

**Eduardo Calmon de Moura**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DAS  
REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM UMA ENFERMARIA DE SAÚDE  
MENTAL EM HOSPITAL GERAL NA BAIXADA SANTISTA NO PERÍODO DE  
2010 A 2016**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação  
da Universidade Metropolitana de Santos –  
UNIMES, para obtenção do título de Mestre  
Profissional em Saúde e Meio Ambiente.

SANTOS

2017

**Eduardo Calmon de Moura**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DAS  
REINTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM UMA ENFERMARIA DE SAÚDE  
MENTAL EM HOSPITAL GERAL NA BAIXADA SANTISTA NO PERÍODO DE  
2010 A 2016**

Dissertação apresentada à Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES, para obtenção do título de Mestre Profissional em Saúde e Meio Ambiente.

Departamento:

Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde e Meio Ambiente

Orientadora:

Profa. Dra. Yara Dadalti Fragoso

Coorientadora:

Profa. Dra. Paula Andrea de Santis Bastos

Alunos Graduação:

Bruna Orquiza e Joara Turi Aniceto

**SANTOS**

**2017**

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.

## Ficha Catalográfica

Moura, Eduardo Calmon de

**Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas em uma enfermaria de saúde mental em hospital geral na Baixada Santista no período de 2010 a 2016.** / Eduardo Calmon de Moura.

-- Santos, 2017.

xiii, 66f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Metropolitana de Santos.  
Programa de Pós-graduação em Saúde e Meio Ambiente.

Título em inglês: Sociodemographic and clinical characterization of psychiatric readmissions in a ward of mental health in general hospital in Santos , in the period 2010-2016 .

1. Saúde Mental. 2. “Porta Giratória”. 3. Saúde Pública. 4. Hospitais Psiquiátricos. 5. Unidade Hospitalar de Psiquiatria

**UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS**  
**MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE**

Chefe do departamento de pós-graduação *stricto sensu*:

Profa. Dra Sandra Kalil Bussadori

Coordenador do curso de pós-graduação Saúde e Meio Ambiente:

Prof. Dr. Délcio Matos

**Eduardo Calmon de Moura**

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DAS REINTERNAÇÕES  
PSIQUIÁTRICAS EM UMA ENFERMARIA DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL  
NA BAIXADA SANTISTA NO PERÍODO DE 2010 A 2016**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Hélio Alves

Profa Dra. Luana Carramillo Going

Prof. Dr. Roberto Focaccia

Prof. Dr. Paulo Henrique Galeti Maccagnan

## Dedicatória

*Dedico este trabalho à  
minha esposa Kelly e ao meu  
filho Guilherme, que além da  
motivação inerente que suas  
presenças fazem na minha busca  
incessante pela melhoria pessoal,  
ainda compreenderam minhas  
ausências, sempre me acolhendo  
amorosamente à volta.*

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Yara Dadalti Fragoso pela dedicação, orientação e “puxões de orelhas” tão necessários à elaboração desta dissertação.

Meu muito obrigado a minha coorientadora Profa. Dra. Paula Andrea de Santis Bastos pela disposição e auxílio com ideias e correções.

Aos amigos, colegas e companheiros desta jornada, em especial ao Fernando Venturini e Paula Carduran pelas horas de discussões e auxílio na resolução dos problemas com propostas e contatos tão necessários nesta empreitada.

A Sra. Gleice Giroto e Dr. Sidney Costa Gaspar, membros da diretoria do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental, pela compreensão e permissão para que realizássemos nossa pesquisa.

Ao Sr. Gustavo Barbosa e a todos os membros da recepção hospitalar do PAI que, com seu trabalho, forneceram as informações sobre cada internação, possibilitando este trabalho.

Ao colega e amigo Bruno Reis “thanks for helping me with English”.

A Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins pelo apoio, ensino e elucidação nas questões estatísticas.

Ao Prof. Dr. Eder Rodrigues Pereira pela atenção e disponibilidade no auxílio para tornar este trabalho mais compreensível.

A Sra. Magda Cardinelli da Secretaria de Pós-Graduação da UNIMES pelo carinho e disponibilidade.

Ao meu núcleo familiar primário, Cleide, José Roberto e Geraldo (Prof. Dr. Nino), que sempre me incentivou a cada passo da vida, acadêmica ou não.

A todos os doentes que estiveram internados no Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental, que são nossos “professores”.

## Sumário

Dedicatória .....	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de figuras .....	ix
Lista de quadros .....	x
Lista de tabelas .....	xi
Lista de abreviaturas .....	xii
Resumo .....	xiii
1 INTRODUÇÃO .....	1
1.1 Objetivos.....	4
2 MÉTODOS .....	5
2.1 Estudo e amostragem.....	5
2.2 Procedimento .....	6
2.3 Análise estatística.....	9
3. RESULTADOS .....	11
3.1 Caracterização da amostra.....	11
3.2 Divisão de grupos por número de internações anteriores .....	21
4 DISCUSSÃO .....	28
5 CONCLUSÕES .....	34
6 PROPOSTA PROFISSIONAL .....	35
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	36
8 ANEXOS.....	40
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa .....	40
Anexo 2 – Solicitação de isenção do TCLE.....	43
Anexo 3 – Carta de aceitação institucional.....	44
Anexo 4 – Modelo de folha de internação .....	45



Anexo 5 – Termo de internação involuntária .....	46
Anexo 6 – Termo de internação voluntária .....	48
Anexo 7 – Modelo de planilha usada no serviço do PAI.....	50
Abstract	
Bibliografia Consultada	

## Lista de figuras

Figura 1. Mapa da Região Metropolitana da Baixada Santista. 2002 .....	6
Figura 2. Distribuição das internações por município da Região Metropolitana da Baixada Santista, em ordem decrescente de prevalência. Santos, 2016 .....	14
Figura 3. Distribuição dos motivos de alta por municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista. Dados expressos em números absolutos. Santos, 2016 ..	17
Figura 4. Distribuição percentual dos diagnósticos por município da Região Metropolitana da Baixada Santista. Santos, 2016 .....	19
Figura 5. Distribuição percentual dos grupos pelo número de internações anteriores. Santos, 2016 .....	21
Figura 6. Distribuição percentual das múltiplas internações entre os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista. Santos, 2016 .....	23

## Lista de quadros

Quadro 1. Divisão dos diagnósticos pelo CID 10 por faixas .....	8
Quadro 2. População estimada dos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista para 2016. IBGE, 2016 .....	14
Quadro 3. Relação dos serviços de atendimento extra-hospitalar por município da Região Metropolitana da Baixada Santista. 2015 .....	15

## Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição etária nos municípios de procedência das internações na enfermaria de saúde mental. PAI, Santos, 2016 .....	11
Tabela 2. Diferenças significativas dentre os municípios de procedência e a média de idade. PAI, Santos 2016 .....	12
Tabela 3. Número de internações na enfermaria de saúde mental, segundo municípios de procedência, em ordem decrescente. PAI, Santos, 2016 .....	13
Tabela 4. Média e mediana do tempo de permanência por município de procedência nas internações da enfermaria de saúde mental. PAI, Santos, 2016 .....	16
Tabela 5. Diferenças significativas dentre os municípios de procedências e a média de tempo de permanência. PAI, Santos, 2016 .....	16
Tabela 6. Distribuição de diagnóstico por faixa do CID 10. PAI, Santos, 2016 .....	18
Tabela 7. Distribuição dos diagnósticos por cada município. PAI, Santos 2016 .....	19
Tabela 8. Estratificação de ocorrência de internações por número de internações anteriores entre janeiro 2010 e junho 2016. PAI, Santos, 2016 .....	20
Tabela 9. Distribuição do número de internações anteriores por cada município. PAI, Santos, 2016 .....	21
Tabela 10. Divisão de gêneros dos grupos. PAI, Santos, 2016 .....	22
Tabela 11. Divisão de medidas centrais e de dispersão etária e comparação entre os diferentes grupos. PAI, Santos, 2016 .....	22
Tabela 12. Divisão dos grupos de internação e municípios de procedência. PAI, Santos, 2016 .....	24
Tabela 13. Relação entre internações múltiplas e internações únicas. PAI, Santos ....	25
Tabela 14. Médias, medianas e comparativos de médias de permanência por grupo de internação. PAI, Santos, 2016 .....	25
Tabela 15. Distribuição de diagnósticos por faixa do CID 10 pelos grupos de internações. PAI, Santos, 2016 .....	26
Tabela 16. Distribuição dos motivos de alta nos grupos de internações. PAI, Santos, 2016 .....	27

## Lista de abreviaturas

AD	Álcool e Droga
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Código Internacional de Doenças 10ª edição
DP	Desvio Padrão
DRS	Departamento Regional de Saúde
EPHG	Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PG	Porta Giratória
RP	Reforma Psiquiátrica
SUS	Sistema Único de Saúde

## Resumo

MOURA, E.C. **Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas em uma enfermaria de saúde mental em hospital geral na Baixada Santista, no período de 2010 a 2016.** 2017. 66f. Dissertação Mestrado Profissional – Saúde e Meio Ambiente, Universidade Metropolitana de Santos, Santos, 2017.

**Objetivo:** Avaliar a ocorrência do fenômeno de “porta giratória”, que se refere à reinternações frequentes (duas ou mais internações anteriores), em uma enfermaria de psiquiatria em hospital geral da Região Metropolitana da Baixada Santista. Comparar as características sociodemográficas e clínicas entre os pertencentes ao fenômeno e os grupos de pacientes sem internações prévias. **Métodos:** Realização de um estudo de coorte histórico, com análise descritiva de dados secundários referentes ao total de internações do período entre janeiro de 2010 e junho de 2016, na enfermaria do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental, totalizando 2606 internações. Foram excluídas as internações com permanência inferior a 24h e também aquelas em que os pacientes permaneciam internados ao final da coleta de dados. As variáveis examinadas são: sexo, idade, município de procedência, tempo de permanência na internação, número de internações anteriores, diagnósticos e condição de alta. Para a comparação de resultados, a amostra foi dividida em três grupos, conforme o número de internações anteriores (nenhuma, uma, porta giratória). **Resultados:** Foram excluídas 27 dentre o total de internações, sendo consideradas 2579. Na amostra houve predomínio masculino (59,1%), com média etária de  $36,4 \pm 13,2$  anos, e com tempo de permanência médio de  $23,9 \pm 39,2$  dias. A amostra de representantes do fenômeno “porta giratória” contribuiu com 636 interações, ou seja, um quarto do total. Em relação ao grupo “porta giratória”, na comparação com o grupo sem internações anteriores, os pacientes eram mais jovens (2,1 anos;  $p=0,001$ ) e tiveram permanência maior (4,8 dias em média;  $p=0,01$ ). O diagnóstico predominante foi dos transtornos psicóticos não afetivos (F20 a F29) representando 41,0% e 39,6%, respectivamente, ao grupo sem internações prévias e o grupo “porta giratória”. Para ambos os grupos a alta por melhora constituiu o principal motivo, ocorrendo em 88,2% no grupo sem internação e 82,4% no grupo do fenômeno “porta giratória”. **Conclusões:** O grupo de pacientes pertencentes ao fenômeno “porta giratória” representou importante parcela do total de internações na enfermaria de psiquiatria em hospital geral da Região Metropolitana da Baixada Santista, sendo composta por pacientes mais jovens e com tempo médio de permanência de internação maior que o grupo sem internação anterior. Em relação às características clínicas, ambos os grupos apresentaram como maior prevalência diagnóstica os transtornos psicóticos não afetivos, e “melhora” como o principal motivo de alta.

Descritores: saúde mental; “porta giratória”; saúde pública; hospitais psiquiátricos; unidade hospitalar de psiquiatria.

## 1 INTRODUÇÃO

A internação psiquiátrica, como modalidade de atendimento, ocupa a posição de tratamento de exceção, resultante da falha nas tentativas de cuidados extra-hospitalares ou comunitários, conforme normatizou a Lei Paulo Delgado de 2001 <sup>(1)</sup> dentro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica (RP).

Admite-se que a psiquiatria moderna nasce como ciência com a ascensão de Philippe Pinel a diretor do Manicômio de Bicetrê, na França, no século XVIII, quando ele propôs o tratamento moral da loucura. Além disso, Dr. Pinel separou e deu validade ao transtorno mental como doença, excluindo-o do conceito de delinquência ou vadiagem, sendo essa considerada a primeira reforma psiquiátrica <sup>(2,3)</sup>.

No Brasil, a psiquiatria tem como seu marco inicial a fundação do Hospital Pedro II no Rio de Janeiro no século XIX, logo após a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil. À época, o conceito manicomial, de restrição social à loucura, era o *modus operandi* de lidar com as questões do transtorno mental, padrão seguido mundialmente até a década de 1970 <sup>(2)</sup>.

A problemática do modelo hospitalocêntrico no Brasil transcende a retirada do convívio social do portador de transtorno mental, pois também é acrescida de questões de financiamento, tendo em vista que por décadas o cuidado ao portador de doença mental era delegado a hospitais privados <sup>(3)</sup>. De maneira geral, naquela época, o lucro, e não o cuidar, era o ponto principal dos serviços ao paciente psiquiátrico (mercantilização da saúde) e, por isso, eles sofriam privações e maus tratos.

Para a mudança dessa realidade, surge no final da década de 70, um movimento amplo envolvendo portadores de doenças mentais, familiares, profissionais da saúde mental, sindicalistas, entre outros, culminando, por sua vez, no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sendo este, o “pontapé” inicial de uma massa crítica de mudança <sup>(4)</sup>.

Em 1987, durante o II Congresso Nacional do MTSM, o Deputado Paulo Delgado propõe a normatização dos cuidados aos pacientes com enfermidades psiquiátricas. No mesmo ano, é inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo (CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira – Itapeva) <sup>(4)</sup>.

Em Santos, no ano de 1989, um marco do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, ocorre com uma intervenção no macro-hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta por causa da comprovação de maus tratos aos doentes lá internados, além da verificação de que eles viviam em condições sub-humanas <sup>(3)</sup>. Em resposta a situação degradante dos pacientes em cuidados asilares e respeitando as novas propostas de atendimento comunitário, foram fundados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) <sup>(3,4)</sup>, os primeiros serviços extra-hospitalares em saúde mental com funcionamento 24 horas do dia. Fato este que demonstra que a Região Metropolitana da Baixada Santista constitui a vanguarda do processo da RP no âmbito nacional.

Nos últimos anos, tem ocorrido, gradativamente, a expansão, a consolidação e a qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo, dos CAPS, que são definidos como:

“instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica” <sup>(5)</sup>.

Como resultado deste processo, o número de serviços mais que dobrou, sendo que a rede CAPS totalizou 1.620 serviços no ano de 2010 <sup>(6)</sup>, presentes em todos os estados da federação.

Os CAPS são divididos em relação ao porte, abrangência populacional e complexidade de seus atendimentos. O CAPS I, que é preconizado para cidades com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, tem uma menor complexidade e seu atendimento restringe-se ao horário comercial. O CAPS II, para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, é composto por uma equipe maior que o CAPS I, com maior complexidade de atendimentos e ainda com funcionamento em horário diurno. Já o CAPS III tem funcionamento 24h e é indicado para municípios maiores que 200.000 habitantes, atende aos casos de maiores complexidade e dispõe de leitos de acolhimento noturno <sup>(5)</sup>. Eles também podem ser divididos em relação à



população alvo de suas ações, em CAPS Álcool e Drogas (AD) destinado ao cuidado dos transtornos mentais decorrente do uso de álcool e drogas psicoativas, em CAPS Infantil que tem seu objetivo o cuidado às crianças e adolescentes (menores de 18 anos) portadoras de doenças mentais, e em CAPS destinado ao cuidado dos adultos com transtornos psiquiátricos <sup>(5)</sup>.

Não só o CAPS figura como equipamento substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, mas também os serviços ambulatoriais, com equipes multiprofissionais voltadas para a saúde mental nas unidades primárias e secundárias do sistema público de saúde, os hospitais dia, os centros de convivência, as oficinas terapêuticas, as residências terapêuticas, além das enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais (EPHG), com curta permanência de internação, que funcionam como retaguarda à rede de atenção psicossocial <sup>(3)</sup>.

No novo modelo de assistência ao portador de doença mental, com base no tratamento em serviços de saúde extra-hospitalares, preconizado pela Lei Paulo Delgado <sup>(1)</sup>, as internações prolongadas em macro-hospitais deixaram de ser a regra, pois foram substituídas por internações breves em EPHG, gerando benefícios inquestionáveis à assistência dos portadores de transtornos mentais. Surgiu, no entanto, um novo fenômeno problemático denominado *revolving door* <sup>(7)</sup>. Essa expressão da língua inglesa representa, metaforicamente, as “entradas e saídas” frequentes de pacientes em internações psiquiátricas em um curto período de tempo. Há, entretanto, ausência de consenso entre os autores sobre o número de internações e o período a ser considerado para o uso do termo <sup>(8,9)</sup>, sendo que a maioria deles considera como três ou quatro internações no período de cinco a dez anos <sup>(9)</sup>. O termo foi traduzido para o Português como “porta giratória” (PG), sem que houvesse mudança do significado.

Dentro dos preceitos da RP, em 2010, com a reabertura da enfermaria de psiquiatria do Hospital Estadual Guilherme Álvaro, agora sob gestão de uma Organização Social de Saúde, foi criado o Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental – Baixada Santista (PAI), que se caracterizou como uma EPHG para cuidados de quadros agudos, tendo como princípio a permanência máxima de 15 dias <sup>(10)</sup>.

Contudo, se a problemática de pacientes crônicos que permaneciam longos períodos internados em hospitais psiquiátricos não ocorre mais com frequência, o

desafio para a saúde pública não está resolvido. As reinternações múltiplas e frequentes em EPHG representam um novo exemplo de cronicidade, acarretando que, com as repetidas experiências de reclusão ocorra a rupturas nos laços familiares e do entorno social do paciente <sup>(11)</sup>, o que dificulta ainda mais a reinserção do egresso da internação, desenvolvendo-se assim um ciclo vicioso.

Neste contexto, assim como em outros trabalhos de pesquisas <sup>(12,13)</sup>, este estudo tem como propósito analisar o perfil e as relações das internações ocorridas no PAI. Dessa forma, pode ser apresentados dados que permitem discutir e entender fatores relacionados a essa problemática e, como consequência, diminuir a frequência de reinternações psiquiátricas. Assim sendo, a hipótese desse trabalho de pesquisa é a de que há ocorrência significativa de reinternações ou PG nos pacientes de uma enfermaria de saúde mental da Região Metropolitana da Baixada Santista.

## **1.1 Objetivos**

1. Avaliar a ocorrência de PG na enfermaria de saúde mental de um hospital geral na Região Metropolitana da Baixada Santista.
2. Caracterizar as internações pertencentes ao fenômeno PG e comparar as características sociodemográficas e clínicas com o grupo sem internações prévias.

## 2 MÉTODOS

### 2.1 Estudo e amostragem

Foi feito um estudo coorte histórico, com a análise descritiva, baseado em dados secundários, ou seja, no levantamento de informações contidas nos prontuários e planilhas do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI) da Baixada Santista, desde sua abertura em janeiro de 2010 até junho de 2016. Neste intervalo foram realizadas 2.606 internações, sendo essa a amostra definida por conveniência, abrangendo o total de internações do período.

A EPHG do PAI caracteriza-se por contar com 30 leitos, sem divisão por sexo, idade ou transtornos psiquiátricos e destina-se, exclusivamente, a pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A regulação das vagas dá-se pela Central de Regulação de Vagas do Estado sob a tutela do Departamento Regional de Saúde (DRS) da Região Metropolitana da Baixada Santista, que abrange os municípios de Bertioga, Guarujá, Santos, São Vicente, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe e Cubatão, (figura 1). Esta região apresenta uma população, estimada para 2016, de 1,8 milhão de habitantes <sup>(14)</sup>.

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana da Baixada Santista. 2002



Fonte: Emplasa

## 2.2 Procedimento

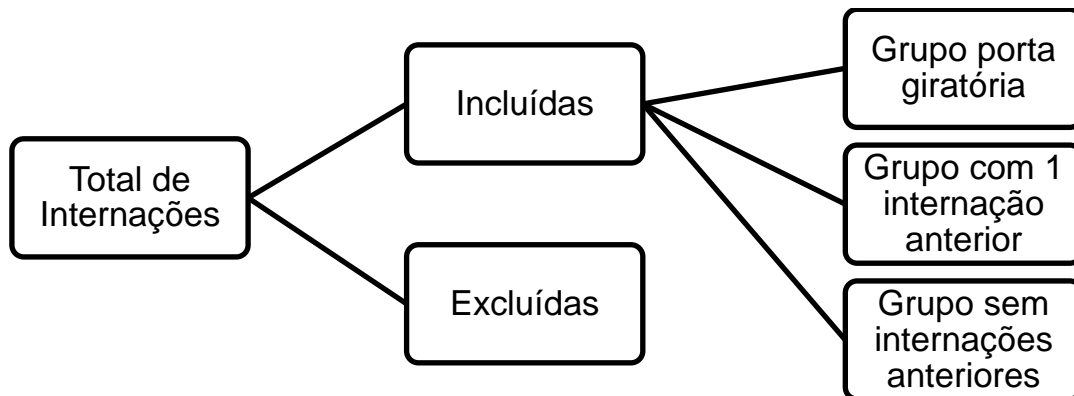
Após a permissão da instituição para a coleta de dados (anexo 3), foram então colhidas informações das planilhas elaboradas no Excel<sup>®</sup> e padronizadas pelo serviço desde sua fundação (anexo 7). Elas continham identificação do paciente, dados demográficos, município de origem, diagnósticos, motivo da alta, além das datas de início e término das internações. Foi confeccionada uma única tabela contendo todas as informações. Elas foram conferidas quanto ao correto preenchimento, ocorrência de homônimos, dados conflitantes e outros possíveis erros. No caso de dados incompletos ou duvidosos levantou-se as informações contidas no prontuário eletrônico do paciente, nas fichas de internação (anexo 4) e nos termos de internação involuntária (anexo 5) ou voluntária (anexo 6).

Excluiu-se do estudo as internações com duração inferior a 24h e aquelas cujos pacientes não haviam recebido alta até 31 de agosto de 2016.

No presente trabalho utilizou o conceito de duas ou mais internações anteriores para a delimitação do fenômeno PG.

De acordo com o número de hospitalizações, consideramos três grupos, a saber: o primeiro composto pelos pacientes que tiveram sua primeira internação no serviço (nenhuma anterior), um segundo com os que já haviam sido internados anteriormente uma vez no serviço e ao terceiro coube a amostra dos que tiveram duas ou mais internações anteriores, sendo estes considerados os participantes do fenômeno PG.

Fluxograma da delimitação da amostra e divisão por grupos.



Para os diagnósticos psiquiátricos foram utilizados critérios clínicos, e as doenças classificadas conforme Código Internacional de Doenças 10ª edição (CID 10), porém, apresentadas em faixas de diagnóstico <sup>(15)</sup> (quadro 1).

Quadro 1 – Divisão dos diagnósticos pelo CID 10 por faixas

CID 10	Diagnósticos
F00 à F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos
F10 à F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa
F20 à F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F30 à F39	Transtornos do humor [afetivos]
F40 à F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes
F60 à F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
F70 à F79	Retardo mental
Outros	Demais diagnósticos psiquiátricos que não os anteriores

Fonte: Código Internacional de Doenças – 10ª Edição<sup>(15)</sup>

A faixa F00 à F09 refere-se à apresentação de manifestações de alterações psiquiátricas, como por exemplo, delírios, alucinações ou alterações do humor, que tem como causa uma doença do corpo, como um tumor no cérebro, demências ou um acidente vascular cerebral.

Nos diagnósticos de F10 à F19 estão contidas as alterações psíquicas resultantes do consumo de drogas e álcool, compreendendo o uso compulsivo, incontrolado e gravemente prejudicial, denominado dependência.

A faixa das psicoses não afetivas (F20 à F29) representa as doenças que provocam o rompimento com a realidade, como por exemplo, a esquizofrenia, em que o doente acredita, inquestionavelmente, em ideias que não são verdadeiras (delírios), ou há alterações nas percepções, vê ou ouve, imagens e sons, que não são reais e nem mesmo são provocadas por objetos existentes (alucinações).

Humor ou afeto são termos que representam o estado emocional duradouro das pessoas. Alguns transtornos têm o cerne da alteração justamente nesta função, como na depressão (tristeza sustentada) ou na mania (euforia sustentada), sendo codificados na faixa F30 à F39.

Às doenças que se manifestam com descontrole do pensamento e dos impulsos (TOC), ou vinculados a um estado de ansiedade anormal (p. ex. transtorno do pânico) estão compreendidos entre F40 e F49.

Transtorno de personalidade (F60 à F69) é o diagnóstico dado a pessoas que têm uma forma desadaptativa e persistente de compreender e responder às vivências cotidianas, provocando grande sofrimento a si e/ou aos outros que lhe cercam, com grave prejuízo à suas relações pessoais, familiares ou profissionais.

Por último, a faixa de F70 à F79 é delimitada pelos pacientes que não têm seu desenvolvimento cognitivo completo, permanecendo mentalmente estagnados em fases pueris.

Neste trabalho de pesquisa, o diagnóstico de doenças não psiquiátricas foi desconsiderado.

Não foi necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), pois a pesquisa trata apenas de dados epidemiológicos secundários (anexo 2).

A pesquisa encontra-se registrada e aprovada junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Metropolitana de Santos, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 59877516.4.0000.5509 sob o título de *Caracterização sociodemográfica e clínica das reinternações psiquiátricas em uma enfermaria de saúde mental em hospital geral na Baixada Santista no período de 2010 a 2016* (anexo 1).

### **2.3 Análise estatística**

Para a análise estatística, os dados foram tabulados a partir do uso de planilha do Excel<sup>®</sup> e então transferidos para o IBM SPSS Statistics 23.0.

Inicialmente realizou-se a análise descritiva. Os dados qualitativos foram apresentados em frequência e porcentagem e os dados quantitativos em média e mediana, sendo o desvio padrão (DP) utilizado como medida de dispersão.

Para verificação de normalidade utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Escolheu-se o teste não paramétrico para os dados que não apresentaram normalidade. Para os dados quantitativos como idade e tempo de permanência

internado, quando comparados entre mais de dois grupos independentes, como por exemplo, na divisão por municípios, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis de amostras independentes. Entretanto, para a avaliação das mesmas variáveis na divisão de dois grupos independentes, como por exemplo, quando separado alta por melhora e as outras causas, foi utilizado o teste de U de Mann-Whitney.

Posteriormente, para se determinar a significância da diferenciação entre os municípios foi usado o Teste de Comparações Múltiplas de Tukey. Para as associações dos dados qualitativos utilizou-se o teste de Qui-Quadrado.

Os intervalos de confiança estabelecidos em 95% e os valores significativos aqueles com  $p < 0,05$ .



### 3. RESULTADOS

Foram consideradas as internações ocorridas (iniciadas) entre o período de janeiro 2010 e junho de 2016, totalizando 2.606 internações. Destas excluiu-se 27, sendo 24 delas por permanência menor que 24 horas, e três porque ainda encontravam-se vigentes (paciente ainda internado) em 31 de agosto de 2016, data final da coleta de dados, totalizando portanto 2.579 internações incluídas na pesquisa.

#### 3.1 Caracterização da amostra

Com relação ao sexo, os dados revelaram predomínio de homens com 59,1% (1.525 internações) e 40,9% (1.054 internações) foram de mulheres.

A distribuição etária da amostra teve como média 36,4 anos, mediana 35,0 e DP 13,3 anos, sendo a idade mínima de 10 e a máxima de 85 anos. Na tabela 1 é apresentada a distribuição das idades em relação aos municípios de origem.

Tabela 1 – Distribuição etária nos municípios de procedência das internações na enfermaria de saúde mental. PAI, Santos, 2016

Municípios	Idade (anos)		
	Média	Mediana	DP
Bertioga	32,9	29,0	14,3
Guarujá	34,3	32,0	12,3
Santos	38,3	38,0	13,9
São Vicente	38,4	37,0	14,0
Praia Grande	34,8	33,0	13,0
Mongaguá	39,0	40,0	13,2
Itanhaém	34,4	34,0	12,2
Peruíbe	34,9	33,0	11,6
Cubatão	36,6	36,0	12,6
Outros*	33,3	32,0	14,7

\*Municípios não pertencentes à Região Metropolitana da Baixada Santista

Fonte: Planilha recepção de internações

A análise comparativa entre as variáveis município de origem e média etária mostrou significância estatística ( $p < 0,05$ ) nas seguintes comparações dos municípios: Bertioga e Guarujá com os municípios de Santos, São Vicente, Mongaguá e Cubatão.

Na composição etária de Santos e São Vicente a média foi maior que os municípios de Praia Grande, Itanhaém, Peruíbe, Bertioga e Guarujá. Mongaguá, com a maior média de idade, apresentou diferença em relação aos municípios de Praia Grande, Itanhaém e Peruíbe, ilustrada na tabela 2.

Tabela 2 – Diferenças significativas dentre os municípios de procedências e a média de idade. PAI, Santos, 2016

Comparativos		Idade	
Municípios	Municípios	Diferença de Médias	<i>p</i>
Bertioga	Santos	-5,4	<0,001
	São Vicente	-5,5	<0,001
	Mongaguá	-6,1	<0,001
	Cubatão	-3,7	0,022
Guarujá	Santos	-4,0	<0,001
	São Vicente	-4,1	<0,001
	Mongaguá	-4,7	<0,001
	Cubatão	-2,3	0,046
Santos	Praia Grande	3,5	0,001
	Itanhaém	3,9	<0,001
	Peruíbe	3,4	0,004
São Vicente	Praia Grande	3,6	0,002
	Itanhaém	4,0	0,001
	Peruíbe	3,5	0,006
Praia Grande	Mongaguá	-4,2	0,001
Mongaguá	Itanhaém	4,6	<0,001
	Peruíbe	4,1	0,003

Fonte: Planilha recepção de internações

Com relação à procedência dos pacientes observou-se que a maior percentagem provem da cidade de Santos com 598 internações, e opostamente, Bertioga com 108 internações no período. As demais distribuições encontram-se na tabela 3.

Tabela 3 – Número de internações na enfermaria de saúde mental, segundo municípios de procedência, em ordem decrescente. PAI, Santos, 2016

Municípios	Internações	
	Nº	%
Santos	598	23,19
Guarujá	568	22,02
São Vicente	367	14,23
Mongaguá	208	8,07
Praia Grande	205	7,95
Itanhaém	199	7,72
Cubatão	171	6,63
Peruíbe	151	5,85
Bertioga	108	4,19
Outros	4	0,16
<b>Total</b>	<b>2579</b>	<b>100,00</b>

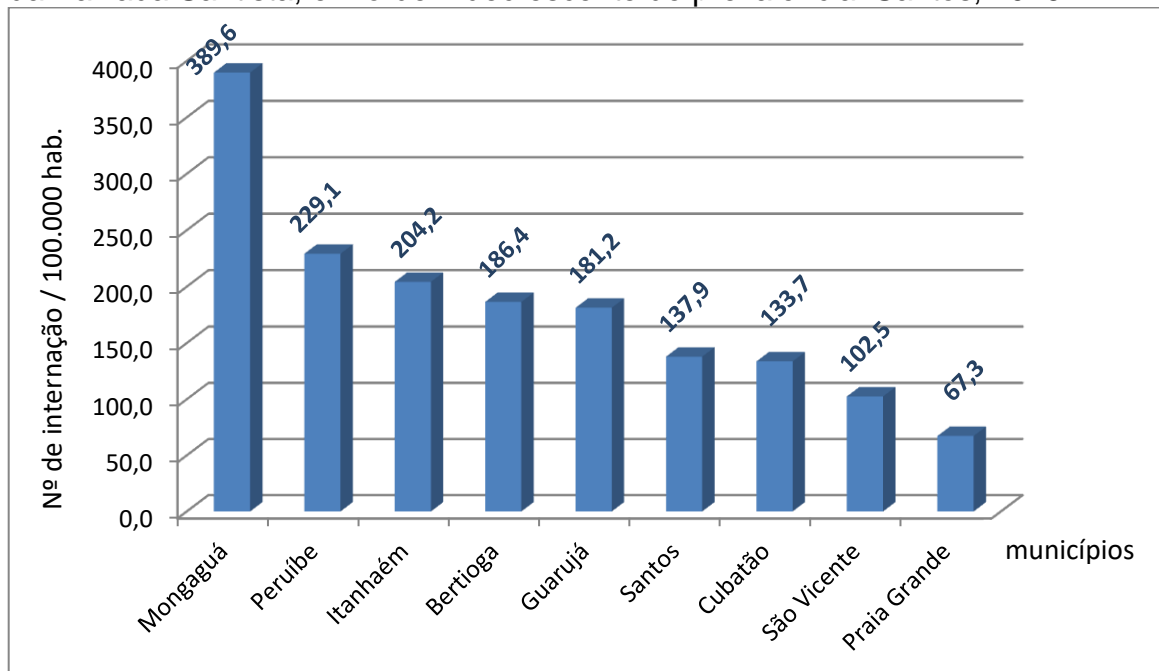
Os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista apresentam diferenças populacionais exibida no quadro 2. Desta forma, para uma melhor compreensão o número de internações foi normatizado por 100.000 habitantes, sendo considerada a estimativa populacional dos municípios para 2016 <sup>(14)</sup>. A prevalência de internação por cidades demonstrou uma ordem decrescente de ocorrências (figura 2) diferente da obtida para os valores absolutos do número de internação (tabela 3).

Quadro 2 – População estimada dos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista para 2016. IBGE, 2016

Municípios	Estimativa populacional 2016 Habitantes
Bertioga	57.942
Guarujá	313.421
Santos	434.359
São Vicente	357.989
Praia Grande	304.705
Mongaguá	53.384
Itanhaém	97.439
Peruíbe	65.907
Cubatão	127.887

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>(14)</sup>

Figura 2 – Distribuição das internações por municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, em ordem decrescente de prevalência. Santos, 2016



Com relação à prevalência, merece destaque o município de Mongaguá, que se comparado à média geral de 142,1 internações/100.000 hab., apresentou uma

ocorrência aproximada de 2,75 vezes maior que a média. Já a Praia Grande teve menos da metade da média geral de internações por 100.000 habitantes, totalizando 67,3 internações/100.000 hab.

Os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista não se diferem apenas na questão populacional, mas também na estruturação da rede de atendimento público na área da saúde mental, como pode ser observado no quadro 3.

Quadro 3 – Relação dos serviços de atendimento extra-hospitalar por municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista. 2015

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS INF</b>	<b>CAPS AD</b>	<b>Ambulatório de Psiquiatria</b>
Bertioga	1	0	0	0	0	0
Guarujá	0	1	0	1	1	0
Santos*	0	0	5	1	1	0
São Vicente	0	2	1	1	1	1
Praia Grande*	0	1	0	0	1	0
Mongaguá	0	0	0	0	0	1
Itanhaém	0	1	0	1	1	0
Peruíbe	1	0	0	0	0	1
Cubatão	0	1	0	0	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

Legenda:

\*Apresenta enfermaria de psiquiatria em hospital geral

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

INF – Infantil

AD – Álcool e Drogas

Fonte: Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental<sup>(10)</sup>-modificado

O tempo médio de permanência de internação na enfermaria do PAI foi de 23,9 dias com DP 39,2 dias. A divisão por municípios encontra-se descrita na tabela 4.

Tabela 4 – Média e mediana do tempo de permanência por município de procedência nas internações da enfermaria de saúde mental. PAI, Santos, 2016

Municípios	Tempo de permanência em dias		
	Média	Mediana	DP
Bertioga	23,0	20,0	15,3
Guarujá	20,0	17,0	14,3
Santos	24,5	18,0	38,7
São Vicente	25,1	20,0	24,1
Praia Grande	29,8	18,0	96,8
Mongaguá	27,3	16,0	51,0
Itanhaém	21,9	17,0	22,7
Peruíbe	23,8	18,0	25,9
Cubatão	22,9	20,0	15,6
Outros*	53,3	46,5	40,9

\*Municípios não pertencentes à Baixada Santista

Fonte: Planilha recepção de internações

Na comparação das médias de tempo de permanência de internação houve diferença estatística ( $p < 0,05$ ) apenas para as comparações entre Guarujá, município com a menor média ( $20,0 \pm 14,3$  dias), com Praia Grande ( $29,8 \pm 96,8$  dias) e Mongaguá ( $27,3 \pm 51,0$ ). Foi também identificado diferença ( $p = 0,04$ ) na comparação entre a média de permanência da Praia Grande com Itanhaém ( $21,9 \pm 22,7$  dias), exposta na tabela 5. Não foi encontrada significância na comparação de médias de permanência do grupo Outros (municípios fora da Baixada Santista) pelo número pequeno de internações, apenas quatro, embora este tenha tido média de 53,3 dias de internação.

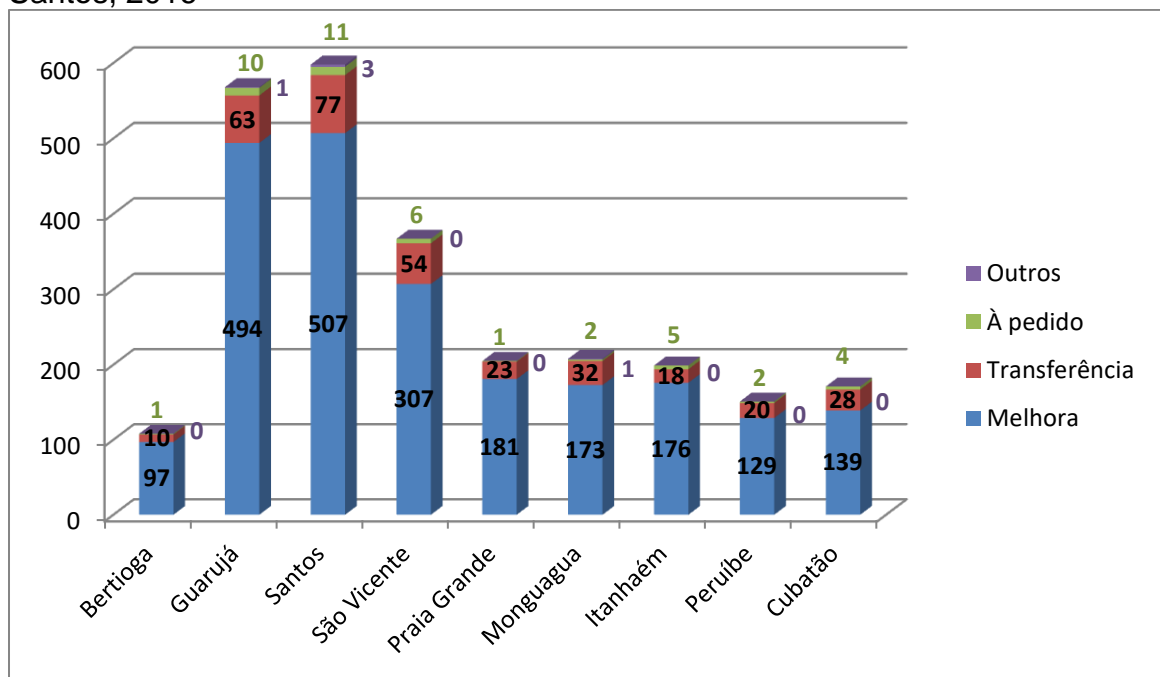
Tabela 5 – Diferenças significativas dentre os municípios de procedências e a média de tempo de permanência. PAI, Santos, 2016

Comparativos		Tempo de Permanência (Dias)	
Municípios	Municípios	Diferença de Médias	$p$
Guarujá	Praia Grande	-9,8	0,002
	Mongaguá	-7,3	0,021
Praia Grande	Itanhaém	7,9	0,042

Fonte: Planilha recepção de internações

Para a avaliação da causa da alta estabeleceram-se quatro categorias: alta por melhora do paciente, transferência do paciente para outro hospital, alta a pedido ou recusa do paciente ou do familiar à internação e outros motivos, visto que este incluiu: óbito, alta administrativa e evasão. A figura 3 destaca a divisão, por municípios da Baixada Santista, dos motivos de alta.

Figura 3 – Distribuição dos motivos de alta por municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista. Dados expressos em números absolutos. Santos, 2016



Partindo-se da premissa de que o paciente pode apresentar mais de um diagnóstico psiquiátrico, foram identificados 3.168 diagnósticos nas 2.579 internações. Os transtornos psicóticos não afetivos (F20 à F29) tiveram a maior frequência de ocorrência com 1.268 casos, seguidos dos transtornos por uso de substâncias (F10 à F19) 896, conforme tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição de diagnósticos por faixa do CID 10. PAI, Santos, 2016

Faixa de diagnóstico	Frequência de Ocorrência	
	Nº	%
TM. orgânicos	80	2,5
TM. uso de substâncias psicoativas	896	28,3
Psicoses não afetivas	1268	40,0
Tr. do humor.	538	17,0
Tr. neuróticos	36	1,1
Tr. personalidade	141	4,5
Retardo Mental	170	5,4
Outros*	39	1,2
<b>Total</b>	<b>3168</b>	<b>100,0</b>

Legenda:

TM. – Transtornos mentais

Tr. – Transtornos

\*demais diagnósticos psiquiátricos

Fonte: Planilha recepção de internações

Na distribuição percentual dos diagnósticos por municípios, figura 4, à exceção de Itanhaém e Outros (municípios não pertencentes à Região Metropolitana da Baixada Santista), os transtornos psicóticos não afetivos tiveram a maior prevalência dentre todos os demais diagnósticos. A distribuição dos demais por municípios está na tabela 7.



Figura 4 – Distribuição percentual dos diagnósticos por municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista. Santos, 2016

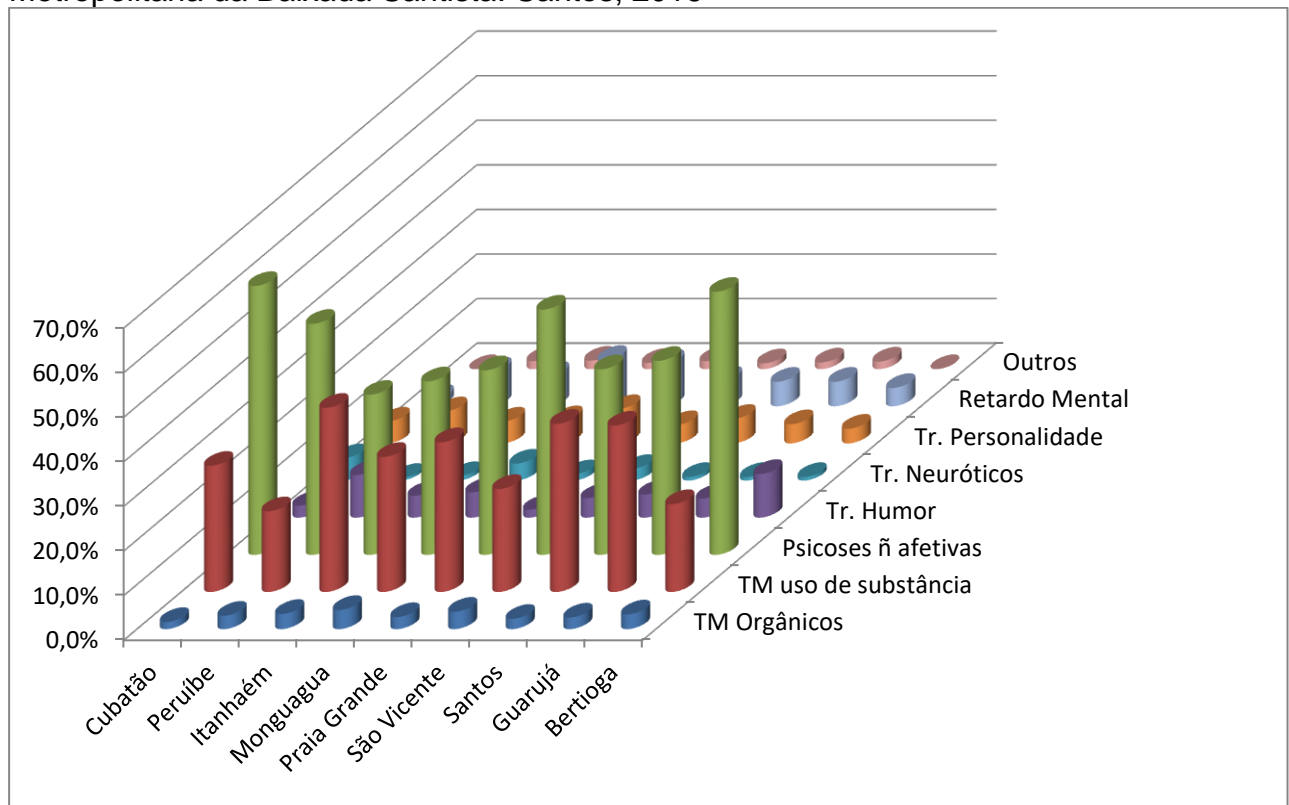


Tabela 7 – Distribuição dos diagnósticos por cada município. PAI, Santos 2016

Municípios	Faixa de Diagnósticos																Total	
	TM. Orgânicos		TM. Uso de Subst.		Psicose ã afet.		Tr. Humor		Tr. Neuróticos		Tr. Personalidade		Retardo Mental		Outros		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bertioga	4	3,3	24	19,7	72	59,0	12	9,8	1	0,8	4	3,3	5	4,1	0	0,0	122	100,0
Guarujá	17	2,6	242	37,3	282	43,5	28	4,3	5	0,8	28	4,3	36	5,5	11	1,7	649	100,0
Santos	14	2,3	232	37,7	256	41,6	32	5,2	5	0,8	34	5,5	34	5,5	9	1,5	616	100,0
São Vicente	15	3,9	90	23,1	214	55,0	17	4,4	10	2,6	16	4,1	22	5,7	5	1,3	389	100,0
Praia Grande	6	2,7	74	33,6	91	41,4	4	1,8	3	1,4	17	7,7	21	9,5	4	1,8	220	100,0
Mongaguá	9	4,3	64	30,3	82	38,9	12	5,7	8	3,8	11	5,2	22	10,4	3	1,4	211	100,0
Itanhaém	7	3,4	85	41,3	74	35,9	10	4,9	2	1,0	10	4,9	14	6,8	4	1,9	206	100,0
Peruíbe	5	3,0	30	18,1	86	51,8	16	9,6	1	0,6	12	7,2	13	7,8	3	1,8	166	100,0
Cubatão	3	1,6	52	28,3	111	60,3	5	2,7	1	0,5	9	4,9	3	1,6	0	0,0	184	100,0
Outros*	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0

\*Municípios não pertencentes à Baixada Santista

Legenda:

TM. - Transtornos mentais

Tr - Transtornos

afet. - afetiva

Fonte: Planilha recepção de internações

Na estratificação da amostra, os pacientes sem internações prévias no serviço representaram a maioria (54,1%), totalizando 1.395, no grupo com apenas uma internação anterior verificou-se 548 (21,3%). No grupo de múltiplas internações as ocorrências de hospitalizações variaram de três a oito internações anteriores. A

estratificação das ocorrências por número de internações anteriores está representada na tabela 8.

Tabela 8 – Estratificação de ocorrência de internações por número de internações anteriores entre janeiro 2010 e junho 2016. PAI, Santos, 2016

Nº de internações anteriores	Internações	
	Nº	%
Nenhuma	1395	54,1
1	548	21,3
2	288	11,2
3	136	5,3
4	105	4,1
5	24	0,9
6	49	1,9
7	16	0,6
8	18	0,7
<b>Total</b>	<b>2579</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Planilha recepção de internações

Ao avaliar todos os municípios estudados mais da metade das internações correspondiam a pacientes que não tinham ou tinham apenas uma internação anterior, ou seja, não houve caracterização do fenômeno PG na maioria dos casos. A distribuição por municípios é apresentada na tabela 9.

A ocorrência do fenômeno PG nos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista foi, em ordem crescente de proporção, de: 13,6% para São Vicente, 17,2% para Praia Grande, 24,6% para Santos, 25,8% para Guarujá, 26,0% para Mongaguá, 28,7% para Bertioga, 29,8% para Cubatão, 33,1% para Itanhaém e 36,4% para Peruíbe.

Tabela 9 – Distribuição do número de internações anteriores por cada município. PAI, Santos 2016

Municípios	Internações Anteriores																					
	Nenhuma		1		2		3		4		5		6		7		8		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bertioga	46	42,6	31	28,7	14	13,0	12	11,1	5	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	108	100,0
Guarujá	290	51,1	131	23,1	57	10,0	28	4,9	28	4,9	12	2,1	14	2,5	8	1,4	0	0,0	0	0,0	568	100,0
Santos	321	53,7	130	21,7	80	13,4	32	5,4	21	3,5	0	0,0	14	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	598	100,0
São Vicente	244	66,5	73	19,9	22	6,0	17	4,6	5	1,4	6	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	367	100,0
Praia Grande	132	64,4	38	18,5	12	5,9	4	2,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	8,8	0	0,0	205	100,0
Mongaguá	111	53,4	43	20,7	22	10,6	12	5,8	5	2,4	0	0,0	14	6,7	1	0,5	0	0,0	0	0,0	208	100,0
Itanhaém	90	45,2	43	21,6	33	16,6	10	5,0	10	5,0	6	3,0	0	0,0	7	3,5	0	0,0	0	0,0	199	100,0
Peruíbe	65	43,0	31	20,5	19	12,6	16	10,6	20	13,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	151	100,0
Cubatão	92	53,8	28	16,4	29	17,0	5	2,9	10	5,8	0	0,0	7	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	171	100,0
Outros	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0

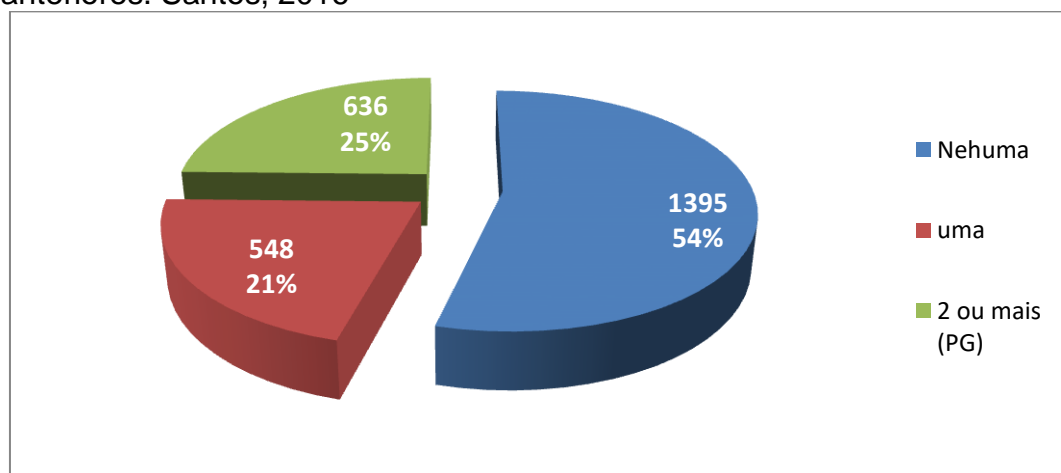
\*Municípios não pertencentes à Baixada Santista

Fonte: Planilha recepção de internações

### 3.2 Divisão de grupos por número de internações anteriores

Da amostra de 2.579 internações, 1.395 referiam-se à pacientes sem internações anteriores, 548 ao grupo com apenas uma internação prévia e 636 com duas ou mais internações anteriores, este, por sua vez, representante do fenômeno PG. Os dados encontram-se representados na figura 5.

Figura 5 – Distribuição percentual dos grupos pelo número de internações anteriores. Santos, 2016



Em relação à distribuição por gênero houve predomínio masculino nas internações e quanto maior o número de internações, maior a tendência a predominância masculina. No entanto, tal diferença não se mostrou significativa ( $p=0,148$ ). Os dados são exibidos na tabela 10.

Tabela 10 – Divisão de gêneros dos grupos. PAI, Santos, 2016

Internações anteriores	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Nenhuma*	803	57,6	592	42,4	1395	100,0
Uma*	327	59,7	221	40,3	548	100,0
2 ou mais *	395	62,1	241	37,9	636	100,0

\* $p=0,148$

Fonte: Planilha recepção de internações

Quanto à distribuição etária houve diferença apenas no grupo pertencente ao fenômeno PG (duas ou mais internações anteriores). O valor da média de idade para este grupo foi de 34,8 anos, enquanto a do grupo sem hospitalização anterior foi de 36,9 anos e a do grupo com uma internação prévia foi de 36,8 anos, conforme representado na tabela 11.

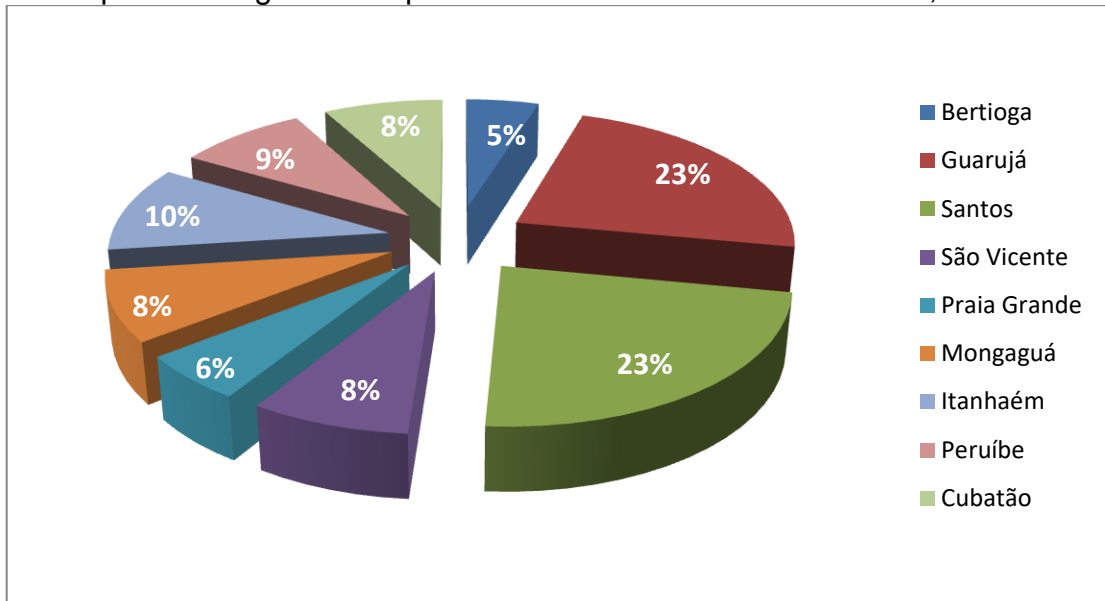
Tabela 11 – Divisão de medidas centrais e de dispersão etária e comparação entre os diferentes grupos. PAI, Santos, 2016

Grupos por Internações anteriores		Idade (anos)		Grupos comparativos	Diferença de Médias	$p$
		Medidas centrais	DP			
Nenhuma	Média	36,9	13,9	uma	0,1	0,802
	Mediana	36,0		2 ou mais	2,1	
uma	Média	36,8	14,1	Nenhuma	-0,1	0,802
	Mediana	34,5		2 ou mais	2,0	
2 ou mais	Média	34,8	11,5	Nenhuma	-2,1	0,001
	Mediana	33,0		uma	-2,0	

Fonte: Planilha recepção de internações

Na distribuição percentual do fenômeno PG por municípios, Santos e Guarujá foram responsáveis pela maior contribuição (23,1% cada), sendo que, os demais municípios variaram entre 5% a 10% do total de interações múltiplas. Os dados estão na figura 6.

Figura 6 – Distribuição percentual das múltiplas interações entre os municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista. Santos, 2016



A tabela 12 demonstra o predomínio de interações únicas dentre o total de interações, nos diferentes municípios estudados.

Tabela 12 – Divisão dos grupos de internação e municípios de procedência. PAI, Santos, 2016

Municípios	Número de Internações Anteriores					
	Nenhuma		Uma		2 ou mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bertioga	46	3,3	31	5,7	31	4,9
Guarujá	290	20,8	131	23,9	147	23,1
Santos	321	23,0	130	23,7	147	23,1
São Vicente	244	17,5	73	13,3	50	7,9
Praia Grande	132	9,5	38	6,9	35	5,5
Mongaguá	111	8,0	43	7,9	54	8,5
Itanhaém	90	6,5	43	7,9	66	10,4
Peruíbe	65	4,7	31	5,7	55	8,7
Cubatão	92	6,6	28	5,1	51	8,0
Outros*	4	0,3	0	0,0	0	0,0
Total	1395	100,0	548	100,0	636	100,0

\*Municípios não pertencentes à Baixada Santista

Fonte: Planilha recepção de internações

Um indicador relativo ao número de internações foi criado para uma melhor compreensão dos dados. Assim, um maior indicador representa que há mais internações únicas do que múltiplas, estas últimas pertencentes ao fenômeno PG. Nesse sentido, Peruíbe exibe o menor valor, ou seja, a cada 12 internações 10 correspondem a pacientes que já haviam sido internados duas ou mais vezes. No oposto, em São Vicente é necessário que 4,9 internações únicas (primeiras internações) ocorram para que uma pertença ao fenômeno PG. As demais relações dos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista encontram-se na tabela 13.

Tabela 13 – Relação entre internações múltiplas e internações únicas. PAI, Santos, 2016

Municípios	Internações únicas/múltiplas	
Bertioga	1,5	
Guarujá	2,0	
Santos	2,2	
São Vicente	4,9	
Praia Grande	3,8	para cada internação múltipla ocorrem internações únicas
Mongaguá	2,1	
Itanhaém	1,4	
Peruíbe	1,2	
Cubatão	1,8	

Fonte: Planilha recepção de internações

Na comparação do tempo de permanência, o grupo composto pelos pacientes sem nenhuma internação anterior teve uma duração de hospitalização menor que os demais, sendo essa diferença em menos cinco dias para o grupo com uma internação anterior ( $p=0,012$ ) e de menos 4,8 dias para o grupo com duas ou mais internações ( $p=0,010$ ). Na comparação entre o grupo com uma internação anterior e o com múltiplas internações não houve diferença da média de permanência ( $p=0,944$ ), dados estes da tabela 14.

Tabela 14 – Médias, medianas e comparativos de médias de permanência por grupo de internação. PAI, Santos, 2016

Internações Anteriores	Média (dias)	Mediana (dias)	DP	Internações Anteriores	Diferença de Médias	$p$
Nenhuma	21,6	17	25,4	Uma	-5,0	0,012
				2 ou mais	-4,8	0,010
Uma	26,6	19	63,3	nenhuma	5,0	0,012
				2 ou mais	0,2	0,944
2 ou mais	26,4	20	36,9	nenhuma	4,8	0,010
				uma	-0,2	0,944

Fonte: Planilha recepção de internações

Quanto aos diagnósticos para os três grupos analisados, os transtornos psicóticos não afetivos (faixa F20 à F29) foram os mais frequentes, seguido pela dependência (faixa F10 À F19), conforme tabela 15.

Tabela 15 – Distribuição de diagnósticos por faixa do CID 10 pelos grupos de internações. PAI, Santos, 2016

Faixa de diagnósticos	Internações Anteriores					
	nenhuma		1 internação		2 ou mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TM. orgânicos	47	2,9	21	3,1	12	1,4
TM. uso de substâncias psicoativas	432	26,4	206	30,3	258	30,3
Psicoses não afetivas	670	41,0	260	38,2	338	39,6
Tr. do humor.	307	18,8	118	17,4	113	13,3
Tr. neuróticos	27	1,7	3	0,4	6	0,7
Tr. personalidade	75	4,6	27	4,0	39	4,6
Retardo Mental	59	3,6	32	4,7	79	9,3
Outros*	18	1,1	13	1,9	8	0,9
<b>Total</b>	<b>1635</b>	<b>100,0</b>	<b>680</b>	<b>100,0</b>	<b>853</b>	<b>100,0</b>

Legenda:

TM. – Transtornos mentais

Tr. – Transtornos

\*demais diagnósticos psiquiátricos

Fonte: Planilha recepção de internações

Na avaliação das causas de alta nos grupos por números de internações anteriores (nenhuma internação anterior, uma internação e múltiplas internações), observou-se que a alta por melhora predominou frente aos demais motivos ( $p < 0,001$ ), com 88,2%, 82,7% e 82,4% de frequência de ocorrência, respectivamente. As demais divisões encontram-se representadas na tabela 16.



Tabela 16 – Distribuição dos motivos de alta nos grupos de internações. PAI, Santos, 2016

Motivos de Alta	grupo de internações anteriores					
	Nenhuma		1 internação		2 ou mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
melhora	1230	88,2	453	82,7	524	82,4
transferência	131	9,4	87	15,9	107	16,8
a pedido	31	2,2	6	1,1	5	0,8
outros	3	0,2	2	0,4	0	0,0
<b>Total</b>	<b>1395</b>	<b>100,0</b>	<b>548</b>	<b>100,0</b>	<b>636</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Planilha recepção de internações

## 4 DISCUSSÃO

O modelo de internações prolongadas em macro-hospitais psiquiátricos sofreu radicais mudanças após a Reforma Psiquiátrica brasileira. A nova proposta de cuidados extra-hospitalares e de internações breves em EPHG representou enorme avanço no cuidado da pessoa com transtorno mental, propondo soluções a paradigmas estigmatizantes e dando a importância ao sujeito integral <sup>(16)</sup>.

Se por um lado o novo trouxe soluções a problemas antigos, por outro, novos dilemas são levantados e necessitam de maiores pesquisas para a problemática no novo modelo da psiquiatria centrada nos cuidados comunitários <sup>(7)</sup>.

Nesse contexto, os pacientes crônicos que antes permaneciam meses ou anos internados em um hospital, atualmente não mais permanecem longos períodos na EPHG. Há porém uma nova compreensão de cronicidade representada pelos pacientes com múltiplas internações. Com a finalidade de melhorar o entendimento desse processo e de elaborar propostas que possam minimizá-lo, o tema vem sendo atualmente foco de diversos estudos <sup>(9,12,17)</sup>, e de trabalhos científicos de programas de pós-graduação <sup>(13,18,19)</sup>.

Nesta pesquisa a avaliação por gênero da população total evidenciou predomínio masculino, fato esse demonstrado igualmente em pesquisa em EPHG paranaense, ao qual encontrou 65% de homens internados <sup>(17)</sup>.

Ao considerar a divisão por grupos, nas internações múltiplas, representando o fenômeno PG, também houve uma maioria masculina, sendo essa próxima à pesquisa realizada em um hospital psiquiátrico de longa permanência que obteve 57,1% de homens <sup>(20)</sup>. A semelhança remete a uma coincidência entre os representantes do antigo conceito de pacientes crônicos ou moradores de hospitais psiquiátricos e o novo conceito de crônicos, que são os reinternantes frequentes.

A predominância masculina na amostra de internados discorda de pesquisa de revisão sistemática sobre a prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira, que identificou maioria feminina <sup>(21)</sup>. Porém, uma explicação a tal fato é que os pacientes internados retratam maior gravidade ou impossibilidade de tratamentos extra-hospitalares, o que coincide com dados clínicos, além de demonstrar que mulheres buscam cuidados médicos mais precocemente em relação aos homens,

possibilitando assim a identificação e tratamento de transtornos mentais em fases iniciais da doença, levando a menor necessidade de internação <sup>(22)</sup>.

Quanto à distribuição etária, obteve-se na população de internados uma média inferior à 41,5 anos encontrada por Silva e Cols em 2015 <sup>(17)</sup>. Na amostra pertencente ao fenômeno PG, a média de idade encontrada foi ainda menor, o que levanta questões relevantes sobre as consequências devastadoras de uma doença crônica, na maioria dos casos incapacitante, com repercussões importantes na vida produtiva de uma parcela jovem da população.

Neste trabalho de pesquisa, a distribuição por municípios atendeu a premissa da regionalização do SUS <sup>(23)</sup>, sendo que, a quase totalidade das internações teve como procedência municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista. Levando-se em consideração as diferenças populacionais dentre os nove municípios componentes da região e para uma visão da prevalência das internações no PAI, foi estabelecida a proporção por 100.000 habitantes, o que demonstrou que o município de Mongaguá teve, proporcionalmente, a maior demanda de internações, seguido por Peruíbe e Itanhaém, municípios estes de menor população e arrecadação.

Uma hipótese para esta ocorrência é a de que esses três municípios possuem uma menor organização e suporte dos serviços comunitários de saúde mental (quadro. 3), aspectos fundamentais na prevenção de internações. No outro oposto, Praia Grande, seguido por Santos e São Vicente apresentaram, proporcionalmente, as menores demandas de internação, o que pode ser entendido como municípios com uma maior suportabilidade dos casos em seu aparato extra-hospitalar. Outra importante consideração refere-se, justamente, à presença de enfermaria psiquiátrica no município de Praia Grande, que contribuiu, fortemente, para o menor número de internações.

Em relação ao fenômeno PG por municípios, Santos e Guarujá contribuíram, quando somados, com mais de 40% do total das reinternações múltiplas, necessitando de investigação mais detalhada para a compreensão desta particularidade de ocorrência. Contudo, a ausência de outras EPHG e a magnitude populacional, acarreta um maior número de casos o que talvez explique o número elevado de reinternações.

Analisando a frequência de diagnósticos, a amostra objeto de estudo deste trabalho de pesquisa, os transtornos psicóticos não afetivos (F20 à F29) representaram a maior ocorrência, assemelhando-se, em percentagem, com a encontrada na pesquisa em EPHG paranaense com 41,1% de transtornos psicóticos não afetivos <sup>(17)</sup>.

No mesmo sentido, porém com menor representatividade, em comparação com estudo realizado em um Hospital Psiquiátrico de Campo Grande em que 82,4% dos pacientes internados receberam diagnóstico de esquizofrenia (faixa F20 à F29) <sup>(19)</sup>. Em relação ao estudo de EPHG de Silva e Cols em 2015, se por um lado, as percentagens dos transtornos psicóticos não afetivos foram semelhantes, não se pode afirmar o mesmo em relação aos transtornos mentais por uso de substâncias (F10 à F19), pois que, na amostra desta pesquisa, tal faixa do CID 10 representou menos de 30%, sendo o segundo diagnóstico mais prevalente, e no levantamento dos referidos pesquisadores, representou a doença de maior prevalência, com 47,5% dos diagnósticos das internações <sup>(17)</sup>.

Quando divididos por municípios, a exceção de Itanhaém, que teve como maior prevalência a dependência, todos os demais municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista apresentaram os transtornos psicóticos não afetivos como principal motivo de internação.

Considerando que, as internações são a exceção ao tratamento psiquiátrico; doenças mais graves tendem a demandar maiores cuidados; e, dentre os transtornos psiquiátricos, os transtornos psicóticos não afetivos representam doenças em que o paciente rompe com a realidade, o que impede seu pleno discernimento. Por tanto, é de se esperar que, na amostra objeto deste trabalho, os transtornos psicóticos não afetivos fossem o mais prevalente diagnóstico nas internações.

Cabe ressaltar que, o diagnóstico não influenciou a ocorrência PG, pois, na comparação dos valores percentuais, as prevalências demonstraram semelhanças dentre os grupos, em que são considerados ausência de internação anterior e o número de internações. Assim há um entendimento que as reinternações não são explicadas pelo tipo de transtorno que acomete os pacientes, estando o fenômeno PG ligado a outros fatores.

Ainda que a dependência de álcool e outras drogas não tenham atingido a posição de maior justificativa de internações, o problema de saúde pública não pode ser minimizado, bastando a compreensão de que essa problemática pode ser prevenida, e até compreendida como risco modificável. O uso de drogas lícitas e ilícitas é, não somente risco para futura dependência, mas também um complicador e pode até mesmo ser considerado um desencadeante para outros transtornos psiquiátricos <sup>(24)</sup>.

Para a permanência média de internação na enfermaria do PAI, a divisão por municípios não apresentou homogeneidade, sendo que, diversos motivos podem estar envolvidos para ocorrência de diferença. Uma possível justificativa da discrepância entre o tempo médio de permanência dentre os municípios está na relação em rede, ou seja, a maior ou menor proximidade entre profissionais do PAI e dos municípios, pois para a efetivação da alta hospitalar existe interdependência dos serviços, explicada pelo fato da alta não significar apenas a saída da enfermaria, mas também a vinculação ao serviço extra-hospitalar de atendimento e o apoio para a reinserção social do paciente desinternado.

Na comparação da média de permanência das internações foram encontrados valores semelhantes de uma EPHG americana, com média de permanência de  $23 \pm 16,2$  dias <sup>(25)</sup>, mas em relação à pesquisa nacional, realizada em Ribeirão Preto, a média verificada neste trabalho de pesquisa foi menor que os 33,5 dias <sup>(26)</sup>. A diferença entre as médias de permanência, no comparativo desta pesquisa com a realizada em Ribeirão Preto <sup>(26)</sup>, pode ser explicada pelo fato de que naquele serviço a enfermaria de agudos, do qual essa média corresponde, é separada da enfermaria exclusiva para dependência química.

Um alerta refere-se ao não atendimento, na média de permanência das internações, à proposta do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI) de ser uma enfermaria para casos agudos e de curta permanência com meta de até 15 dias.

Na análise dos motivos de alta, a que ocorreu por melhora foi o principal, representando indiretamente a resolutividade da EPHG do PAI, mesmo quando comparados entre os grupos divididos pelo número de internações. Muito provavelmente, a resolutividade possa ser explicada pela qualificação dos profissionais que compõem a equipe do PAI, que é reforçada pela vocação do serviço para o ensino, servindo de campo de estágio para diversos cursos de graduação, incluindo o internato de uma faculdade de medicina. No Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental, atualmente, é oferecido para médicos, curso estruturado em psiquiatria, reforçando ainda mais a relação assistência/ensino do serviço.

Se a condição de alta do doente egresso de internação não se mostrou como fator determinante para a frequência de reinternações, pode-se concluir que outras justificativas, que não clínicas, são responsáveis pela diferença entre os municípios. É provável que fatores relacionados à rede de atendimento psicossocial sejam a condição preponderante para o retorno à internação. Pesquisas têm levantado, até

mesmo, o número de internações como avaliador da qualidade da assistência à saúde mental dos municípios <sup>(26)</sup>.

Em relação ao total de internações, o fenômeno “porta giratória” representou um quarto do total, ainda assim o fenômeno foi menor que os encontrados em outras pesquisas, como a realizada em uma unidade psiquiátrica do Piauí onde a porcentagem foi de 55,7% <sup>(12)</sup>, cabe à ressalva que, na referida pesquisa, considerou-se o conceito de PG àqueles casos com uma ou mais internações anteriores, diferentemente do conceito utilizado nesse trabalho. Ainda que, tenha sido encontrada menor ocorrência percentual do fenômeno PG nessa pesquisa, ele representa uma parcela significativa da demanda de internações na enfermaria. Acrescenta-se a problemática da PG, o fato que, a média de permanência foi maior, quando comparado o grupo com múltiplas internações anteriores e o grupo de internações únicas.

Se o entendimento de que o PG representa o paciente crônico do novo modelo de saúde mental, a relevância transcende apenas o tempo, implicando em maiores repercussões na qualidade de vida e prejuízos decorrentes das sucessivas internações. Sejam esses prejuízos responsáveis pela saída ou pela não inserção do paciente no mercado de trabalho, ou ainda na perda de autonomia e, talvez o mais importante, a perda da posição de sujeito desejante, ficando ele relegado à posição de objeto, ou “coisificação” da pessoa.

A problemática da PG ou “Revolving Door” não é exclusivo brasileiro, sendo tema de preocupação e estudos em diversos países, que assim como o Brasil, reorganizaram sua atenção ao portador de transtorno mental, preconizando as internações breves em detrimento da longa permanência em hospitais psiquiátricos. Uma pesquisa alemã investigou hospital psiquiátrico regional, por um período de 12 anos, acompanhando 17.415 pacientes, para determinar fatores associadas à ocorrência de reinternações frequentes <sup>(27)</sup>. No mesmo sentido, Langdon e Cols 2001 investigaram fatores associados ao “Revolving Door” na Inglaterra <sup>(28)</sup>. Estudo sul-africano relaciona a ocorrência de usuários frequentes de hospitalização, portadores de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, à métodos de tratamentos como medida a evitar tal ocorrência de PG <sup>(29)</sup>.

A caracterização de uma amostra envolvida no fenômeno PG em EPHG, *per si*, não responde a todas as questões e fatores relacionados a essa ocorrência. O acompanhamento, pormenorizado, das características individuais do indivíduo com

reinternações frequentes, e a elucidação da práxis e projetos dos diversos equipamentos extra-hospitalares, são limitações dessa pesquisa.

Faz-se, portanto, necessários estudos de detalhamento dos casos em que o fenômeno ocorre. A avaliação da organização da assistência à saúde mental extra-hospitalar dos municípios, estudo de fatores intrínsecos de características clínicas, como diagnóstico e a refratariedade ao tratamento, prejuízo das funções cognitivas e pragmáticas ou os que apresentam manutenção de sintomas residuais; e também, estudos de fatores extrínsecos individualizados, como suporte familiar, oportunidades de reinserção social e profissional podem lançar luz sobre questões relevantes.

## 5 CONCLUSÕES

O fenômeno “porta giratória” ou internações frequentes ocorre em um quarto do total de internações na enfermaria de psiquiatria em hospital geral da Baixada Santista.

Os pacientes sujeitos do fenômeno PG são homens, em média com 35 anos de idade, com diagnóstico na faixa dos transtornos psicóticos não afetivo e com média de permanência de internação ao redor de 26 dias. Na comparação com o grupo sem internações prévias o paciente com múltiplas internações é mais novo e permanece mais dias internado.



## **6 PROPOSTA PROFISSIONAL**

Apresentação dos dados deste trabalho de pesquisa aos gestores do PAI e componentes da rede de atendimento municipais, delimitando as características das internações que compuseram a amostra do PG para subsidiar estratégias na condução e medidas que contribuam para a diminuição das reinternações frequentes, diminuindo assim os comprometimentos nos vínculos sociais, familiares e profissionais.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Lei n. 10216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Diário Oficial da União; 2001 Abr 9 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em: [http://planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
2. Piccinini WJ. Voando sobre a história da psiquiatria II. Psychiatry On-line Brazil [periódico na Internet]. 2000 [citado em 2016 Out 12]; 5(9):9–12. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano00/wal1000.php>
3. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Hist. cienc. saude-Manguinhos [periódico na Internet]. 2002 Abr [citado em 2016 Out 12]; 9(1):25–59. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0104-59702002000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0104-59702002000100003&lng=en)
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005 Nov [citado em 2016 Out 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 Mai [citado em 2016 Nov 22]. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados 8, Ano VI, No 8. [Internet]. Brasília (DF): Ministério 2011 Jan [citado em 2016 Out 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_mental\\_dados\\_v8.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf)
7. Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. 2ª ed. Traduzido por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
8. Ramos DKR, Guimarães J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 2011 Jun [citado em 2016 Out 12]; 15(37): 519–27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S1414-32832011000200015&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1414-32832011000200015&lng=pt) Epub 2011 Mai 13.

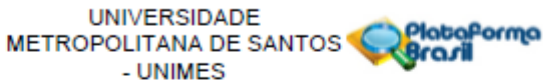
9. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MIS, Gameiro MA, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affectiv disorders and non-organic psychoses. *Rev. Saude Publica* [periódico na Internet]. 2000 Jun [citado em 2016 Out 12]; 34(3):280–5. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0034-89102000000300011&lng=eng](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0034-89102000000300011&lng=eng)
10. PAI - Baixada Santista [sítio na Internet]. Santos: Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental; c2015 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em: <http://cruzadabandeirante.org.br/pai-baixada-santista>
11. Salles MM, Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: A compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Rev. esc. enferm. USP* [periódico na Internet]. 2007 Mar [citado em 2016 Out 12]; 41(1):73–81. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttex&pid=S0080-62342007000100010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0080-62342007000100010&lng=en)
12. Parente CJS, Mendes LPF, Souza CNS, Silva DKM, Silva JC, Parente ACBV, et al. O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. *REME* [periódico na Internet] 2008 Mar 11 [citado em 2016 Out 12]; 11(4):1–7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/361>
13. Castro SA. Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Reinternações Psiquiátricas no Hopital Santa Tereza de Ribeirão Preto, no período de 2006 a 2007 [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2009 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-14092009-161137/pt-br.php/SueliAparecidadeCastro.pdf>
14. Tabela de estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016 [base de dados na Internet]. Brasília (DF): Intituto Brasileiro de Geografia e Estatística; c2016 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa\\_dou.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm)
15. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados a Saúde (CID 10). São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde; c2007 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
16. Rotelli F. A instituição inventada [Internet]. Trad. Maria Fernanda de Silvio Nicácio. *Per la Salut Ment* [citado em 2016 Out 12]. 1986; 188 (1). Disponível em: [http://www.academia.edu/download/42733618/a\\_instituicao\\_inventada.pdf](http://www.academia.edu/download/42733618/a_instituicao_inventada.pdf)

17. Silva TL, Maftum MA, Kalinke LP, Mathias TAF, Ferreira ACZ, Capistrano FC. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Cogitare Enferm* [periódico na Internet]. 2015 [citado em 2016 Out 12];20(1):112–20. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36414/24855>
18. Régis EMB. Re-internações Psiquiátricas – influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2012 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em: <http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2014/doutorado-regis-eric-maia-barros.pdf>
19. Barros NHS. Características biossociodemográficas e diagnósticos de pacientes internados em hospital psiquiátrico de Campo Grande-MS [dissertação]. Campo Grande(MS): Universidade Católica Dom Bosco; 2007 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em:<http://site.ucdb.br/md-dissertacoes/7909-caracteristicas-biossociodemograficas-e-diagnostico-de-pacientes-internados-em-hospital-psiquiatrico-de-campo-grande-ms.pdf>.
20. Pereira MO, Jericó MC, Perroca MG, Mukai HA. Long Term Psychiatric Institution: Profile os patients and human resource indicators. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [periódico na Internet] 2013 Abr [citado em 2016 Out 12]; 9(1):33–40. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762013000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000100006&lng=pt&nrm=iso)
21. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. Bras Psiquiatr.* [periódico na Internet]. 2010 [citado em 2016 Out 12]; 59(3):238–46. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=em](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=em)
22. Gomes R, Nascimento EF Do, Araújo FC De. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 Mar [citado em 2016 Out 17]; 23(3): 565-574. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt)
23. BRASIL. Lei 8080. de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [texto na Internet]. *Diário Oficial da União*; 1990 Set 20 [citado em 2016 Out 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
24. Ballone GJ. Dependência Química e outras doenças mentais [texto na Internet]. In *Psiquweb* [sitio na Internet]. Campinas (SP); c2008 [atualizado 2010; citado em 2016 Out 12]. Disponível em: <http://psiquweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=326>

25. Lieberman PB, McPhetres EB, Elliott B, Egerter E, Wiitala S. Dimensions and predictors of change during brief psychiatric hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry*. 1993; 15(5):316–24.
26. Machado V, Santos MA. Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico. *J. Bras. Psiquiatr.* [periódico na Internet] 2011[citado em 2016 Out 12]; 60(1):16–22. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852011000100004&lng=em](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000100004&lng=em)
27. Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hübner-Liebermann B, Hajak G. The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital. *PLoS One*. [periódico na internet] 2013 [Citado em 2016 Out 17];8(10). Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0075612>
28. Langdon PE, Yágüez L, Brown J, Hope A. Who walks through the “revolving-door” of a British psychiatric hospital? *J Ment Heal*. 2001;10(5):525–33.
29. Botha UA, Koen L, Joska JA, Parker JS, Horn N, Hering LM, et al. The revolving door phenomenon in psychiatry: Comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(4):461–8.

## 8 ANEXOS

## Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa

 <p style="margin: 0;"><b>UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS - UNIMES</b></p>								
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>								
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>								
<b>Título da Pesquisa:</b> Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Reinternações Psiquiátricas em uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral na Baixada Santista, no período de 2010 a 2016								
<b>Pesquisador:</b> Eduardo Calmon de Moura								
<b>Área Temática:</b>								
<b>Versão:</b> 1								
<b>CAAE:</b> 59877516.4.0000.5509								
<b>Instituição Proponente:</b> Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES								
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio								
<b>DADOS DO PARECER</b>								
<b>Número do Parecer:</b> 1.806.849								
<b>Apresentação do Projeto:</b> O modelo do tratamento dos transtornos psiquiátricos centrado no macro-hospital hospitalocêntrico) sofreu, no Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica, na década de 1970, mudanças profundas na organização, podendo ser dito até mesmo um rompimento dos cuidados hospitalares como a regra, para uma proposta do tratamento extra-hospitalar ou comunitário, reforçado pela Lei 10.216 de 2001 que normatizou os cuidados aos portadores de transtorno mental, privilegiando o modelo centrado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), auxiliado por outros equipamentos como ambulatórios especializados, centro de convivências e as Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral (EPHG). Contudo uma problemática tem-se mostrado importante, a ocorrência de reinternações frequentes, como um paralelo aos pacientes crônicos/moradores do modelo hospitalocêntrico, advindo um entendimento de um novo conceito de cronicidade que seria os reinternantes frequentes, ao que se nominou de fenômeno da "porta giratória" ou Revolving Door. No intuito do entendimento deste processo propomos a avaliação da população reinternante em uma EPHG na Baixada Santista, objetivando caracterizar sociodemograficamente e clinicamente esses pacientes, no intuito de propor medidas que evitem ou minimizem essa ocorrência								
<table border="0" style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td><b>Endereço:</b> Rua da Constituição, 374</td> <td><b>CEP:</b> 11.015-470</td> </tr> <tr> <td><b>Bairro:</b> Vila Nova</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>UF:</b> SP</td> <td><b>Município:</b> SANTOS</td> </tr> <tr> <td><b>Telefone:</b> (13)3228-3400</td> <td><b>Fax:</b> (13)3228-3400      <b>E-mail:</b> cep@unimes.br</td> </tr> </table>	<b>Endereço:</b> Rua da Constituição, 374	<b>CEP:</b> 11.015-470	<b>Bairro:</b> Vila Nova		<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SANTOS	<b>Telefone:</b> (13)3228-3400	<b>Fax:</b> (13)3228-3400 <b>E-mail:</b> cep@unimes.br
<b>Endereço:</b> Rua da Constituição, 374	<b>CEP:</b> 11.015-470							
<b>Bairro:</b> Vila Nova								
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SANTOS							
<b>Telefone:</b> (13)3228-3400	<b>Fax:</b> (13)3228-3400 <b>E-mail:</b> cep@unimes.br							
Página 01 de 03								

## Continuação

Continuação do Parecer: 1.006.549

**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário:**

Avaliar a ocorrência de reinternações múltiplas ou RD na enfermaria de saúde mental de um hospital geral na região da Baixada Santista, bem como as características destes pacientes.

 **Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Riscos:**

Risco mínimo, trata-se apenas de avaliação epidemiológica de planilhas e prontuários.

**Benefícios:**

Determinar as características envolvidas nas reinternações frequentes e propor estratégias a modificar essa ocorrência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa bastante importante na área da Saúde Mental e psiquiátrica já que observamos a ocorrência nos últimos dois anos o processo de reinternação psiquiátrica frequente (revolving door) na enfermaria de psiquiatria em hospital geral da Baixada Santista.

Sendo assim a pesquisa se propõem apresentar dados que totemem a discussão e o entendimento que estão relacionados à essa problemática e, por conseguinte, promover a diminuição da frequência de Internações psiquiátricas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Pertinentes e exequíveis.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P PROJETO_740708.pdf	18/08/2016 20:30:54		Aceito
Folha de Rosto	RostoMouraEC.pdf	18/08/2016 20:30:17	Eduardo Calmon de Moura	Aceito
Recurso Anexado	Anexos.docx	18/08/2016	Eduardo Calmon de	Aceito

Endereço: Rua da Constituição, 374  
Bairro: Vila Nova CEP: 11.015-470  
UF: SP Município: SANTOS  
Telefone: (13)3228-3400 Fax: (13)3228-3400 E-mail: cpa@unimes.br

## Continuação

UNIVERSIDADE  
METROPOLITANA DE SANTOS  
- UNIMES



Continuação do Parecer: 1.006.649

pele Pesquisador	Anexos.docx	20:29:55	Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado2_MouraEC.docx	18/08/2016 12:14:34	Eduardo Calmon de Moura	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	11/08/2016 23:09:30	Eduardo Calmon de Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo1_Isencao_do_TCLE.pdf	11/08/2016 22:48:05	Eduardo Calmon de Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 05 de Novembro de 2016

Assinado por:  
Sandra Kallli Bussadorf  
(Coordenador)

Endereço: Rua da Constituição, 374  
Bairro: Vila Nova CEP: 11.015-470  
UF: SP Município: SANTOS  
Telefone: (13)3226-3400 Fax: (13)3226-3400 E-mail: cpa@unimes.br



## Anexo 2 – Solicitação de isenção do TCLE

### Solicitação de Isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Referência:** Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Reinternações Psiquiátricas em uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral na Baixada Santista, no período de 2010 a 2016.

**Pesquisador Responsável:** Eduardo Calmon de Moura

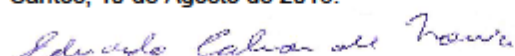
Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metropolitana de Santos:

Vimos por meio deste documento solicitar a dispensa de obtenção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Reinternações Psiquiátricas em uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral na Baixada Santista, no período de 2010 a 2016, proposto por Eduardo Calmon de Moura.

A dispensa do uso de TCLE se fundamenta: i) por ser um estudo observacional, analítico ou descritivo retrospectivo, que empregará apenas informações de prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição sem previsão de utilização de material biológico; ii) porque todos os dados serão manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; iii) porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, e iv) porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e conseqüentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Santos, 10 de Agosto de 2016.

  
\_\_\_\_\_  
Eduardo Calmon de Moura  
CRM 112.874 – SP

## Anexo 3 – Carta de aceitação institucional



À Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES

### Carta de Aceite - Pesquisa

Declaramos para os devidos fins, que o Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental – PAI Baixada Santista concorda em disponibilizar os dados necessários a realização do projeto de pesquisa **“Caracterização Sociodemográfica e Clínica das Reinternações Psiquiátricas em uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral na Baixada Santista, no período de 2010 a 2016.”**, a ser realizada pelo Dr. Eduardo Calmon de Moura, como parte do Mestrado Saúde e Meio Ambiente em que o mesmo encontra-se devidamente matriculado junto à UNIMES.

Declaramos, ainda, que a pesquisa somente será iniciada após apresentação do projeto e da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa a que o trabalho está vinculado.

Santos, 05 de Agosto de 2016.

*Mário Luís Kozik*  
**Mário Luís Kozik**  
**Superintendente Operacional**  
**CRA/SP 116.785**  
**Cruzada Bandeirante São Camilo Assistência Médico Social**





Rua Oswaldo Cruz, 197 - Boqueirão - Santos - SP  
 (13) 3797-8777



## Anexo 4 – Modelo de folha de internação

FICHA DE INTERNAÇÃO							Versão Trunk 2.30	
Nome XXXXXXXXXX	Unidade ENFERMARIA TERREO	Quarto 5	leito A	Numero FIA XXXX	CNS XXXXXXXXXXXXXXXXXX			
Data Internação xx/xx/xxxx	Hora xxxx:xx	Nascimento xx/xx/xxxx	Idade : xx Anos , x Meses e x Dias		Sexo F	Cor Branco (a)	Nr. Filhos Não Informado	Religião
Est. Civ. Solteiro	Nacionalidade BRASILEIRA	Cidade de Nasc. SANTOS - SP	Tipo Doc.	Documento XXXXXX	Orgão emissor	CPF XXXXXXXX-XX		
Residência XXX XXX XXXXXX, XXX		Bairro XXXXXXXXXX						
Cidade XXXXXXXX	UF SP	CEP XXXXX-XXX						
Profissão	Endereço de trabalho		Cidade	UF	Fone XX XXXXXXX			
Pai XXXX XXXXX	Mãe XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Conjuge						
convênio SISTEMA UNICO DE SAUDE		Dt. Validade		Guia				
Clinica Psiquiatria	Especialidade Psiquiatria	Leito Superior Nao		Pagto. Diferença ( ) Paciente ( ) Hospital		Valor Caucao		
Hipótese Diagnostica XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - Fxx.x								
Médico Responsável XXXXXXXX XXXXXX XX XXXXX			CRM XXXXX	CPF Médico Solicitante XXXXXXXX-XX	CNS Médico Solicitante XXXXXXXXXXXXXXXXXX			
Diagnostico definitivo -								
Motivo de Alta	Data Alta	Hora XXXX						
Funcionário XXXXXX	Prontuário XXXXX							
Observações								
CBSC – PAI Baixada Santista Cidade: Santos Endereço: Rua Osvaldo Cruz, 197 – Boqueirão CGC: XXXXXXXXXXXX Fone: (XX) XXXXXXXX					Ficha de Internação e Alta Prontuário do Paciente			
					Assinatura Paciente/Responsável *Paciente com internação anterior			

## Anexo 5 – Termo de internação involuntária

SERVIÇO SOCIAL	
 	<b>FORMULÁRIO PARA COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA</b>
	<small>Nº FE 0122 Data de Implantação 10/02/2014 Versão Nº. 01 Data de Versão 10/02/2014 Pág.: 01/02</small>

Santos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Dando cumprimento ao que dispõe o §1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do(a) paciente abaixo relacionado(a):



<b>COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA</b> AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE <u>                  Santos                  </u> Nº <u>                  </u>
---

<b>1. ESTABELECIMENTO</b> Nome: <i>Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental - PAI BAIXADA SANTISTA</i>
--

<b>2. PACIENTE</b> Nome: _____ Pai: _____ Mãe: _____ Identidade Nº: _____ Órgão exp.: _____ U.F.: _____ C.P.F.: _____ Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____ Data de Nasc.: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ U.F.: _____ <b>Acompanhante/Responsável</b> Nome: _____ Grau de parentesco: _____ Endereço: _____ tel.: _____ RG: _____ Assinatura: _____
--

<b>3. INTERNAÇÃO</b> Data: _____ Hora: _____ C.I.D.: _____ Local: <u>Psiquiatria</u> Motivo da Internação:         Justificativa da Involuntariedade:
---

Continuação

SERVIÇO SOCIAL	
	
<b>FORMULÁRIO PARA COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA</b>	
<small>Nº FE 0122</small>	
<small>Data de Implantação 10/02/2014</small>	
<small>Versão Nº. 01</small>	
<small>Data da Versão 10/02/2014</small>	
<small>Pág.: 02/02</small>	

Motivo de discordância do paciente quanto à internação:

Antecedentes psiquiátricos:

Tempo estimado de internação (dias):

1 a 5     
  6 a 14     
  15 a 21     
  22 a 30     
  mais de 30

Médico Responsável pela Internação: Dr. Eduardo Calmon de Moura CRM: 112.874

\_\_\_\_\_  
*Assinatura e Carimbo com nº do CRM*

Contexto familiar:

4. Situação Jurídica do paciente:



Interditado?     Sim     Não     informação ignorada

5. Dados sobre INSS



  
  

6. Observações:

## Anexo 6 – Termo de internação voluntária

<p>SERVIÇO SOCIAL</p> <p><b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA</b></p>	 	<p>Nº FE 0122</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: small;">Data de Implantação 10/02/2014</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Versão Nº. 01</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Data de Versão 10/02/2014</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Pág.: 01/02</td> </tr> </table>	Data de Implantação 10/02/2014	Versão Nº. 01	Data de Versão 10/02/2014	Pág.: 01/02
Data de Implantação 10/02/2014						
Versão Nº. 01						
Data de Versão 10/02/2014						
Pág.: 01/02						
<p>Santos, _____ de _____ de _____</p>						
<p>Dando cumprimento ao que dispõe sobre o artigo 7º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001:</p>						
<p><b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA</b> N° _____</p>						
<p><b>1. ESTABELECIMENTO</b></p> <p>Nome: <i>Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental - PAI BAIXADA SANTISTA</i></p>						
<p><b>2. PACIENTE</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>Pai: _____ Mãe: _____</p> <p>Identidade Nº: _____ Órgão exp.: _____ U.F.: _____ C.P.F.: _____</p> <p>Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____</p> <p>Data de Nasc.: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____</p> <p>Endereço: _____ Cidade: _____ U.F.: _____</p>						
<p><b>3. INTERNAÇÃO</b></p> <p>Data: _____ Hora: _____ C.I.D.: _____ Local: <u>Psiquiatria</u></p> <p>Justificativa:</p> <p>Médico Responsável pela Internação: _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Assinatura e Carimbo com nº do CRM</p> <p>Familiar/Responsável pelo paciente: _____</p> <p>Grau de parentesco: _____ RG: _____ Órgão exp.: _____ U.F.: _____</p> <p>Endereço: _____ tel.: _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Assinatura do Responsável</p>						

Continuação

SERVIÇO SOCIAL					
 	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA</b>				
	<table border="1"><tr><td>Nº FE 0122</td></tr><tr><td>Data de Implantação 10/02/2014</td></tr><tr><td>Versão NR. 01</td></tr><tr><td>Data da Versão 10/02/2014</td></tr><tr><td>Pág.: 02/02</td></tr></table>	Nº FE 0122	Data de Implantação 10/02/2014	Versão NR. 01	Data da Versão 10/02/2014
Nº FE 0122					
Data de Implantação 10/02/2014					
Versão NR. 01					
Data da Versão 10/02/2014					
Pág.: 02/02					
<b>4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>					
Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre meus direitos, garantidos na Lei 10.216/01.					
Santos, _____ de _____ de _____					
_____ <i>Assinatura ou polegar do paciente</i>					
<b>5. Observações:</b>					





## Abstract

MOURA, E.C. **Sociodemographic and Clinical characterization of psychiatric readmissions in a ward of Mental Health in General Hospital in Santos , in the period 2010 - 2016.** 2016. 66f. Master Professional - Health and Environment, Metropolitan University of Santos, Santos, 2016.

**Objective:** To evaluate the occurrence of the "revolving door" phenomenon, which refers to frequent readmissions (two or more previous hospitalizations) in a psychiatric ward of a general hospital in the metropolitan area of Santos. To compare the sociodemographic and clinical characteristics between those belonging to the phenomenon and the group of patients with none previous hospitalization. **Methods:** A retrospective cohort study has been managed, with descriptive analysis of secondary data for the total period of hospitalization between January 2010 and June 2016, in the infirmary of the Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental, totalizing 2606 admissions. We excluded hospitalizations with a stay of less than 24 hours, and also those in which the patients remained hospitalized at the end of the data collection. The variables examined were: gender, age, municipality of origin, length of stay hospitalized, number of previous admissions, diagnosis and discharge status. For the comparison of results, the sample was divided into three groups, according to the number of previous hospitalizations (none, one, revolving door). **Results:** 27 were excluded from the total of hospitalizations, being considered 2579 admissions. The sample has shown a male predominance (59.1%), with a mean age of  $36.4 \pm 13.2$  years, and mean length of stay of  $23.9 \pm 39.2$  days. The sample of representatives of the "revolving door" phenomenon has contributed with 636 hospitalizations, that is, a quarter of the total. Patients were younger (2.1 years,  $p = 0.001$ ) and had a longer stay (4.8 days on average,  $p = 0.01$ ) than in the group with no previous hospitalizations. The most prevalent diagnosis was non-affective psychotic disorders (F20 to F29), representing 41.0% and 39.6%, respectively, in the group without previous hospitalizations and the "revolving door" group. For both groups, improvement criteria for medical release was the main reason, occurring in 88.2% in the non-hospitalized group and 82.4% in the "revolving door" group. **Conclusions:** The group of patients in the "revolving door" phenomenon represented an important share of total admissions in the general hospital psychiatric unit of Baixada Santista, consisting by younger patients with longer hospitalization compared to the group without prior hospitalization. Regarding the clinical characteristics, both groups presented non-affective psychotic disorders as the highest diagnostic prevalence, and "improvement criteria" as the main reason for discharge.

Keywords: Mental Health, Revolving Door, Public Health, Psychiatric Hospitals, Hospital Unit of Psychiatry.

## **Bibliografia Consultada**

Levine DM, Stephan DF, Krehbiel TC, Berenson ML. Estatística: teoria e aplicação – Usando Microsoft Excel. Trad Teresa Cristina Padilha de Souza. 5a ed. Rio de Janeiro: LTC 2008.

Martins LC. Apostila de Bioestatística [apostilado]. Santos: Programa de Pós Graduação; 2016. 42p.

Rother ED, Braga MER. Como Elaborar sua tese: Estrutura e referências. 2a ed. rev. e ampl. São Paulo: BC Gráfica; 2005.