orçamento e recursos para o setor saúde.

A Suécia¹¹ um país do mais elevado desenvolvimento social tem identificado dificuldades na transferência de informações entre equipes de serviços de saúde mental, equipes dos serviços sociais, cuidadores dos serviços sociais e usuários. Identificam nessas dificuldades importantes obstáculos para o maior desenvolvimento da reforma psiquiátrica e apontam como uma importante razão para a permanência dessas dificuldades é que servem a um importante propósito para aqueles os atores

envolvidos, em termos de preservar a identidade de grupo, que lhes dá a oportunidade de exercer influência em seu contexto e proporciona espaço para manobras.

Na Itália e em todos os países permanece o desafio com pacientes de longa permanência em internações e que necessitam cuidados intensivos e individualizados para a vida em comunidade. No Canadá¹⁰, nos EUA¹², no Japão², na Comunidade Europeia⁸, na Inglaterra e Reino Unido¹³, o que se discute é o fortalecimento dos serviços comunitários associado a uma contínua qualificação dos serviços hospitalares e da ligação entre os mesmos.

As evidências acumuladas são consistentes em afirmar a superioridade dos cuidados em serviços de base comunitária sobre a permanência em grandes hospitais com caráter de segregação^{6,10}. Internações psiquiátricas breves mostram-se tão ou mais eficazes que internações psiquiátricas de longa permanência¹. Internações psiquiátricas breves não aumentam o risco de suicídio, violência ou perda de assistência^{1,6}. As internações psiquiátricas breves proporcionam maior satisfação ao usuário e a ocorrência de reinternações frequentes está mais relacionada com a insuficiência dos serviços de base comunitária, em número, infraestrutura, pessoal qualificado, projetos de cuidado e organização das redes de apoio^{1,6,10,14}.

Contudo, internações psiquiátricas prolongadas continuam a ocorrer em todo o mundo.^{2,7,10,13}

A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A reforma psiquiátrica brasileira inspirou-se integralmente na reforma italiana e desenvolveu-se a partir de políticas públicas específicas para o setor desde os anos 1990 no país.^{15,16,17,18}

Desde então, temos assistido paralelamente à criação de serviços substitutivos, a redução de leitos psiquiátricos e mesmo o fechamento de hospitais psiquiátricos – a chamada desospitalização psiquiátrica.^{19,20}

Ao fim de cerca de três décadas, revisões importantes têm apresentado o balanço de seus avanços e dificuldades.^{15,16,21}

A reforma brasileira compartilha dos mesmos problemas: insuficiência e qualificação dos serviços de base comunitária, articulação entre os diferentes níveis de cuidado, sobrecarga sobre as famílias, ampliado pelo tamanho da população e pelos problemas econômicos.^{4,22,23,24,25}

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde.¹⁹ Somente de 2002 a 2014 extinguiram-se mais de 25.000 leitos; e, de 2010 a 2014 cerca de 6.700 deixaram de existir.²⁰

Mateus, Mari et al (2008)⁴ constataam que os serviços estão desigualmente distribuídos através das regiões do país, e o crescimento da população idosa combinado com uma existente lacuna no tratamento está aumentando a carga sobre os cuidados em saúde mental. Afirmam que não existem dados consistentes para mostrar o impacto das políticas em termos de custo-eficácia dos serviços comunitários e não há indicadores tangíveis para avaliar os resultados dessas políticas.

Internações psiquiátricas de longa permanência: desafio para uma assistência integral

O tempo de duração de internação varia amplamente entre os países, localidades e hospitais; os critérios de mensuração são diversificados e os dados inconsistentes.^{1,2,7}

O sucesso do cuidado em serviços de base comunitária depende de investimentos elevados em infraestrutura, logística, pessoal e projetos de tratamento.^{1,5,6,14}

Na Irlanda, McInerney et al (2010)¹⁴ em um estudo “*follow-up*” de 5 anos identificaram melhora na qualidade de vida após a alta hospitalar de pacientes psiquiátricos com internação prolongada. Houve maior satisfação do usuário com o novo ambiente comunitário e progressos no nível do autocuidado e de relacionamento interpessoal no primeiro ano após a alta, mas que não se mantiveram no quinto ano na comunidade. Concluíram pela necessidade de maior treinamento para os funcionários das residências comunitárias.

A sobrecarga para as famílias^{6,13} e a insuficiência de recursos financeiros, humanos (em número e capacitação) e instalações^{6,10,13,14} associadas às necessidades de realojamento para pessoas com alto grau de incapacitação e dependência de cuidados^{10,13,14} têm-se constituído nos principais desafios para uma assistência psiquiátrica integral com base na comunidade.

Internações psiquiátricas prolongadas: desafio e possibilidades

A análise das AIH (Autorizações de Internação Hospitalar) de longa permanência do hospital em que se realizou este estudo mostrou que as principais ocorrências nestas internações são relacionadas: a) com riscos para si e/ou para terceiros, as quais são especialmente devidas a grave crise psicótica e/ou impulsos agressivos com ausência de controle dos impulsos e de difícil contenção; b) com a incapacidade ou grave limitação do autocuidado, as quais se relacionam a falta de desenvolvimento psicomotor, treinamento de habilidades, ausência ou falta de motivação; e, c) com a ausência ou falência de suporte familiar e/ou social, as quais se devem à falta do mesmo, desestruturação econômica ou da coesão familiar, rejeição de e aos familiares, insuficiência dos serviços extra hospitalares por ausência dos mesmos, carência de recursos ou horários, incapacidade de atender às necessidades da demanda. Estes critérios são adotados no plano terapêutico do hospital para caracterizar o motivo da internação. Os mesmos foram aqui adotados em lugar do critério diagnóstico pela Classificação Internacional de Doenças (CID), predominante na literatura internacional, mas que não capta os diferentes matizes psicossociais relacionados ao transtorno mental e a demanda por cuidado ou internação. Apoiamo-nos na indicação de Johnstone & Zolese (1999)¹ que, em uma revisão sistemática, recomendaram a adoção de critérios mais amplos em lugar de categorias diagnósticas como mais sensíveis para captar variáveis de interesse em relação às internações psiquiátricas prolongadas.

A grave limitação ou incapacidade para o autocuidado associa-se com a falência ou ausência de suporte familiar ou social. O que se associa diretamente à

ocorrência de internações psiquiátricas prolongadas e a necessidade de realojamento.¹³

A questão geradora deste estudo é: quais são as causas das internações psiquiátricas prolongadas e suas consequências para os indivíduos, famílias e sociedade, num contexto de expressiva redução de leitos hospitalares psiquiátricos no Brasil?

A ausência de estudos avaliativos de custo-eficácia e de indicadores elaborados com tal fundamentação científica é um fato de caráter internacional¹; todo o planejamento é realizado sobre séries históricas para a projeção de serviços e de necessidades^{2,6}; o que também inviabiliza o monitoramento e avaliação adequado de serviços e de utilização de recursos.^{1,2,6}

No Brasil, o próprio Ministério reconhece que o processo de redução de leitos psiquiátricos tem sido impulsionado por uma série de normatizações federais.^{19,20} Os estudos neste setor têm-se concentrado na reivindicação de maiores recursos para não prejudicar os cuidados já existentes além da necessidade de cobrir ainda inúmeras necessidades.⁴ Estes autores reconhecem a ausência de estudos avaliativos da eficiência dos serviços comunitários existentes e para o planejamento no redimensionamento do cuidado em saúde mental.

Nesse cenário, como fundamentar consistentemente a reivindicação por recursos em quantidade e com aplicação eficiente para atender as demandas do cuidado em saúde mental?

Johnstone & Zolese (1999)¹ propõem estudos sobre a eficácia de políticas de curta e longa permanência para subsidiar o planejamento de provisão de internações em lugar de tradicionais comparações nacionais e internacionais. Afirmam que:

“Tais estudos podem fundamentar o apoio ao apropriado uso de recursos em políticas de curta permanência, como também apoiar indiretamente a remuneração de serviços onde o planejamento da alta e pós-alta seja uma prioridade.” (Johnstone & Zolese, 1999; tradução livre pelo autor)

Este estudo insere-se no campo dos estudos analíticos com o propósito de iniciar uma discussão baseada em evidências que subsidie a formulação de planos que possam ser claramente pactuados e conseqüentemente monitorados e avaliados.

Justificativa (ou relevância do estudo)

Dada a magnitude da desativação de leitos psiquiátricos e a dimensão da extinção de hospitais psiquiátricos na última década e a importância do conhecimento acerca das pessoas que utilizavam tais leitos e dispositivos; e, considerada a imprecisão e fragmentação, inclusive contradições entre os estudos disponíveis considera-se relevante estudos sobre a eficácia de tais políticas.

Um melhor conhecimento sobre a população que apresenta permanência prolongada na internação, pode auxiliar o planejamento local e regional, quanto à melhor assistência a esta demanda e estabelecer prioridades e metas para um desenvolvimento mais eficiente da rede de atenção psicossocial e mais seguro e efetivo para um grupo tão vulnerável.

Além do mais a alocação de recursos fundamental para a otimização de todo o processo de desospitalização pode obter indicadores que favoreçam maior custo-eficácia na utilização dos recursos orçamentários públicos.

O resultado esperado será subsidiar tomada de decisões baseada em evidências que reduzam os efeitos colaterais das políticas públicas sobre indivíduos, famílias e sociedade.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

PRIMÁRIOS

Identificar fatores de exposição associados ao tempo de permanência prolongado em internações psiquiátricas.

SECUNDÁRIOS

1. Comparar características demográficas, clínicas e epidemiológicas entre pessoas que apresentam tempo de permanência prolongado em internação psiquiátrica com pessoas com tempo de internação psiquiátrica menor;
2. Identificar possíveis fatores preditores de internação psiquiátrica prolongada;
3. Investigar indicadores para critérios de decisão baseados em evidências que possam dar suporte a políticas públicas de desospitalização psiquiátrica.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo caso-controle realizado no Sanatório Espírita de Uberaba (atual Serviço Integrado de Saúde Dona Maria Modesto Cravo), cidade do estado de Minas Gerais; Hospital Filantrópico direcionado para o atendimento em psiquiatria.

O município de Uberaba está localizado no estado de Minas Gerais na região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. A população no último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi de 295.988 (duzentos e noventa e cinco mil e novecentos e oitenta e oito) habitantes (IBGE, 2010) e estimada em 328.272 (trezentos e vinte e oito mil e duzentos e setenta e dois) habitantes (IBGE, estimativa 2017).

O período de estudo foi de janeiro a dezembro de 2014.

Critérios de elegibilidade e inclusão (casos e controles)

Os casos foram definidos como: a) as internações psiquiátricas com permanência superior a 60 dias contínuos contados a partir de 1º de janeiro de 2014; b) que tenham iniciado a contagem de período igual ou superior até 31 de dezembro de 2014; c) pacientes maiores de 18 (dezoito) anos de idade.

A seleção inicial dos casos foi extraída dos registros de internação hospitalar manuscritos, por não haver registros computadorizados; sem identificação nominal, os quais foram substituídos por números. O próprio pesquisador cuidou pessoalmente da extração e inserção dos dados para uma planilha de Excel; foram excluídos os registros que: a) estivessem ilegíveis; b) com rasuras; c) com dados incompletos.

Como controles foram definidos pacientes com registros de internações psiquiátricas “incidentes” no ano de 2014 imediatamente antecedentes ou imediatamente posteriores, escolhidos aleatoriamente, pareados por sexo e idade aproximada em cinco anos (para mais ou para menos) na proporção de um caso para dois controles (1:2) que preenchessem os seguintes critérios: a) ter permanência na internação até o máximo de 59 dias cuja contagem tenha se iniciado a partir de 1º de janeiro de 2014; b) permanência de até 59 dias e que tivesse o primeiro dia de contagem até 31 de dezembro de 2014; c) que fossem utilizados como controle apenas uma única vez.

Crítérios de inelegibilidade e exclusão (casos e controles)

Os critérios de exclusão foram semelhantes entre casos e controles, sendo excluídos os registros em que a saída do hospital aconteceu por fuga (evasão), além dos registros que apresentassem qualquer imprecisão ou inconsistência que pudessem introduzir qualquer viés de seleção ou análise ou cujos dados fossem insatisfatórios para análise.

Tamanho amostral

Como base para a seleção de casos, foram utilizadas todas as internações psiquiátricas de longa permanência (≥ 60 dias) referentes ao período de um ano, considerando-se ser esta uma dimensão razoável para ampliar a validade das conclusões; ou seja, como foram selecionadas todas as internações de longa permanência o cálculo de tamanho amostral não se justifica no presente estudo.

Foi escolhido o ano de 2014 por tratar-se do período solicitado previamente para a instituição. Não tendo sido observadas alterações significativas nos anos posteriores relacionados ao padrão do tempo de permanência, aos diagnósticos ou clientela. Estudo anterior conduzido pelo pesquisador²⁹ também apresentou proporções semelhantes.

Ao final atingiu-se um total de 216 (duzentos e dezesseis) registros, sendo distribuídos entre 72 (setenta e dois) casos e 144 (cento e quarenta e quatro) controles.

Coleta de dados e variáveis selecionadas

Do registro de internações do hospital foram extraídas informações sobre sexo, idade, procedência, diagnósticos e tempo de permanência; dos registros da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – SES-MG, a existência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos locais de procedência dos internos; das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), foram coletados os motivos que justificaram a internação.

Considerou-se como variável dependente (resposta) o tempo de permanência na internação psiquiátrica, enquanto as variáveis independentes (explicativas) foram: sexo, idade, procedência, justificativa de internação prolongada, diagnósticos mais prevalentes, identificação dos serviços comunitários.

A variável dependente tempo de permanência foi calculada pela diferença entre a data de admissão e a data de alta.

As variáveis sexo, justificativa (motivo) da internação e identificação dos serviços comunitários foram codificadas em códigos binários (0 e 1) para a planilha. Para sexo, Masculino (0) e Feminino (1); para motivo da internação, Riscos para si

e/ou para terceiros (0) e Incapacidade de autocuidado e falência do suporte familiar e/ou social (1); e, para a existência de serviços comunitários nos locais de procedência da internação, Presença (0) e Ausência (1).

A variável motivo da internação foi dicotomizada a partir dos registros hospitalares que utilizam critérios de internação do plano terapêutico do hospital (além de presença de transtorno mental): a) risco de autoagressão (para si mesmo); b) risco de heteroagressão (para terceiros); c) risco de agressão à ordem pública; d) risco de exposição social; e) Incapacidade grave de autocuidado. A partir desse ponto, agrupou-se em duas categorias: Com risco (englobando todos os riscos) e Sem risco (incapacidade grave de autocuidado).

Nas AIH, a justificativa para o prolongamento da internação registrava também a falência do suporte familiar e/ou social (indicando dificuldades para colocação após a alta na família ou em equipamentos sociais).

A variável idade foi calculada pela diferença entre a data de nascimento e a data da admissão na internação. A variável “diagnósticos mais prevalentes” baseou-se na Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão (CID-10) adotada nos registros hospitalares.

O motivo da internação (sua justificativa) foi aqui adotado por representar mais adequadamente a necessidade de internação do que propriamente o diagnóstico; sendo o Risco para si ou para terceiros e a incapacidade de autocuidado e falência do suporte familiar e/ou social condições classicamente relacionadas a indicações para internação psiquiátrica. Classificou-se o Risco para si e para terceiros em um grupo por apresentarem-se imbricadas e de difícil distinção; já a incapacidade de autocuidado com falência do suporte familiar e/ou social pela mesma indissociabilidade e implicação recíproca.

Além da coleta de dados secundários, paralelamente foram realizadas buscas de publicações sobre o assunto nas bases PUBMED/MEDLINE, Scielo, LILACS e Cochrane Library, visando ao final da presente pesquisa confrontar os resultados aqui encontrados com a literatura recente no mundo.

Análise estatística

Inicialmente, procedeu-se à análise exploratória dos dados seguida de apresentação de estatística descritiva. Posteriormente, visando a análise comparativa entre os grupos, passou-se à verificação de associações entre a variável dependente e as variáveis explicativas utilizando como estimador de efeito, o *Odds Ratio (OR)* e seu intervalo de confiança a 95% (IC95%), primeiramente através de análises univariadas e, posteriormente, através de análise multivariada por regressão logística com ajustes necessários, considerando-se as possíveis variáveis potencialmente indutoras de viés de confundimento.

Na verificação de diferenças entre medidas de tendência central, empregou-se o teste t-Student para amostras independentes com ajustes para o pareamento realizado, quando se tratou de médias e o teste de Mann-Whitney (amostras independentes) quando se tratou de medianas. A diferença entre proporções foi verificada empregando-se o teste qui-quadrado (χ^2) ou teste z. O nível de significância adotado foi de 5% para todas as análises.

Para análise dos dados empregou-se os “softwares” MedCalcStatistical Software® version 18.2.1 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2018) e IBM SPSS 20.0®.

Considerações éticas

O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (Nº 5414-USP/CEP-CSE-FMRP-USP). (Anexo 1). Foi solicitada dispensa de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de uma pesquisa em base de dados secundários (registros de internação) sem acesso a dados individuais de prontuário e garantida toda a confidencialidade dos dados e proteção contra identificação. Foi elaborado o Termo de Autorização Institucional solicitando permissão para a realização da pesquisa no Sanatório Espírita de Uberaba com tais garantias, e obtido o seu parecer favorável, quando então se iniciou a coleta dos dados (Anexo 2).

RESULTADOS

Características da amostra

No ano de 2014, houve cerca de 1.294 (hum mil e duzentas e noventa e quatro) internações no hospital psiquiátrico.

Ao longo do ano de 2014, foram identificadas 72 (5,5% do total) internações psiquiátricas de longa permanência (casos) e 144 internações psiquiátricas com permanência menor (controles), totalizando 216 internações analisadas. Quatro casos apresentaram duas internações no ano.

Em relação às características demográficas, o sexo masculino contribuiu com 138 internações (63,9%) e o sexo feminino com 78 internações (36,1%), na amostra geral.

Nessa amostra de 216 pessoas; a menor idade encontrada foi de 21 anos e o maior valor para a idade foi de 77 anos; a mediana de 45 anos (IC95%: 42,1 a 47 anos), próxima da média aritmética de 44,4 anos (DP $\pm$ 11,9 anos).

A distribuição etária não apresentou diferenças entre os sexos, sendo a média aritmética de 44,3 anos (DP $\pm$ 12,9 anos) entre os homens e de 44,5 anos (DP $\pm$ 10,2 anos) entre as mulheres; a mediana foi de 45 anos (IC95%: 42,1 a 47,0 anos) (p>0,005).

A variável procedência (Tabela 1) apresentou 116 internações (53%) do próprio município de Uberaba, na amostra geral; as outras 100 internações (47%) distribuem-se entre 42 municípios da região mais 1 (uma) de Porto Velho (RO). O município de Uberaba contribuiu com 47% das internações do grupo caso e 57% do grupo controle.

Tabela 1 - Distribuição da procedência das internações psiquiátricas para casos e controles no ano de 2014 (continua)

PROCEDÊNCIA	GRUPO		
	CASOS	CONTROLES	
ABADIA DOS DOURADOS	0	1	1 (0,5%)
ARAXÁ	6	2	8 (3,7%)
ARINOS	1	0	1 (0,5%)
BURITIS	0	1	1 (0,5%)
CABECEIRA GRANDE	1	0	1 (0,5%)
CAMPO FLORIDO	2	1	3 (1,4%)
CARMO DO PARANAÍBA	1	0	1 (0,5%)
CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS	2	5	7 (3,2%)
CONQUISTA	0	3	3 (1,4%)
COROMANDEL	0	1	1 (0,5%)
CRUZEIRO DA FORTALEZA	1	0	1 (0,5%)
DELTA	0	2	2 (0,9%)
FRONTEIRA	0	3	3 (1,4%)
FRUTAL	0	1	1 (0,5%)
GUARDA-MOR	0	1	1 (0,5%)
IBIÁ	0	1	1 (0,5%)
ITAPAGIPE	0	1	1 (0,5%)
ITURAMA	0	1	1 (0,5%)
JOÃO PINHEIRO	1	1	2 (0,9%)
LAGOA FORMOSA	1	1	2 (0,9%)

Tabela 1 - Distribuição da procedência das internações psiquiátricas para casos e controles no ano de 2014 (continuação)

LIMEIRA DO OESTE	0	1	1 (0,5%)
MATUTINA	0	1	1 (0,5%)
MONTE ALEGRE DE MINAS	1	0	1 (0,5%)
MONTE CARMELO	0	6	6 (2,8%)
NATALANDIA	1	1	2 (0,9%)
PARACATU	6	4	10 (4,6%)
PATOS DE MINAS	2	1	3 (1,4%)
PERDIZES	0	2	2 (0,9%)
PLANURA	1	5	6 (2,8%)
PORTO VELHO	1	0	1 (0,5%)
PRATA	2	1	3 (1,4%)
PRES. OLEGÁRIO	2	1	3 (1,4%)
RIACHINHO	1	3	4 (1,9%)
RIO PARANAÍBA	0	1	1 (0,5%)
ROMARIA	0	1	1 (0,5%)
SACRAMENTO	1	1	2 (0,9%)
SÃO GOTARDO	0	1	1 (0,5%)
SERRA DO SALITRE	1	2	3 (1,4%)
TIROS	0	1	1 (0,5%)
TUPACIGUARA	0	1	1 (0,5%)

Tabela 1 - Distribuição da procedência das internações psiquiátricas para casos e controles no ano de 2014 (continuação)

UBERABA	34	82	116 (53,7%)
UBERLÂNDIA	1	0	1 (0,5%)
UNAI	1	2	3 (1,4%)
VAZANTE	1	0	1 (0,5%)
	72 (33,3%)	144 (66,7%)	216

Fonte: Serviço Integrado de Saúde Dona Maria Modesto (Sanatório Espírita de Uberaba), 2014

A variável tempo de permanência mensurada em dias apresenta o menor valor em 3 dias e o maior valor em 227 dias; aqui a média aritmética difere da mediana, sendo a primeira representada pelo valor 50,5 (DP±31,5) dias e a segunda pelo valor 41 dias (IC95%: 37 a 45 dias).

Ao comparar as médias de valores das variáveis contínuas entre os dois grupos (Tabela 2), não houve diferença para idade (pareamento). Como esperado, o tempo de permanência apresentou um desvio-padrão bem maior entre os casos (DP±31,4) que entre os controles (DP±10,8).

Tabela 2 – Distribuição dos valores de tendência central da idade e tempo de permanência entre casos e controles

Variáveis	Casos Média (± DP)	Controles Média (± DP)	p
Idade (anos)	44,4 (±12,4)	44,4 (±11,8)	>0,05
Tempo de permanência (dias)	84,8 (±31,4)	33,2 (±10,8)	<0,05

Análise univariada

Na análise univariada (Tabela 3), o tempo de permanência prolongada (casos) apresentou associação positiva com motivo da internação por incapacidade de autocuidado (ausência de risco pessoal) e/ou falência do suporte familiar e/ou social (OR 3,61; [IC95%: 1,91 a 6,82]); $p < 0,05$. Houve também associação positiva do tempo de permanência prolongada (casos) com a existência de serviços de base comunitária (CAPS), porém sem significância estatística neste estudo (OR 1,68; [IC95%: 0,83 a 3,4]).

Tabela 3 – Análise univariada de casos e controles, considerando sexo, motivo de internação e serviços comunitários

Variáveis	Casos (n)	Controles (n)	OR	IC95%	p
Sexo					
Masculino	46	92	Ref	0,55 – 1,80	>0,05
Feminino	26	52	1,00		
Motivo da internação					
Risco	17	76	Ref	0,14 – 0,52	<0,05
Sem Risco	55	68	0,27		
Serviços comunitários					
Sim	59	105	Ref	0,83 – 3,40	>0,05
Não	13	39	1,68		

Análise multivariada

Ao investigarmos associações entre as variáveis independentes e a variável-resposta tempo de permanência através de análise multivariada por regressão logística (Tabela 4), observou-se que a existência de serviços comunitários não se apresentou independentemente associada ao desfecho, enquanto que o motivo da internação (presença de risco) associou-se à variável resposta. Dessa forma, a

presença de serviços de base comunitária para as pessoas que se internaram, indicou ser fator de risco (OR 1,68; [IC95%: 0,83 a 3,40]) e a ausência dos mesmos fator de proteção (OR 0,59; [IC95%: 0,29 a 1,19]), embora sem significância estatística ($p > 0,05$).

Já o motivo da internação relacionado com presença de risco pessoal para si e/ou para terceiros constituiu-se em fator de proteção para permanências prolongadas (OR 0,27; [IC95%: 0,14 a 0,52]); e, a ausência de risco pessoal imediato como motivo para a internação constituiu-se em fator de risco para permanências prolongadas (OR 3,61; [IC95%: 1,91 a 6,82]), com significância estatística ($p < 0,05$).

Adicionalmente, o motivo da internação por incapacidade de autocuidado e/ou falência do suporte familiar e/ou social, considerando-se o sexo feminino, apresentou-se como fator de risco para longa permanência (OR 2,25; [IC95%: 1,25 a 4,03]).

Tabela 4 – Resultado da análise multivariada por regressão logística, considerando-se duas variáveis independentes

Variáveis	Odds Ratio	IC95%	P
Serviços comunitários	1,68	0,83-3,40	$> 0,05$
Motivo da internação (Risco)	0,27	0,14-0,52	$< 0,05^*$
Motivo da internação (Incapacidade)	3,61	1,91-6,82	$< 0,05^*$

Empregando-se o teste t-Student para o motivo de internação 0 (risco para si e/ou para terceiros) pode-se observar uma média do tempo de permanência de 38,7 dias ($DP \pm 24,1$ dias) com IC95%: 33,8 a 43,7 dias; já para o motivo de internação 1 (incapacidade de autocuidado e/ou falência do suporte familiar e/ou social) apresentou

uma média do tempo de permanência de 59,3 dias ($DP \pm 33,7$ dias) com IC95%: 53,3 a 65,4 dias ($p < 0,05$).

Usando-se o teste de Mann-Whitney notou-se que para o motivo 0 (risco para si e/ou terceiros) o mais baixo valor para tempo de permanência foi de 3 dias em comparação com 15 dias para o motivo 1 (incapacidade de autocuidado e/ou falência do suporte familiar e/ou social) ($p < 0,05$); o mais alto valor para o tempo de permanência foi de 172 dias para o motivo 0 (risco para si e/ou terceiros) e de 227 dias para o motivo 1 (incapacidade de autocuidado e/ou falência do suporte familiar e/ou social) ($p < 0,05$). Para o motivo 0 (Risco), a mediana foi de 32 dias com IC95%: 29 a 36 dias e para o motivo 1 (Incapacidade – Sem risco), a mediana foi de 53 dias com IC95%: 44 a 61,8 dias ($p < 0,05$).

Tabela 5 – Distribuição dos motivos de internação em relação ao sexo

MOTIVO	SEXO		
	Masculino	Feminino	
Com Risco	69	24	93 (43,1%)
Sem Risco	69	54	123 (56,9%)
	138	78	216

A análise da associação entre sexo e motivo (Tabela 5) mostrou uma distribuição proporcional entre os motivos para o sexo masculino, porém para o sexo feminino encontrou-se uma distribuição desproporcional (69%) no sentido do motivo Sem risco (incapacidade de autocuidado e falência do suporte). OR 2,25 com IC95%: 1,25 a 4,03 ($p < 0,05$)

Figura 1 – Representação gráfica (*box-plot*) da distribuição do tempo de permanência em dias entre os sexos, considerando-se ambos os grupos

A análise da associação entre tempo de permanência e sexo evidenciou para o sexo masculino valores menores da variável resposta em ambos os extremos da distribuição; o sexo feminino apresentou uma associação com valores maiores dos extremos da distribuição da variável resposta; embora sem significância estatística ($p > 0,05$). Já para a mediana de tempo de permanência, o sexo masculino (42,5 dias) apresentou maior valor em relação ao sexo feminino (39,5 dias), também sem significância estatística ($p > 0,05$).

Figura 2 – Representação gráfica (*box-plot*) da distribuição do tempo de permanência em dias entre os motivos de internação, considerando-se ambos os grupos

A análise da associação entre tempo de permanência e motivo da internação evidenciou uma distribuição heterocedástica no box-plot entre os quartis da distribuição da variável resposta para o motivo Risco (risco para si ou terceiros) e os quartis da distribuição da variável resposta para o motivo Sem risco (incapacidade de autocuidado/falência do suporte) ($p < 0,05$).

Ao se analisar a associação da exposição a serviços comunitários, chama a atenção a proporção significativamente maior da presença desses serviços entre os casos (82%) embora não exista diferença significativa entre casos e controles.

Figura 3 – Representação gráfica (*box-plot*) da distribuição do tempo de permanência em dias, considerando-se a presença de serviços comunitários no local de procedência da internação

A análise da distribuição em box-plot da associação entre presença ou ausência dos serviços de base comunitária e a variável resposta tempo de permanência mostrou um padrão homocedástico, não sugerindo associações significativas.

A variável presença ou ausência de serviços comunitários inicialmente chama a atenção pela presença desses serviços para cerca de 76% da população internada, seja caso ou controle.

DISCUSSÃO

O método de caso-controle tem sido escassamente utilizado em amostras de pacientes psiquiátricos de longa permanência, seja em nível internacional^{13,26,27,28}, seja em nosso país.

Empregando os termos “internação psiquiátrica e estudos caso controle” para busca ampliada sem limite de tempo de artigos para o Brasil na SCIELO o resultado foi ZERO; empregando termos “internação psiquiátrica e estudos analíticos”, o resultado também foi ZERO.

As internações psiquiátricas de longa permanência são definidas por critérios muito diversificados; na Inglaterra utilizando-se um inquérito nacional estabeleceu-se o tempo de mais de 6 (seis) meses como definidor de longa permanência¹³; no Japão é comum o tempo de permanência estender-se por mais de um ano.²

As internações psiquiátricas de longa permanência possuem relativamente poucos estudos na literatura internacional. Na base PUBMED, utilizando os termos “psychiatry” AND “long stay” foram recuperados 399 resultados para o período de 1963 a 2018. Sobre internações psiquiátricas prolongadas como desfecho, o mais recente de 2017; o mais antigo de 1963.

Tendo em vista que critérios para longa permanência são bastante diversificados, optou-se por considerar a realidade clínica-epidemiológica de pacientes usuários do hospital, considerando sua posição estratégica e hegemônica para internações psiquiátricas na região. Dessa forma, considerando levantamentos anteriores do hospital²⁹ de que cerca de 99% das internações duram até 60 dias, este foi escolhido como ponto de corte. Portanto, internações psiquiátricas de longa permanência foram consideradas aquelas com mais de 60 dias de duração; sendo as

internações com até 60 dias, consideradas internações-padrão ou de média e curta permanência.

Nesse estudo foram identificadas 72 internações caracterizadas como longa permanência ao longo do ano de 2014 em um universo de 1294 internações; perfazendo, portanto 5,5% de internações de longa permanência. Tulloch (2008)¹³ afirma que na Inglaterra cerca de 9% das internações psiquiátricas duram mais de 90 dias e apenas 1% duram mais de um ano. Em estudo anterior²⁹ realizado no hospital o tempo de permanência para mais de 60 dias girou em torno de 1% das internações.

Em relação às características sociodemográficas, este estudo encontrou predomínio do sexo masculino (63,9%), média de idade de 44,4 anos ($DP \pm 11,9$); não houve diferenças significativas na distribuição etária entre os sexos. A idade média para o sexo masculino de 44,3 ($DP \pm 12,9$) dias e para o sexo feminino 44,5 ($DP \pm 10,2$) dias. O que está de acordo com alguns estudos sobre características sociodemográficas em investigações sobre pacientes psiquiátricos de longa permanência em nosso país.^{17,30,31}

A análise da procedência das internações mostrou dentre as 216 internações da amostra 53% de internações do próprio município de Uberaba e as 47% restantes distribuídas entre 42 municípios da região.

É de se considerar que o hospital estudado encontra-se em uma região densamente povoada, abrangendo cerca de 1,5 milhão de pessoas, constituindo-se em quase exclusivo local de internação psiquiátrica para cerca de 70 municípios – outras possibilidades são 20 leitos em hospital geral – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e 50 leitos em hospital psiquiátrico privado em Ituiutaba. Além disso, constitui-se em um dos oito hospitais remanescentes para todo o estado de Minas Gerais; contando com 140 dos 854 leitos em hospital psiquiátrico

disponíveis para todo o estado, o qual compõe-se de 853 municípios, com uma população estimada para 2017 de 21.119.536 (IBGE).

O hospital psiquiátrico de Uberaba realiza cerca de 1.200 internações por ano. Em 2014, foram 1294 internações, sendo 802 homens (62%) e 492 mulheres (38%); neste ano, a taxa de ocupação foi de 95%, o tempo de permanência na internação gira em torno de 35 dias; cerca de 35% das internações ocorreram pela primeira vez (Dados coletados nos registros do próprio hospital).

Dados do Ministério da Saúde indicam que, em 2014, existiam 167 hospitais psiquiátricos no país, 46% deles com até 160 leitos; e, 4.620 leitos psiquiátricos em hospitais gerais.¹⁹ Em Minas Gerais, os oito hospitais psiquiátricos perfazem 854 leitos³², o que gera uma taxa de 4,04 leitos por 100.000 habitantes; na região do Triângulo Mineiro são 14 leitos por 100.000 habitantes.³² Na Itália são 29 leitos por 100.000 habitantes em hospitais públicos e 17 leitos por 100.000 habitantes no setor privado.⁶ No Japão, são 265 leitos por 100.000 habitantes.²

Os serviços de atenção na comunidade são representados essencialmente pelos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), o qual pode ser entendido como um dispositivo territorial de urgência para atendimento de pacientes em crise, que conta com equipe multidisciplinar atuando sob a ótica interdisciplinar e articulada com os demais serviços da rede para continuidade do cuidado quando o paciente estabiliza. Atualmente, são 339 destes dispositivos distribuídos entre as 77 microrregiões dos 853 municípios do estado.³² O CAPS é responsabilidade do município.

Na região atendida pelo hospital, existem desses dispositivos nas seguintes cidades: Uberaba (4), Sacramento (1), Iturama (1), Frutal (1), Araxá (2), Uberlândia (6), Araguari (2), Monte Alegre (1), Prata (1), Tupaciguara (1), Monte Carmelo (1), Patrocínio (2), Patos de Minas (2), São Gotardo (1), Carmo do Paranaíba (2), João

Pinheiro (1), Vazante (1) e Presidente Olegário (1); totalizando 31 serviços de base territorial comunitária.³²

É preciso considerar que atualmente, mais de vinte anos após as modificações assistenciais introduzidas pela reforma psiquiátrica, este hospital ainda registra cerca de 35% de suas internações anuais com pessoas que nunca tiveram internações psiquiátricas anteriores. Isso em um município de médio porte, Uberaba, que conta com quatro serviços substitutivos – Centros de Atenção Psicossocial -, além de residências protegidas, e ainda é responsável por 55% das internações anuais. A realidade em municípios menores, que referenciam internações constantemente desperta indagações quanto às condições dessas pessoas após a alta hospitalar e daquelas que não se internam.

As dificuldades relacionadas às diferentes características locais foi destacada como um dos grandes problemas da reforma psiquiátrica por autores como Morzycka-Markowska (2015)⁶ na Itália, Angermeyer (2013)⁷ na Alemanha, Tulloch (2008)¹³ na Inglaterra, Tachimori (2015)² no Japão e Rutz (2001)⁸ na Europa.

O tempo de permanência (variável resposta) neste estudo encontrou o valor 50,5 (DP±31,5) dias para a média aritmética e de 41 dias (IC95%: 37 a 45 dias) para a mediana.

Angermeyer (2013)⁷ na Alemanha relatou uma redução da média de duração de permanência na internação de 126,3 dias/ano (1991) para 45,2 dias/ano(2003).

Johnstone & Zolese (1999)¹ em uma revisão sistemática realizada na Inglaterra com cinco ensaios clínicos randomizados, ao destacarem a escassez de estudos avaliativos de forte consistência que possam prover dados válidos, encontraram para os classificados como longa permanência de 28 dias em um estudo a 94 dias em outro

estudo. Destacaram a ausência de registros de desvio-padrão para as médias de duração da internação.

Tachimori et al (2015)² relataram que de acordo com as Estatísticas de Saúde da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), em 2010, a '*média de permanência na internação*' para transtornos mentais e comportamentais na América do Norte e países desenvolvidos Europeus variavam de cerca de 5 dias (em França e EUA) a 40 dias (no Reino Unido); encontraram critérios muito díspares que inviabilizam comparações. Destacaram que mediana de duração de internação entre pacientes internados recentemente em leitos psiquiátricos decresceu de 74.6 dias em 1998 para 61.5 dias em 2012 no Japão.

No Brasil, Zuardi, Del-Ben et al (2010)¹⁷ compararam internações psiquiátricas agudas em alas psiquiátricas no hospital geral (22 leitos), hospital psiquiátrico (80 leitos) e emergência psiquiátrica (6 leitos), na região de Ribeirão Preto, no período de 1998 a 2004. Encontraram as seguintes proporções para duração de internação de mais de 30 dias: 1 (emergência), 424 (26,9%) no hospital geral, 846 (15,8%) no hospital psiquiátrico e 1271 (11,3%) no total.

A importância do tempo de internação é de crucial importância para o adequado realojamento desses pacientes após a alta.

Na Itália, Preti, de Girolamo et al (2009) conduziram um estudo transversal sobre as características clínicas, sociodemográficas e padrões de cuidado de pacientes agendados para alta de instalações de internações psiquiátricas agudas na Itália, com 1330 pacientes de instalações públicas e privadas no ano de 2004. Encontraram associação com **maior probabilidade de receber alta para uma instalação residencial comunitária**: aumento da idade, gênero masculino, internação de longa permanência (>60 dias), transtorno de personalidade e o tipo da

instalação cuidadora. *Preditores de alta para outra instalação psiquiátrica*: aumento na idade, ser solteiro, esquizofrenia, transtorno de personalidade e transtorno mental orgânico.

Achados em relação à hipótese primária

Houve associação positiva do tempo de permanência prolongada com a existência de serviços de base comunitária (CAPS), mas apenas em uma análise exploratória. Não se evidenciou qualquer efeito após análises univariada e multivariada. Destaque-se entretanto a presenças de vários “*outliers*” em termos de permanência prolongada em associação com a presença desses serviços.

Diversos estudos apontam a superioridade do cuidado em base comunitária sobre o tratamento hospitalar com caráter de segregação.^{1,6} Enfatiza-se, porém, a generalizada insuficiência desses serviços, seja em quantidade, seja em qualidade.^{2,5,6}

Contandriopoulos (2000)¹⁰ no Canadá estudando altas de longa permanência no período 1989-1998 descreveu que 25% desses pacientes necessitavam tratamento de reabilitação intensivo e individualizado visando alianças, sintomas psicóticos, saídas e comportamentos perigosos e socialmente embaraçosos.

Madianos (2013)⁵ destacou o impacto altamente negativo da crise econômica sobre os cuidados em saúde mental, especialmente para os serviços de base comunitária.

McInerney et al (2010) na Irlanda concluíram pela necessidade de maior treinamento para funcionários nas residências comunitárias.

No Brasil, Mateus, Mari et al (2008)⁴ constatam que ainda não existe um bom grau de integração entre a atenção primária e as equipes de saúde mental que trabalham nos CAPS e faz-se necessário treinar profissionais para agir como gestores e planejadores em saúde mental. E concluem que pesquisas sobre organização de serviços, avaliação de políticas e sistemas de saúde mental são fortemente recomendadas no país.

O tempo de permanência prolongada apresentou associação consistente com o motivo da internação tanto em análises não ajustadas como nas análises ajustadas. Destaca-se a associação do motivo relacionado à presença de risco como fator protetor para internações psiquiátricas prolongadas; ou seja, os pacientes permanecem por menor tempo em relação aos que não apresentam risco evidente como motivo da internação. Da mesma forma, a associação do motivo relacionado à ausência de risco com internação prolongada evidencia-se como forte fator de risco para maior permanência de tempo. Destaque-se que a ausência de risco neste estudo está se referindo à incapacidade de autocuidado e falência do suporte familiar e/ou social.

Esta associação entre o tempo de permanência e o motivo da internação está de acordo com os estudos existentes^{6,10,12,13,14} para as dificuldades de realojamento e colocação após a alta para indivíduos com incapacidade grave para o autocuidado, bem como sobre a não confirmação do risco para si (suicídio) ou para terceiros (violência) como uma restrição para o cuidado em base comunitária.

Tulloch (2008) na Inglaterra, em um estudo caso controle detectou associações ajustadas das internações psiquiátricas de longa permanência com violência, doença grave e necessidade de realojamento.

Loch (2014) no Brasil relacionou desfechos negativos de internações psiquiátricas breves: reinternações, risco de suicídio e risco de violência. Analisando internações psiquiátricas de longa permanência e desinstitucionalização relacionaram estudos que destacam: 1) que a maioria dos pacientes permanece estável, sem melhora ou piora; a qualidade de vida melhorou; sintomas negativos e funcionamento social não melhoram quando voltam para a comunidade; habilidades em atividades em que não há oportunidade no hospital melhoram, especialmente no primeiro ano; 2) o estigma da doença mental; 3) *a maneira que ocorre a desinstitucionalização* (relatam a experiência de Massachusetts, EUA – abrigava 23.000 pessoas em hospitais psiquiátricos (1960'), mas somente 2.000 em meados de 1980; a rápida desospitalização conduziu a um desemprego desenfreado; considerável número de sem moradia; desespero e muitas mortes prematuras; falta de financiamento para serviços de saúde mental comunitários com deficiência de tratamento e reforço do estigma); 4) reinternações: um grande número de indivíduos ainda necessita de assistência baseada no hospital.

Morzycka-Markowska (2015)⁶ relata que na Itália o problema das reinternações frequentes foi solucionado pela melhora na resolutividade dos serviços de base comunitária e na ligação entre os serviços de internação psiquiátrica e os serviços de cuidados na comunidade. Destaca não haver relações entre a desinstitucionalização e a ocorrência de suicídios e crimes.

Rabinowitz³³ in Guljor³⁴ realizou uma pesquisa com o objetivo de identificar os fatores predisponentes à “porta giratória” de internações em hospitais psiquiátricos de Israel; foram considerados como pacientes “porta giratória” aqueles que compunham um perfil de quatro ou mais internações consecutivas, no período de dois anos e meio (critério adotado neste estudo). Neste estudo, o autor destacou como fatores

predisponentes ao evento as seguintes características: sexo masculino, idade em torno de 49 anos, estado civil solteiro, primeira internação, desemprego e diagnóstico inicial muito grave.

No Brasil, Gastal et al.³⁵in Guljor³⁴ em um estudo similar realizado no Rio Grande do Sul, verificou que as variáveis com maior poder de predição ao fenômeno “revolving door” foram as seguintes: o intervalo de tempo entre a primeira e segunda internação, o tempo de permanência na primeira internação e o diagnóstico de esquizofrenia.

Zanardo(2016)³⁶ em uma dissertação de mestrado investigou as reinternações psiquiátricas em relação aos dados sociodemográficos, clínicos e de utilização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de pessoas com transtornos mentais em uma amostra de 96 participantes internados pelo SUS em um hospital geral de Porto Alegre constatou que:

“A análise da literatura mostra a existência de diferentes critérios de reinternação frequente e com isso diferentes prevalências são descritas. As associações entre essas reinternações com variáveis sociodemográficas, clínicas e dados da rede de atenção, mostrou resultados por vezes contraditórios, o que pode estar associado às diferenças metodológicas dos estudos.” (Zanardo, 2016)

Guljor et al (2014)³⁴ destacam características semelhantes: “a persistência do fenômeno “revolving door” está associada à baixa resolutividade dos serviços de saúde mental, à fragilidade das redes sociais de apoio ao indivíduo e a equívocos que atravessam a construção de uma clínica cuidadora”.

Johnstone & Zolese (1999)¹ concluíram na revisão sistemática por eles realizada que, para os médicos há maior segurança de que políticas de curta internação não reforçam o padrão de internações “revolving door” e possível fragmentação do cuidado. Sugerem também que a utilização de critérios amplos sem focalizar categorias definidas de doenças, mas bem descritas podem captar melhor

variáveis de interesse em relação com internações psiquiátricas prolongadas, suas causas e consequências.

Limitações

Nosso estudo apresenta limitações. Faltam informações sobre o nível de organização hospitalar, suas práticas terapêuticas e ligação com os serviços sociais e de cuidado em saúde mental. Informações sobre as políticas e estruturas de assistência à saúde, assistência social e de moradia nas diferentes localidades que encaminham internações para o hospital contribuiriam de forma significativa para mais profundas análises.

A interpretação de qualquer relação causal depende de mais estudos particularmente quanto à qualidade de vida pós-hospitalar, tanto em família ou ambientes de moradia, quanto à qualidade da assistência e o acesso a serviços especializados e não especializados na sociedade. É do maior interesse conhecer o grau de estrutura e coesão familiares, assim como a disponibilidade, recursos e solidariedade para arcar com a sobrecarga do cuidado de pessoas com graves incapacitações e necessidades.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Destaca-se a importância de mais estudos de caráter analítico para o aprofundamento do conhecimento de aspectos relacionados às internações psiquiátricas de longa permanência. Estudos de caso-controle surgem como de particular interesse pela simplicidade do desenho e rapidez de execução. A especificidade e delimitação do desfecho internação psiquiátrica de longa permanência presta-se bem à busca de exposições potencialmente de risco para o cuidado em comunidade. Além do mais a importância do tema para a qualidade de vida e assistência a um grupo altamente vulnerável e com mínimo poder de vocalização de suas demandas pela própria incapacitação e também pelo frequente abandono de familiares é inequívoca. Ressalte-se a importância para a sociedade e o sistema de saúde conhecer com precisão as necessidades de tal demanda para o mais eficiente atendimento das mesmas assim como para o mais eficaz monitoramento da utilização dos recursos sociais e econômicos.

Há necessidade de mais pesquisas, especialmente dirigidas aos processos que conduzem à longa permanência. Não existem dados consistentes para mostrar o impacto de tais políticas em termos de custo-eficácia dos serviços comunitários e não há indicadores tangíveis para avaliar os resultados dessas políticas.

É fundamental investigar desfechos reais da reforma sobre a qualidade de vida das pessoas com doença mental e a satisfação dos usuários dos serviços de psiquiatria.

Sugestões para pesquisa¹: focar questões visando o processo de planejamento de alta e pós-alta; utilização de critérios amplos sem focalizar categorias definidas de doenças, mas bem descritas; também as intervenções, devem ser pragmáticas, mas bem descritas; desfechos simples deveriam ser relatados (morte, autoagressão,

agressão a outros, comportamento criminoso, emprego e sem moradia não são difíceis de registrar); dados contínuos deveriam ser apresentados com desvio-padrão.

“Tais pesquisas poderiam ser dirigidas igualmente ao nível “micro” das tomadas de decisão clínicas individuais e práticas organizacionais diárias como às comparações de nível “macro”, talvez entre áreas com significativas diferenças em estruturas e políticas de assistência à saúde, assistência social e de moradia. Quaisquer reduções na incidência de longa permanência seriam mais prováveis de resultar de mudanças organizacionais tanto dentro como fora do hospital que permitam altas mais precoces. Dada a recente disponibilidade de intervenções sobre crises na comunidade altamente intensivas, o que aumenta o limiar para internações hospitalares e potencialmente põem um limite a reduções posteriores por meios semelhantes em duração da permanência, pode ser que investigar os processos que conduzam à realojamento sejam de particular valor. Qualquer dessas investigações deveria ser sensível à possibilidade de efeitos que difiram de acordo com o tipo de alojamento antes da internação.” (Tulloch, 2008; tradução pelo autor).¹³

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnstone P, Zolese G. Length of hospitalisation for people with severe mental illness (Review). *Cochr Datab of Syst Rev*. 1999, Issue 2. Art. No.: CD000384.
2. Tachimori H, Takeshima T, Kono T, Akazawa M, Zhao X. Statistical aspects of psychiatric inpatient care in Japan: Based on a comprehensive nationwide survey of psychiatric hospitals conducted from 1996 to 2012. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2015; 69: 512–22.
3. de Rosalmeida Dantas C, Galdini Raimundo Oda AM, 2014. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis - RevSauCol*; 2014; 24 (4); 1127-79. University of Rio de Janeiro State, Brasil.
4. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PGG, Almeida-Filho N, Barret T, Gerolin J et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Intern Journ of Ment Heal Syst*. 2008; 2:12.
5. Madianos MG. Economic crisis, mental health and psychiatric care: What happened to the “Psychiatric Reform” in Greece? *Psychiatr*. 2013; 24:13–14.
6. Morzycka-Markowska M, Drozdowicz E, Nasierowski T. Deinstitutionalization in Italian psychiatry – the course and consequences. Part II. The consequences of deinstitutionalization. *Psychiatr. Pol*. 2015; 49(2): 403–12.
7. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990–2011. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48:1629-35.
8. Rutz W. Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 104 (410): 15-20.
9. Preti A, Rucci P, Gigantesco A, Santone G, Picardi A, de Girolamo G et al. Patterns of care in patients discharged from acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2009; 44(9): 767-76.
10. Contandriopoulos AP, Lesage AD, Mphil RM, Fortier L, Reinhartz D. Downsizing Psychiatric Hospitals: Needs for Care and Services of Current and Discharged Long-Stay Inpatients. *Can J Psychiat*. 2000; 45:526-31.
11. Åberg J. Communication problems in Swedish Mental Health reform. *Nord J Psychiatry*. 2005; 59:522-27. Oslo.

12. Loch AA. Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychol Res and Behav Manag*. 2014;7; 137–45.
13. Tulloch AD, Fearon P, David AS. The determinants and outcomes of long-stay psychiatric admissions: a case-control study. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2008;43:569.
14. McInerney SJ, Finnerty S, Avalos G, Walsh E. Better off in the community? A 5-year follow up study of long-term psychiatric patients discharged into the community. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010;45(4):469-73.
15. Hirdes A. Brazil's Psychiatric Reform: a re-view. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Scien & Colletiv Heal*. 2009; 14(1):297-305.
16. Pitta AMF. An assesment of the Brazilian Psychiatric Reform: Institutions, Actors and Policies. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas *Scien & Colletiv Heal*. 2011;16(12): 4579-89.
17. Zuardi AW, Del-Ben CM, Carlotti IP, Marques JMA, Barros REM. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Internação breve em unidade de emergência psiquiátrica pode prevenir permanência prolongada em instituições psiquiátricas*. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2010;32 (2).
18. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde – Manguinhos; vol. 9: 25-29, jan-abr., 2002.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 16/08/2016).
20. 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, novembro de 2005.
21. Bezerra JR B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007;17(2):243-250.
22. Barros S, Salles M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP* 2011; 45(Esp. 2):1780-5
23. Camatta MW et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11):4405-4414, 2011.

24. Gonçalves AM, Sena RR. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2001 março; 9(2): 48-55.
25. Sampaio JJC et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(12):4685-4694.
26. Jakubaschk J, Kopp W. On characterising new psychiatric long-stay patients. *Social Psychiat and Psychiat Epidemiol*. 1989;24:88-95.
27. Jakubaschk J, Waldvogel D, Wurmle O. Differences between long-stay and short-stay inpatients and estimation of length of stay. *Social Psychiat and Psychiat Epidemiol*. 1993;28:84-90.
28. Brown TM, Miller HL, Ekstrom D, Evans DL, Golden RN. Characteristics of long-stay patients on the psychiatric service of a university hospital. *Hosp & Commun Psychiat*. 1991;42(7):743-745.
29. Scussel JrS. A Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil – Repercussões em um hospital psiquiátrico no período 1990-2000. *Brazil's Psychiatric Reform – Psychiatric hospital outcomes from 1990 to 2000*. [dissertation]. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Saúde na Comunidade. Orientadora: Forster A C. Ribeirão Preto: University of São Paulo; 2004.
30. Vidal CEL, Oliveira LP, Timo AR, Campos LM, Costa CLP, Vieira IPM et al. Perfil clínico e sociodemográfico das reinternações hospitalares no centro hospitalar psiquiátrico de Barbacena no período de 2003-2013. *Clinical and sociodemographic profile of Hospital readmissions in the Psychiatric Hospital of Barbacena in the period of 2003-2013*. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2016; 26 (3):47-51.
31. Perroca MG, Pereira MO, Jericó MC, Mukai HA. Long-stay psychiatric institution: patient profile and human resources indicators. Instituição psiquiátrica de longa permanência: perfil de pacientes e Indicadores de recursos humanos. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2013;9(1):33-40.
32. SES - MG. Secretaria de Estado da Saúde – Minas Gerais. Saúde Mental. Informativo eletrônico. Belo Horizonte: atualizado em 30/03/2017 (acesso em 26/01/2018).

33. Rabinowitz Jr, Mark M, Popper M, Slyuzberg M, Munitz H. Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample. Soc. Psychiatry. Psychiatr Epidemiol. 1995; 30 (2): p. 65-72.
34. Guljor AP, Nogueira MI, Muniz PL.O FENÔMENO REVOLVING DOOR: Um desafio à Reforma Psiquiátrica. "THE REVOLVING DOOR PHENOMENON: a challenge to Psychiatric Reform". DIVERSITATES International Journal: Vol. 06, N. 02 – dezembro (2014) – Revista de saúde coletiva e bioética. Universidade Federal Fluminense – Brasil
35. Gastal FL, 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(): p.280-5.
36. Zanardo GLP. Reinternações psiquiátricas: análise das características sociodemográficas, clínicas e do uso da rede de atenção psicossocial de usuários com transtornos mentais. / Gabriela Lemos de Pinho Zanardo. – Porto Alegre, 2016. 83 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, PUCRS. Orientação: Profa. Dra. Kátia Bones Rocha.

ARTIGO ORIGINADO DA TESE ENCAMINHADO PARA PUBLICAÇÃO.

LONG STAY PSYCHIATRIC HOSPITALISATIONS

Authors:

1. Prof. Syllas Scussel Jr - M.D
Assistant Professor – Federal University of Triângulo Mineiro (UFTM)
Department of Collective Health
R. Frei Paulino, 30
Uberaba/MG – Brazil
ZIP CODE: 38025-180
Phone: +55 34 3700 6924
Professor – University of Uberaba (Uniube)
Av. Nene Sabino, 1801
Uberaba/MG – Brazil
ZIP CODE: 38050-501
Phone: +55 34 3319 8933
Mobile: +55 34 99161 8627
e-mail: syllas.scussel@gmail.com
2. Prof. Altacilio A. Nunes - M.D; Ph.D
Associate Professor - Ribeirao Preto Medical School - University of Sao Paulo (USP)
Department of Social Medicine
Health Technology Assessment (HTA) and Pharmacoeconomics Center
Av. Bandeirantes, 3900
Ribeirao Preto/SP - Brazil
ZIP CODE: 14049-900
Phone: +55 16 3602-2884
Mobile: +55 16 98116-4058
e-mail: altacilio@fmrp.usp.br

Abstract

Background:Traditionally, hospitalisation planning is based on national and international comparisons rather than the effectiveness of short-term and long-term policies. There are very few case-control studies of long-stay in the literature. **Objective:** To identify exposure factors associated with long stay in psychiatric hospitalisations. **Methods:** a case control study performed at the psychiatric hospital of Uberaba. Cases were all patients with hospitalisations with stay over 60 continuous days from January 2014 to December 2014. The randomly chosen controls, matched by sex and age. Multivariate analysis by logistic regression was performed. **Results:** 216 patients were selected, 72 cases (5.5% of all hospitalisations) and 144 controls; 63.9% male; the mean age was 44.4 years (± 11.9); 53% were from Uberaba. The reason for hospitalization due to incapacity for self-care and / or family and / or social support failure remained associated by logistic regression. **Conclusions:** the results of the study agree with the international literature. In our country there are no cost-effectiveness studies of this topic. More analytical studies are recommended that investigate the quality of life of people with long-stay psychiatric hospitalisations.

Keywords: psychiatric hospitalisations; long stay; case control.

INTRODUÇÃO

A investigação das internações psiquiátricas de longa permanência pode fornecer importantes informações que subsidiem a elaboração de indicadores de qualidade dos serviços de internação psiquiátrica¹e também a formulação de planos com metas claramente pactuadas e prazos estabelecidos tanto para os serviços de internação psiquiátrica como para os serviços de base comunitária^{1,2}.

A literatura internacional de avaliação das internações psiquiátricas de longa permanência especialmente em relação à eficácia das políticas de curta e longa permanência é relativamente escassa¹.

No Brasil, os estudos existentes são de caráter hegemonicamente qualitativos³e não existem estudos de custo-eficácia dos serviços de saúde mental⁴.

Dos hospitais psiquiátricos para a comunidade

No plano mundial, por volta dos anos 1970, passou a ocorrer em diversos países uma reformulação da assistência a partir dos hospitais psiquiátricos denominada reforma psiquiátrica^{1,2,5,6,7,8}.

Após três décadas de desenvolvimento, tais reformas apresentavam como denominador comum o movimento do cuidado em saúde mental dos hospitais psiquiátricos para a comunidade, com a criação de diversas instalações comunitárias^{6,7,8}.

Ao longo desse período, as discussões centravam-se na eficácia desses serviços e sobre a possibilidade de os mesmos substituírem o hospital psiquiátrico^{1,6}.

Hospitais psiquiátricos: extinção ou transformação. A reforma psiquiátrica em outros países.

A Itália foi o único a extinguir efetivamente os hospitais psiquiátricos^{6,9}.

Morzycka-Markowska et al (2015)⁶ destacam o alcance de um consenso mundial sobre a superioridade do tratamento na comunidade sobre o tratamento em instituições psiquiátricas com caráter de segregação. Enfatizam a satisfação do usuário, a não confirmação de periculosidade para si ou para terceiros maior na vida comunitária, o desenvolvimento, inclusive, de habilidades de autocuidado e de relacionamento melhores na comunidade do que no ambiente hospitalar.

Contudo, é de se destacar as dificuldades no início da reforma na Itália da lentidão no desenvolvimento do tratamento na comunidade e até hoje na insuficiência dos serviços comunitários, tanto em quantidade como em eficácia e a sobrecarga para as famílias pela transferência do cuidado para a comunidade.⁶

Na Itália e em todos os países permanece o desafio com pacientes de longa permanência em internações e que necessitam cuidados intensivos e individualizados para a vida em comunidade. No Canadá¹⁰, nos EUA¹¹, no Japão², na Comunidade Europeia⁸, na Inglaterra e Reino Unido¹¹, igualmente.

Na Alemanha⁷ e países escandinavos¹³, os hospitais psiquiátricos não foram extintos, mas passaram por profundas transformação seja em infraestrutura, qualificação de profissionais e desenvolvimento de projetos terapêuticos.

Nesses países, assim como no Reino Unido^{1,12}, o que se discute é o fortalecimento dos serviços comunitários associado a uma contínua qualificação dos serviços hospitalares e da ligação entre os mesmos.

As evidências acumuladas são consistentes em afirmar a superioridade dos cuidados em serviços de base comunitária sobre a permanência em grandes hospitais com caráter de segregação^{6,10}. Internações psiquiátricas breves mostram-se tão ou mais eficazes que internações psiquiátricas de longa permanência¹. Internações psiquiátricas breves não aumentam o risco de suicídio, violência ou perda de assistência^{1,6}. As internações psiquiátricas breves proporcionam maior satisfação ao usuário e a ocorrência de reinternações frequentes está mais relacionada com a insuficiência dos serviços

de base comunitária, em número, infraestrutura, pessoal qualificado, projetos de cuidado e organização das redes de apoio^{1,6,10,14}.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil

O Brasil iniciou sua reforma psiquiátrica a partir de meados dos anos 1990, integralmente inspirado na reforma italiana.^{15,16,17}

A reforma brasileira compartilha dos mesmos problemas: insuficiência e qualificação dos serviços de base comunitária, articulação entre os diferentes níveis de cuidado, sobrecarga sobre as famílias, ampliado pelo tamanho da população e pelos problemas econômicos⁴.

De 2002 a 2014, houve uma redução expressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos em todo o país. Somente de 2002 a 2014 extinguiram-se mais de 25.000 leitos¹⁸. O Ministério da Saúde reconhece que tal processo tem sido impulsionado por uma série de normatizações federais¹⁹.

Mateus, Mari et al (2008)⁴ constatarem que os serviços estão desigualmente distribuídos através das regiões do país. Ainda não existe um bom grau de integração entre a atenção primária e as equipes de saúde mental que trabalham nos CAPS. Afirmam que não existem dados consistentes para mostrar o impacto das políticas em termos de custo-eficácia dos serviços comunitários e não há indicadores tangíveis para avaliar os resultados dessas políticas.

Internações psiquiátricas de longa permanência: desafio para uma assistência integral

O tempo de duração de internação varia amplamente entre os países, localidades e hospitais; os critérios de mensuração são diversificados e os dados inconsistentes^{1,2,7}.

O sucesso do cuidado em serviços de base comunitária depende de investimentos elevados em infraestrutura, logística, pessoal e projetos de tratamento^{1,5,6,14}.

O Canadá registra cerca de 25% dos pacientes com internação psiquiátrica prolongada necessitando de cuidados intensivos e personalizados indefinidamente¹⁰.

No Japão, conseguiu-se diminuir o tempo de permanência e a transferência para cuidados comunitários; porém ainda é elevada a proporção de internações por mais de um ano e por mais de cinco anos².

Na Alemanha, permanecem dificuldades em lidar com contenções físicas em situações agudas, restrições financeiras e diferenças entre locais de tratamento⁷.

Na Itália, há carência de dados sobre milhares de pacientes que deixam os hospitais e milhares de pacientes que não chegam a ser internados. A redução de internações psiquiátricas resultou de medidas legais e administrativas de redução de leitos⁶.

Na Irlanda, McInerney (2010)¹⁴ em um estudo “*follow-up*” de 5 anos identificaram melhora na qualidade de vida após a alta hospitalar de pacientes psiquiátricos com internação prolongada. Houve maior satisfação do usuário com o novo

ambiente comunitário e progressos no nível do autocuidado e de relacionamento interpessoal no primeiro ano após a alta, mas que não se mantiveram no quinto ano na comunidade.

A Grécia passou a realizar grandes investimentos para desinstitucionalizar pacientes de longa permanência em 8 grandes hospitais públicos visando o fechamento dos mesmos em 10 anos. Após 13 anos, metade havia sido fechada e persistiam graves problemas em relação ao número e qualidade dos serviços de base comunitária⁵.

Internações psiquiátricas prolongadas: desafio e possibilidades

Tradicionalmente o planejamento de provisão de internações baseia-se em comparações nacionais e internacionais em vez da eficácia de políticas de curta e de longa permanência. Estudos sobre as causas e consequências das internações psiquiátricas de longa permanência têm uma relação direta ao tamanho e provisão de instalações que têm um maior impacto sobre como os recursos são utilizados, além de possibilitar o monitoramento e avaliação adequado de serviços e de utilização de recursos¹.

Em nosso país, os estudos neste setor têm-se concentrado na reivindicação de maiores recursos para não prejudicar os cuidados já existentes além da necessidade de cobrir ainda inúmeras necessidades⁴.

Nesse cenário, como conseguir recursos em quantidade e com aplicação eficiente para atender as demandas do cuidado em saúde mental?

Johnstone P & Zolese (1999)¹ propõem para os que tomam decisões políticas e provedores de cuidado:

“Tais estudos (eficácia das políticas) podem fundamentar o apoio ao apropriado uso de recursos em políticas de curta permanência, como também apoiar indiretamente a remuneração de serviços onde o planejamento da alta e pós-alta seja uma prioridade.” (Johnstone & Zolese, 1999; tradução livre pelo autor)¹

Este artigo insere-se no campo dos estudos analíticos com o propósito de iniciar uma discussão baseada em evidências que subsidie a formulação de planos que possam ser claramente pactuados e consequentemente monitorados e avaliados e tem como objetivo identificar fatores de exposição associados ao tempo de permanência prolongado em internações psiquiátricas.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo caso-controle realizado no Sanatório Espírita de Uberaba (atual Serviço Integrado de Saúde Dona Maria Modesto Cravo), cidade do estado de Minas Gerais; hospital filantrópico direcionado para o atendimento em psiquiatria.

O período de estudo foi de janeiro a dezembro de 2014.

Crítérios de elegibilidade e inclusão (casos e controles)

Os casos foram definidos como: a) as internações psiquiátricas com permanência superior a 60 dias contínuos contados a partir de 1º de janeiro de 2014; b) que tenham iniciado a contagem de período igual ou superior até 31 de dezembro de 2014; c) em pacientes maiores de 18 (dezoito) anos de idade.

Como controles foram definidos pacientes com registros de internações psiquiátricas “incidentes” no ano de 2014 imediatamente antecedentes ou imediatamente posteriores, escolhidos aleatoriamente, pareados por sexo e idade aproximada em cinco anos (para mais ou para menos) na proporção de um caso para dois controles (1:2) que preenchessem os seguintes critérios: a) ter permanência na internação até o máximo de 59 dias cuja contagem tenha se iniciado a partir de 1º de janeiro de 2014; b) permanência de até 59 dias e que tivesse o primeiro dia de contagem até 31 de dezembro de 2014; c) que fossem utilizados como controle apenas uma única vez.

Crítérios de inelegibilidade e exclusão (casos e controles)

Os critérios de exclusão foram semelhantes entre de casos e controles, sendo excluídos os registros em que a saída do hospital aconteceu por fuga (evasão), além dos registros que apresentassem qualquer imprecisão ou inconsistência que pudessem introduzir qualquer viés de seleção ou análise ou cujos dados fossem insatisfatórios para análise.

Tamanho amostral

Como foram selecionadas todas as internações de longa permanência o cálculo de tamanho amostral não se justifica no presente estudo.

Coleta de dados e variáveis selecionadas

Do registro de internações do hospital foram extraídas informações sobre sexo, idade, procedência, diagnósticos e tempo de permanência; dos registros da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – SES-MG, a existência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos locais de procedência dos internos; das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), foram coletados os motivos que justificaram a internação.

Considerou-se como variável dependente (resposta) o tempo de permanência na internação psiquiátrica, enquanto as variáveis independentes (explicativas) foram: sexo, idade, procedência, justificativa de internação prolongada, diagnósticos mais prevalentes, identificação dos serviços comunitários.

A variável dependente tempo de permanência foi calculada pela diferença entre a data de admissão e a data de alta.

As variáveis sexo, justificativa (motivo) da internação e identificação dos serviços comunitários foram codificadas em códigos binários (0 e 1) para a planilha. Para sexo, Masculino (0) e Feminino (1); para motivo da internação, Riscos para si e/ou para terceiros (0) e Incapacidade de autocuidado e falência do suporte familiar e/ou social (1); e, para a existência de serviços comunitários nos locais de procedência da internação, Presença (0) e Ausência (1).

A variável idade foi calculada pela diferença entre a data de nascimento e a data da admissão na internação.

Além da coleta de dados secundários, paralelamente foram realizadas buscas de publicações sobre o assunto nas bases PUBMED/MEDLINE, Scielo, LILACS

e Cochrane Library, visando ao final da presente pesquisa confrontar os resultados aqui encontrados com a literatura recente no mundo.

Análise estatística

Inicialmente, procedeu-se à análise exploratória dos dados seguida de apresentação de estatística descritiva. Posteriormente, visando a análise comparativa entre os grupos, passou-se à verificação de associações entre a variável dependente e as variáveis explicativas utilizando como estimador de efeito, o *Odds Ratio* (OR) e seu intervalo de confiança a 95% (IC95%), primeiramente através de análises univariadas e, posteriormente, através de análise multivariada por regressão logística com ajustes necessários, considerando-se as possíveis variáveis potencialmente indutoras de viés de confundimento.

Na verificação de diferenças entre medidas de tendência central, empregou-se o teste t-Student para amostras independentes com ajustes para o pareamento realizado, quando se tratou de médias e o teste de Mann-Whitney (amostras independentes) quando se tratou de medianas. A diferença entre proporções foi verificada empregando-se o teste qui-quadrado (χ^2) ou teste z. O nível de significância adotado foi de 5% para todas as análises.

Para análise dos dados empregou-se os “softwares” MedCalcStatistical Software® version 18.2.1 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2018) e IBM SPSS 20.0®.

RESULTADOS

Características da amostra

No ano de 2014, houve cerca de 1.294 (hum mil e duzentas e noventa e quatro) internações no hospital psiquiátrico.

Ao longo do ano de 2014, foram identificadas 72 (5,5% do total) internações psiquiátricas de longa permanência (casos) e 144 internações psiquiátricas com permanência menor (controles), totalizando 216 internações analisadas.

Em relação às características demográficas, o sexo masculino contribuiu com 138 internações (63,9%) e o sexo feminino com 78 internações (36,1%), na amostra geral.

Nessa amostra de 216 pessoas, a mediana de idade foi de 45 anos (IC95%: 42,1 a 47 anos), próxima da média aritmética de 44,4 anos (DP $\pm$ 11,9 anos).

A variável procedência apresentou 116 internações (53%) do próprio município de Uberaba, na amostra geral; as outras 100 internações (47%) distribuem-se entre 42 municípios da região, sendo 1 (um) de Porto Velho (RO).

A variável tempo de permanência mensurada em dias apresentou média aritmética diferente da mediana, sendo a primeira representada pelo valor 50,5 dias (DP $\pm$ 31,5) e a segunda pelo valor 41 dias (IC95%: 37 a 45 dias).

Ao comparar as médias de valores das variáveis contínuas entre os dois grupos (Tabela 1), não houve diferença para idade (pareamento). Como esperado, o

tempo de permanência apresentou um desvio-padrão bem maior entre os casos ($DP \pm 31,4$) que entre os controles ($DP \pm 10,8$).

Tabela 1 – Distribuição dos valores de tendência central da idade e tempo de permanência entre casos e controles

Variáveis	Casos	Controles	p
	Média ($\pm$ DP)	Média ($\pm$ DP)	
Idade (anos)	44,4 ($\pm 12,4$)	44,4 ($\pm 11,8$)	>0,05
Tempo de permanência (dias)	84,8 ($\pm 31,4$)	33,2 ($\pm 10,8$)	<0,05

Análise univariada

Na análise univariada (Tabela 2), o tempo de permanência prolongada (casos) apresentou associação positiva com motivo da internação por incapacidade de autocuidado (ausência de risco pessoal) e/ou falência do suporte familiar e/ou social (OR 3,61; [IC95%: 1,91 a 6,82]); $p < 0,05$. Houve também associação positiva do tempo de permanência prolongada (casos) com a existência de serviços de base comunitária (CAPS), porém sem significância estatística neste estudo (OR 1,68; [IC95%: 0,83 a 3,4]).

Tabela 2 – Análise univariada de casos e controles, considerando motivo de internação e serviços comunitários

Variáveis	Casos (n)	Controles (n)	OR	IC95%	p
Motivo da internação					
Risco	17	76	Ref		
Sem Risco	55	68	0,27	0,14 – 0,52	<0,05
Serviços comunitários					
Sim	59	105	Ref	0,83 – 3,40	>0,05
Não	13	39	1,68		

Análise multivariada

Ao investigarmos associações entre as variáveis independentes e a variável-resposta tempo de permanência através de análise multivariada por regressão logística (Tabela 3), observou-se que a existência de serviços comunitários não se apresentou independentemente associada ao desfecho, enquanto que o motivo da internação (presença de risco) associou-se à variável resposta.

O motivo da internação relacionado com presença de risco pessoal para si e / ou para terceiros constituiu-se em fator de proteção para permanências prolongadas (OR 0,27; [IC95%: 0,14 a 0,52]); e, a ausência de risco pessoal

imediatamente como motivo para a internação constituiu-se em fator de risco para permanências prolongadas (OR 3,61; [IC95%: 1,91 a 6,82]), com significância estatística ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Resultado da análise multivariada, considerando-se duas variáveis independentes

Variáveis	Odds Ratio	IC95%	p
Serviços comunitários	1,68	0,83-3,40	$>0,05$
Motivo da internação (Risco)	0,27	0,14-0,52	$<0,05^*$
Motivo da internação (Incapacidade)	3,61	1,91-6,82	$<0,05^*$

Empregando-se o teste t-Student para o motivo de internação 0 (risco para si e/ou para terceiros) pode-se observar uma média do tempo de permanência de 38,7 dias ($DP \pm 24,1$ dias) com IC95%: 33,8 a 43,7 dias; já para o motivo de internação 1 (incapacidade de autocuidado e/ou falência do suporte familiar e/ou social) apresentou uma média do tempo de permanência de 59,3 dias ($DP \pm 33,7$ dias) com IC95%: 53,3 a 65,4 dias ($p < 0,05$).

Gráfico 1 – Representação da distribuição do tempo de permanência em dias entre os motivos de internação, considerando-se ambos os grupos

A análise da associação entre tempo de permanência e motivo da internação evidenciou uma distribuição heterocedástica no box-plot entre os quartis da distribuição da variável resposta para o motivo Risco (risco para si ou terceiros) e os quartis da distribuição da variável resposta para o motivo Sem risco (incapacidade de autocuidado/falência do suporte) ($p < 0,05$). A maior mediana para o tempo de permanência (53 dias; IC95%: 44 a 61,8 dias) associou-se ao motivo Sem risco (incapacidade de autocuidado/falência do suporte) em comparação com a mediana do tempo de permanência para o motivo Com Risco (32 dias; IC95%: 29 a 36 dias) ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

O método de caso-controle tem sido escassamente utilizado em amostras de pacientes psiquiátricos de longa permanência, seja em nível internacional^{12,20,21,22}, seja em nosso país.

Nesse estudo foram identificadas 72 internações caracterizadas como longa permanência ao longo do ano de 2014 em um universo de 1294 internações; perfazendo, portanto 5,5% de internações de longa permanência.

Tulloch (2008)¹² afirma que na Inglaterra cerca de 9% das internações psiquiátricas duram mais de 90 dias e apenas 1% duram mais de um ano. Em estudo anterior,²³ realizado no hospital o tempo de permanência para mais de 60 dias girou em torno de 1% das internações.

Em relação às características sociodemográficas, este estudo encontrou predomínio do sexo masculino (63,9%), média de idade de 44,4 anos (DP±11,9); não houve diferenças significativas na distribuição etária entre os sexos. O que está de acordo com estudos sobre características sociodemográficas em investigações sobre pacientes psiquiátricos de longa permanência em nosso país^{17,24,25}.

A análise da procedência das internações mostrou dentre as 216 internações da amostra 53% de internações do próprio município de Uberaba e as 47% restantes distribuídas entre 42 municípios da região.

É de se considerar que o hospital estudado encontra-se em uma região densamente povoada, abrangendo cerca de 1,5 milhão de pessoas, constituindo-se em quase exclusivo local de internação psiquiátrica – outras

possibilidades são 20 leitos em hospital geral – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e 50 leitos em hospital psiquiátrico privado em Ituiutaba.

Dados do Ministério da Saúde indicam que, em 2014, existiam 167 hospitais psiquiátricos no país¹⁸. Em Minas Gerais, os oito hospitais psiquiátricos perfazem 854 leitos²⁶, o que gera uma taxa de 4,04 leitos por 100.000 habitantes; na região do Triângulo Mineiro são 14 leitos por 100.000 habitantes²⁶. Na Itália são 29 leitos por 100.000 habitantes em hospitais públicos e 17 leitos por 100.000 habitantes no setor privado⁶. No Japão, são 265 leitos por 100.000 habitantes².

As dificuldades relacionadas às diferentes características locais foi destacada como um dos grandes problemas da reforma psiquiátrica por autores como Morzycka-Markowska (2015)⁶ na Itália, Angermeyer (2013)⁷ na Alemanha, Tulloch (2008)¹² na Inglaterra, Tachimori (2015)² no Japão e Rutz (2001)⁸ na Europa.

O tempo de permanência (variável resposta) neste estudo encontrou o valor 50,5 (DP±31,5) dias para a média aritmética e de 41 dias (IC95%: 37 a 45 dias) para a mediana.

Angermeyer (2013)⁷ na Alemanha relatou uma redução da média de duração de permanência na internação de 126,3 dias/ano (1991) para 45,2 dias/ano(2003).

Tachimori et al (2015)² relataram que de acordo com as Estatísticas de Saúde da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), em 2010, a '*média de permanência na internação*' para transtornos mentais e comportamentais na América do Norte e países desenvolvidos Europeus variavam de cerca de 5 dias (em França e EUA) a 40 dias (no Reino Unido);

encontraram critérios muito díspares que inviabilizavam comparações. Destacaram que a mediana de duração de internação entre pacientes internados recentemente em leitos psiquiátricos decresceu de 74.6 dias em 1998 para 61.5 dias em 2012 no Japão.

Internação psiquiátrica prolongada e necessidade de realojamento

A importância do tempo de internação é de crucial importância para o adequado realojamento desses pacientes após a alta.

Na Itália, Preti, de Girolamo et al (2009)⁹ encontraram associação com **maior probabilidade de receber alta para uma instalação residencial comunitária**: aumento da idade, gênero masculino, internação de longa permanência (>60 dias), transtorno de personalidade e o tipo da instalação cuidadora.

O tempo de permanência prolongada apresentou associação consistente com o motivo da internação tanto em análises não ajustadas como nas análises ajustadas. Destaca-se a associação do motivo relacionado à ausência de risco com internação prolongada como forte fator de risco para maior tempo de permanência.

O motivo da internação (sua justificativa) foi aqui adotado por representar mais adequadamente a necessidade de internação do que propriamente o diagnóstico.

A variável motivo da internação foi dicotomizada a partir dos registros hospitalares que utilizam critérios de internação do plano terapêutico do hospital (além de presença de transtorno mental): a) risco de autoagressão (para si mesmo); b) risco de heteroagressão (para terceiros); c) risco de agressão à ordem pública; d) risco de exposição social; e) incapacidade grave de

autocuidado. A partir desse ponto, agrupou-se em duas categorias: Com risco (englobando todos os riscos) por apresentarem-se imbricadas e de difícil distinção e Sem risco (incapacidade grave de autocuidado com falência do suporte familiar e/ou social) pela mesma indissociabilidade e implicação recíproca.

Nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), a justificativa para o prolongamento da internação registrava também a falência do suporte familiar e/ou social (indicando dificuldades para colocação após a alta na família ou em equipamentos sociais).

Esta associação entre o tempo de permanência e o motivo da internação está de acordo com os estudos existentes^{6,10,11,12,14} para as dificuldades de realojamento e colocação após a alta para indivíduos com incapacidade grave para o autocuidado.

Limitações

Nosso estudo apresenta limitações. Faltam informações sobre o nível de organização hospitalar, suas práticas terapêuticas e ligação com os serviços sociais e de cuidado em saúde mental. Informações sobre as políticas e estruturas de assistência à saúde, assistência social e de moradia nas diferentes localidades que encaminham internações para o hospital contribuiriam de forma significativa para mais profundas análises.

CONCLUSÃO

Destaca-se a importância de mais estudos de caráter quantitativo e analítico para o aprofundamento do conhecimento de aspectos relacionados às internações psiquiátricas de longa permanência. Estudos de caso-controle são bem indicados.

Há necessidade de mais pesquisas, especialmente dirigidas aos processos que conduzem à longa permanência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnstone P, Zolese G. Length of hospitalisation for people with severe mental illness (Review). Cochr Datab of Syst Rev. 1999, Issue 2. Art. No.: CD000384.
2. Tachimori H, Takeshima T, Kono T, Akazawa M, Zhao X. Statistical aspects of psychiatric inpatient care in Japan: Based on a comprehensive nationwide survey of psychiatric hospitals conducted from 1996 to 2012. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2015; 69: 512–22.
3. de Rosalmeida Dantas C, Galdini Raimundo Oda AM. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis - RevSauCol*; 2014; 24 (4); 1127-79. University of Rio de Janeiro State, Brasil.
4. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PGG, Almeida-Filho N, Barret T, Gerolin J et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Intern Journ of Ment Heal Syst*. 2008; 2:12.
5. Madianos MG. Economic crisis, mental health and psychiatric care: What happened to the “Psychiatric Reform” in Greece? *Psychiatr*. 2013; 24:13–14.

6. Morzycka-Markowska M, Drozdowicz E, Nasierowski T. Deinstitutionalization in Italian psychiatry – the course and consequences. Part II. The consequences of deinstitutionalization. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(2): 403–12.
7. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990–2011. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013; 48:1629-35.
8. Rutz W. Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 104 (410): 15-20.
9. Preti A, Rucci P, Gigantesco A, Santone G, Picardi A, de Girolamo G et al. Patterns of care in patients discharged from acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *Soc Psychiat Epidemiol.* 2009;44(9):767-76.
10. Contandriopoulos AP, Lesage AD, Mphil RM, Fortier L, Reinhartz D. Downsizing Psychiatric Hospitals: Needs for Care and Services of Current and Discharged Long-Stay Inpatients. *Can J Psychiat.* 2000;45:526-31.
11. Loch AA. Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. *Psychol Res and Behav Manag.* 2014;7; 137–45.
12. Tulloch AD, Fearon P, David AS. The determinants and outcomes of long-stay psychiatric admissions: a case-control study. *Soc Psychiat Epidemiol.* 2008;43:569.
13. Åberg J. Communication problems in Swedish Mental Health reform. *Nord J Psychiatry.* 2005;59:522-27. Oslo.

14. McInerney SJ, Finnerty S, Avalos G, Walsh E. Better off in the community? A 5-year follow up study of long-term psychiatric patients discharged into the community. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010;45(4):469-73.
15. Hirdes A. Brazil's Psychiatric Reform: a re-view. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Scien & Colletiv Heal*. 2009; 14(1):297-305.
16. Pitta AMF. An assesment of the Brazilian Psychiatric Reform: Institutions, Actors and Policies. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Scien & Colletiv Heal*. 2011;16(12): 4579-89.
17. Zuardi AW, Del-Ben CM, Carlotti IP, Marques JMA, Barros REM. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Internação breve em unidade de emergência psiquiátrica pode prevenir permanência prolongada em instituições psiquiátricas*. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2010;32 (2).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 16/08/2016).
19. 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, novembro de 2005.
20. Jakubaschk J, Kopp W. On characterising new psychiatric long-stay patients. *Social Psychiat and Psychiat Epidemiol*. 1989;24:88-95.
21. Jakubaschk J, Waldvogel D, Wurmle O. Differences between long-stay and short-stay inpatients and estimation of length of stay. *Social Psychiat and Psychiat Epidemiol*. 1993;28:84-90.

22. Brown TM, Miller HL, Ekstrom D, Evans DL, Golden RN. Characteristics of long-stay patients on the psychiatric service of a university hospital. *Hosp & Commun Psychiat.* 1991;42(7):743-745.
23. Scussel JrS. Brazil's Psychiatric Reform – Psychiatric hospital outcomes from 1990 to 2000. *A Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil – Repercussões em um hospital psiquiátrico no período 1990-2000*. [dissertation]. Ribeirão Preto: University of São Paulo; 2004.
24. Vidal CEL, Oliveira LP, Timo AR, Campos LM, Costa CLP, Vieira IPM et al. Perfil clínico e sociodemográfico das reinternações hospitalares no centro hospitalar psiquiátrico de Barbacena no período de 2003-2013. *Clinical and sociodemographic profile of Hospital readmissions in the Psychiatric Hospital of Barbacena in the period of 2003-2013*. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2016; 26 (3):47-51.
25. Perroca MG, Pereira MO, Jericó MC, Mukai HA. Long-stay psychiatric institution: patient profile and human resources indicators. *Instituição psiquiátrica de longa permanência: perfil de pacientes e Indicadores de recursos humanos*. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2013;9(1):33-40.
26. SES - MG. Secretaria de Estado da Saúde – Minas Gerais. Saúde Mental. Informativo eletrônico. Belo Horizonte: atualizado em 30/03/2017 (acesso em 26/01/2018).

Anexo I - Aprovação pelo CEP- Comitê de Ética em Pesquisa.

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

OF. 094/2015-CEP/CSE-FMRP-USP

Ribeirão Preto, 07 de Outubro de 2015.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e **APROVADO** pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária na data de 06 de Outubro de 2015.

CAAE: 47794215.7.0000.5414**Projeto de pesquisa:** Da Saúde Mental Comunitária para uma Assistência Psiquiátrica Integral**Pesquisador:** Syllas Scussel Junior

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes (Orientador)**Departamento de Medicina Social – FMRP - USP**

Anexo II - Termo de Autorização Institucional

Universidade de São Paulo
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

1

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Uberaba, 07 de Julho de 2015.

Ilustríssimo (a) Senhor (a)

Márcio Roberto Arduini
DD. Diretor Administrativo do SANATÓRIO ESPÍRITA DE UBERABA

Eu, Syllas Scussel Junior, CPF 576795926-91, CRMMG 17.883, responsável principal pelo projeto de pesquisa de doutorado pelo Programa Saúde na Comunidade do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP, venho, pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar esta pesquisa no Sanatório Espírita de Uberaba, CNPJ sob o nº 25.445.347/0002-50, no setor de registros hospitalares, sob o título ***“Da Saúde Mental na Comunidade para uma Assistência Psiquiátrica Integral”***, orientado pelo Professor Doutor Altacílio Aparecido Nunes.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto na Resolução CNS 466/2012, tem como objetivo avaliar o impacto da assistência psiquiátrica comunitária representada pelos Centros de Atenção Psicossocial na internação psiquiátrica; particularmente na internação psiquiátrica prolongada e nas reinternações, tendo em vista caracterizar as necessidades dessa clientela com o propósito de subsidiar um planejamento regional da assistência psiquiátrica. O procedimento adotado será coletar dados dos registros hospitalares de internações com mais de 60 (sessenta) dias de permanência contínuos ou mais de duas internações com permanência mínima de trinta dias em cada uma comparados com pessoas que tenham menos de duas internações psiquiátricas com tempo de permanência inferior a 60 (sessenta) dias no total ao longo do ano de 2014. Os dados coletados serão os referentes a número de internações/reinternações, motivo de prolongamento da

internação, sexo, idade, procedência e diagnósticos mais prevalentes. Não haverá abordagem ou contato com nenhum interno e nem acesso ou utilização de informações contidas nos prontuários dos internos. O risco possível existente nesse tipo de estudo refere-se à perda da confidencialidade dos dados; para tal não haverá qualquer identificação dos internos; os nomes serão substituídos por números e o acesso aos dados hospitalares será somente reservado ao pesquisador; poderá haver algum inconveniente para os funcionários que lidam com tais registros no hospital, ante o que nos propomos a consultar o momento mais adequado para os mesmos e a instituição. O ambiente para a coleta dos dados será o que a instituição julgar mais apropriado. Por se tratar de pesquisa com população vulnerável que se justifica por somente dessa forma se poder obter informações visando ao benefício da mesma, todos os cuidados éticos serão observados; um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido dos responsáveis legais assim como um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para obtenção junto aos internos, se julgado pertinente pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP. Será solicitada uma dispensa dos mesmos ao CEP por se tratar de pesquisa envolvendo apenas registros hospitalares sem acesso a prontuários; caso o CEP considere necessário mesmo assim, será solicitado que o mesmo seja obtido “*a posteriori*”, visto que a coleta dos Termos individualmente representará um risco muito maior de perda de confidencialidade e invasão de privacidade dos clientes envolvidos. O tempo previsto para a coleta de dados será de aproximadamente dois meses após a aprovação pelo CEP, o que se estima acontecer pelos meses de setembro/outubro de 2015.

Espera-se, com esta pesquisa, evidenciar carências e lacunas na assistência psiquiátrica pública com o propósito de proporcionar um atendimento mais qualificado a uma população com transtornos complexos e frequentemente pouco considerada no planejamento em saúde, pelo fortalecimento e suporte aos serviços de assistência comunitários e hospitalares. Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e pelo pesquisador Syllas Scussel Junior, email: syllas.scussel@gmail.com; celular 34-9161-8627(email, telefone).

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer

tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Autorização Institucional

Eu, Márcio Roberto Arduini, diretor administrativo do hospital Sanatório Espírita de Uberaba declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição CO-PARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução CNS 466/2012 a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Pesquisador responsável
Syllas Scussel Junior
CPF 576.795.926-91
Email: syllas.scussel@gmail.com
Fone: 34-9161-8627

Diretor Administrativo
Sanatório Espírita de Uberaba
Márcio Roberto Arduini
CPF 288.242.026-91
Email: sanatorio.gerencia@gmail.com