



PACIENTE DE INTERNAÇÃO PROLONGADA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: CONDIÇÕES CLÍNICAS OU SOCIAIS?

LONG-TERM PATIENT IN PSYCHIATRIC HOSPITAL: CLINICAL OR SOCIAL CONDITIONS? PACIENTE DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA EN HOSPITAL MENTAL: CONDICIONES CLÍNICAS O SOCIALES?

Audenis Lima de Aguiar Peixoto¹, Imirá Machado Magalhães², José Ednis Barbosa de Oliveira³, Edinoi
Rodrigues Brito Filho⁴

RESUMO

Objetivo: investigar os motivos de internação prolongada em hospital psiquiátrico. **Método:** estudo transversal analítico com 51 prontuários de pacientes internados por mais de 45 dias. Foi realizada a relação entre a média do tempo de permanência com as variáveis Faixa etária, Suporte familiar e Grupos da CID-10. Foi utilizado o ANOVA (teste de variância) e, quando recomendado, o teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** a média do tempo de permanência nos pacientes com e sem suporte familiar é 161,3 e 2623 respectivamente ($p=0,00$). Já nos pacientes dos grupos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes foi 1469 dias e, de Retardo mental, de 3217 dias ($p=0,02$). **Conclusão:** o suporte familiar é fator determinante para o internamento prolongado e é possível encontrar relação entre o tempo de permanência e o grupo diagnóstico. **Descritores:** Hospitalização; Condições Sociais; Hospitais Psiquiátricos.

ABSTRACT

Objective: to investigate the reasons for prolonged hospitalization in a psychiatric hospital. **Method:** an analytical cross-sectional study with 51 medical records of patients hospitalized for more than 45 days. The relationship between the mean length of stay with the variables Age Range, Family Support, and ICD-10 Groups was performed. ANOVA (test of variance) and, when recommended, the Kruskal-Wallis test were used. **Results:** the mean length of stay in patients with and without family support is 161.3 and 2623, respectively ($p = 0.00$). In the patients of the schizophrenia groups, schizotypal disorders and delusional disorders were 1469 days, and of mental retardation, 3217 days ($p = 0.02$). **Conclusion:** family support is a determining factor for prolonged hospitalization and it is possible to find a relationship between the length of stay and the diagnosis group. **Descriptors:** Hospitalization; Social Conditions; Hospitals, Psychiatric.

RESUMEN

Objetivo: investigar las razones de hospitalización prolongada en hospital psiquiátrico. **Método:** estudio transversal con 51 prontuarios de los pacientes hospitalizados en más de 45 días. Se realizó la relación entre la duración media de permanencia con la variables edad, apoyo familiar y grupos de la CID-10. Se utilizó el ANOVA (teste de varianza) y, cuando recomendado, el teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** la duración media de permanencia en pacientes con y sin apoyo familiar es 161.3 e 2623 respectivamente ($p = 0,00$). En los pacientes de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes fue de 1469 días, de retraso mental, de 3217 días ($p = 0,02$). **Conclusión:** el apoyo familiar es el factor determinante para la hospitalización prolongada y es posible encontrar la relación entre la duración de la permanencia y el grupo de diagnóstico. **Descriptor:** Hospitalización; Condiciones Sociales; Hospitales Psiquiátricos.

¹Médico Psiquiatra, Professor Mestre, Mestrado em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió(AL), Brasil. E-mail: audenis_peixoto@uol.com.br; ²Discente, Graduação em Medicina, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió(AL), Brasil. E-mail: imira_magalhaes@hotmail.com; ³Discente, Graduação em Medicina, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió(AL), Brasil. E-mail: ednisoliveira@outlook.com; ⁴Discente, Graduação em Medicina, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió(AL), Brasil. E-mail: edinoibrito@gmail.com

INTRODUÇÃO

A partir da década de 50 do século XX, tem início um movimento pela desinstitucionalização da assistência psiquiátrica.¹ As principais razões que propiciaram seu surgimento foram as condições questionáveis dos hospitais psiquiátricos, o movimento pelos direitos civis e humanos, o surgimento de psicofármacos mais eficazes e o argumento de que o tratamento na comunidade é mais barato.² No Brasil, essa luta vem sendo protagonizada pelo “Movimento antimanicomial”,³ com críticas à cronificação do manicômio e uso do eletrochoque, reivindicação de condições de assistência à população e humanização dos serviços de saúde para o doente mental.

O marco da reforma da atenção à Saúde Mental na América Latina ocorreu com a Declaração de Caracas, de 1990.⁴ Com a prerrogativa de que o modelo assistencial psiquiátrico pautado na hospitalização isolava o paciente, possibilitando incapacidade social, foi declarado o vínculo entre a assistência psiquiátrica e a atenção primária em saúde. A hospitalização seria utilizada em últimos casos e, de preferência, em hospitais gerais.

Apesar de ser amplamente reconhecido o papel do tratamento junto à comunidade para a qualidade de vida, ainda permanecem questões relativas ao desempenho psicossocial e cuidados oferecidos. São necessárias infraestrutura e operacionalização do serviço, capacitação de profissionais e assistência integrada envolvendo pacientes e familiares. Muitas vezes isso esbarra naqueles que ficaram longos anos internados em instituições psiquiátricas. São indivíduos com vínculos sociais enfraquecidos, autonomia reduzida e comorbidades, por vezes, abandonados por seus entes e que refletem, em sua maneira de ser e agir, o tempo de reclusão social.⁵ Uma das grandes problemáticas levantadas por alguns autores a respeito do tratamento em estado de confinamento é sobre o convívio entre os pacientes e a conjunção de diferentes patologias que pode influenciar aqueles em estados menos graves, contribuindo para a piora do seu quadro clínico.⁶

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais, neurológicos e por consumo de substâncias representaram 13% da carga mundial de morbidade em 2004.⁷ O conhecimento das causas clínicas, que levam à internação psiquiátrica, é um meio para o planejamento de ações em saúde, entendimento dos diversos fatores que influenciam o curso de cada transtorno e,

assim, proposição de ações que melhorem a qualidade de vida do seu portador.

Neste estudo, foram analisados o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes e os motivos para a internação prolongada em um hospital psiquiátrico público. A discussão sobre as causas dessas internações prolongadas é essencial para o planejamento de intervenções e alocação de recursos no campo da saúde. Além disso, há pouca informação disponível sobre o perfil dos pacientes internados por longos períodos em hospitais psiquiátricos na América Latina e no mundo.

OBJETIVOS

- Investigar os motivos de internação prolongada de pacientes em um hospital psiquiátrico público de referência.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes com internação prolongada atendidos em um hospital psiquiátrico de referência.
- Traçar o perfil clínico da amostra estudada, de acordo com a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças.
- Analisar as condições clínicas que levam à internação hospitalar prolongada do paciente.
- Analisar as condições sociais que contribuem para o prolongado tempo de internação de pacientes em hospital psiquiátrico.

MÉTODO

Estudo transversal analítico, realizado no Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), referência para Maceió (AL), Brasil, e cidades adjacentes no tratamento dos transtornos mentais. Foram analisados 51 prontuários de pacientes que estiveram internados por um tempo maior que 45 dias, limite de dias considerado máximo para a internação no hospital, no período da coleta, entre 29/11/2014 e 30/12/2014.

O banco de dados foi montado e analisado pelo Epi info Windows, versão 3.5.4. Os resultados para as variáveis qualitativas estão apresentados por meio de frequências simples e relativas e, para as quantitativas, por meio de média e desvio padrão. A análise foi realizada através da ANOVA (Análise de variância) e teste de Kruskal-Wallis.

Foi criado, pelos autores, um instrumento de coleta com as variáveis Sexo, Idade, Cor, Escolaridade, Profissão, Estado civil, Tempo de permanência, Diagnóstico pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), Suporte familiar e Alta médica. Com esses dados, caracterizaram-se os perfis

sociodemográfico e clínico da amostra, analisando a frequência dos transtornos mentais e comportamentais, de acordo com a CID-10, e os agrupou-se em seis grandes categorias diagnósticas, que são utilizadas pelo capítulo 5 do manual de transtornos mentais e comportamentais da CID-10 (Grupos da CID-10).

Por fim, relacionou-se a média do Tempo de permanência com as variáveis: Faixa etária; Suporte familiar; Grupos da CID-10 e Alta médica. Para caracterizar a Faixa etária, a amostra foi dividida em quatro grupos que envolviam pacientes entre 16 a 30, de 31 a 45, 46 a 60 e aqueles com mais de 60 anos. Para caracterizar o Suporte familiar, foram considerados a existência de referências familiares, o apoio e a regularidade das visitas e dados anotados nos prontuários pelo serviço de Psicologia e Assistência Social da Instituição. Foram definidos como pacientes sem suporte familiar aqueles que não apresentavam referência familiar ou que,

apesar de apresentarem referência, não recebiam apoio e/ou visitas regulares. Para caracterizar a Alta médica, considerou-se aqueles liberados pelo médico responsável com boas condições clínicas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), com número CAAE 37959014.9.0000.5013.

RESULTADOS

Foram analisados 51 prontuários, compreendendo 32,28% de um total de 158 pacientes e 100% daqueles com mais de 45 dias de internação no hospital, no período da coleta. A maior parte dos prontuários pertencia a pacientes do sexo masculino (54,9%), tinha entre 31 e 45 anos (49%), era da cor parda (74,5%) e era solteira (68,6%). Aproximadamente, 57% dos pacientes eram analfabetos e, entre os alfabetizados, 15,7% tinham apenas o nível fundamental incompleto (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição por variáveis demográficas. Maceió (AL), Brasil, 2014.

Variáveis	n	%	IC _{95%}	
Sexo				
Feminino	23	45,1	31,1	59,7
Masculino	28	54,9	40,3	68,9
Faixa etária				
16 a 30	9	17,6	8,4	30,9
31 a 45	25	49,0	34,8	63,4
46 a 60	12	23,5	12,8	37,5
61 ou mais	5	9,8	3,3	21,4
Cor				
Branca	7	13,70	5,7	26,3
Negra	6	11,80	4,4	23,9
Parda	38	74,50	60,4	85,7
Estado civil				
Divorciado (a)	4	7,80	2,2	18,9
Sem informações	11	21,60	11,3	35,3
Solteiro (a)	35	68,60	54,1	80,9
Viúvo (a)	1	2,00	0,0	10,4
Escolaridade				
Analfabeto (a)	29	56,90	42,2	70,7
Fundamental incompleto	8	15,70	7,0	28,6
Fundamental completo	2	3,90	0,5	13,5
Médio incompleto	1	2,00	0,0	10,4
Médio completo	1	2,00	0,0	10,4
Superior incompleto	2	3,90	0,5	13,5
Superior completo	1	2,00	0,0	10,4
Sem informações	7	13,70	5,7	26,3
Total:	51	100,0		

Fonte: Prontuários de pacientes internados no HEPR.

O transtorno mais frequente foi F20.1 (19,6%), que corresponde a Esquizofrenia hebefrênica. Em segundo lugar, estão a Esquizofrenia não especificada, F20.9, e Retardo mental grave, F72.1, cada um com 15,7%. Para facilitar a análise, esses transtornos foram divididos em seis grandes categorias diagnósticas (tabela 2) que são

utilizadas pelo capítulo 5 do manual de transtornos mentais da CID 10, proposto pela OMS. Encontrou-se, como o grupo de maior percentagem (58,8%), o de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes, seguido pelo grupo de Retardo mental, com 25,5%.

Tabela 2. Frequência de grupos de CID10 quatro dígitos. Maceió (AL), Brasil, 2014.

Grupos de CID10	n	%	IC _{95%}	
Esquizofrenia, t. esquizotípicos e t. delirantes (F20-F29)	30	58,80	44,2	72,4
Retardo mental (F70-F79)	13	25,50	14,3	39,6
Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos (F00-F09)	3	5,90	1,2	16,2
Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89)	2	3,90	0,5	13,5
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas (F10-F19)	2	3,90	0,5	13,5
Transtornos do humor (Afetivos) (F30-F39)	1	2,00	0,0	10,4
Total	51	100,0		

Fonte: Prontuários de pacientes internados no HEPR.

Quanto ao tempo de permanência (tabela 3), a média de dias que os pacientes de 16 a 30 anos permaneceram internados foi de 155,11; para os com faixa etária entre 31 e 45 anos, foi de 1948,24; para os que estão entre 46 e 60, foi de 2616,5; e, finalmente, para os pacientes com mais de 60 anos, a média foi 3069,2 dias.

Quanto à Situação familiar, 36 dos 51 prontuários foram identificados como de pacientes que não apresentam nenhum tipo de suporte; a média de dias de internamento dos pacientes com suporte familiar é de aproximadamente 161,3, enquanto que os que não apresentavam tinham média de 2623 dias (tabela 3).

Relacionaram-se os dois grupos diagnósticos da CID10 mais frequentes com a média do tempo de permanência. Os outros quatro grupos com menor frequência não foram analisados devido à necessidade de

homogeneização da amostra e por seu número ser muito pequeno em relação ao restante dos prontuários, somando oito, do total de 51. Também relacionou-se a alta médica, prescrita pelo médico responsável, com a média do tempo de permanência.

Na tabela 3, os 30 pacientes que pertencem ao grupo de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes têm uma média de 1469 dias de internamento por paciente. Em contrapartida, os 13 pacientes do grupo de Retardo mental apresentam um tempo médio de internamento de 3217 dias por paciente. Entre a alta médica e o tempo de permanência não se encontrou valor estatisticamente satisfatório. Neste estudo, 80,4% dos pacientes tinham alta médica devido à sua situação clínica estável.

Tabela 3. Média do tempo de permanência para as variáveis qualitativas. Maceió (AL), Brasil, 2014.

Variáveis	n	Média	Desvio	p
Faixa etária (anos)*				
16 a 30	9	155,11	87,3820	0,035
31 a 45	25	1948,2	2211,27	
46 a 60	12	2616	2906,70	
60 ou mais	5	3069	2028,69	
Suporte familiar*				
Sim	15	161,3	209,35	0,0
Não	36	2623	2405,30	
Grupos de CID 10**				
Esquizofrenia, t. Esquizotí-picos e t. delirantes (F20-F29)	30	1469,3	1909,3	0,02
Retardo Mental (F70-F79)	13	3217,3	2949,4	
Alta médica**				
Sim	41	1926,3	2428,4	0,86
Não	10	1786,6	1862,9	

Fonte: Prontuários de pacientes internados no HEPR.

Nota: *Kruskal-Wallis **Teste t de student.

DISCUSSÃO

Os resultados permitem a discussão sobre os principais transtornos mentais envolvidos com internações prolongadas em hospital psiquiátrico, sobre a relação dessas internações com o perfil socioeconômico dos pacientes e a distinção entre os motivos da longa permanência. Relacionaram-se os dados levantados com os encontrados em diversos

estudos e no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil - DATASUS, não apenas com a comparação entre pacientes de longa permanência, mas ao número geral dos internamentos, devido à escassez de estudos com pacientes internados por longos períodos em instituições psiquiátricas.

♦ Delimitação das características sociodemográficas da amostra:

♦ Sexo

O sexo não influenciou no tempo de internamento. Observou-se uma discreta diferença, sendo o predomínio do sexo masculino (54,9%) entre os pacientes analisados, mostrando consonância com o total de internações registradas pelo DATASUS no período de 2008 a 2014,⁸ que também demonstra prevalência do sexo masculino (64,48%), e com vários estudos realizados relativos à internação geral de outros serviços psiquiátricos.⁹⁻¹² Poucos estudos demonstraram predominância do sexo feminino.¹³⁻⁴ O predomínio masculino talvez seja explicado pela maior disponibilidade de leitos para pacientes desse sexo no HEPR. Ou mesmo, pela presença dos diagnósticos encontrados, em especial o de Retardo Mental, que apresenta uma relação de 1,3 a 1,9 mulheres para 13 homens na população geral,¹⁵ e outros diagnósticos com menor número de ocorrência, como Transtornos comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas e Transtornos do desenvolvimento psicológico.¹⁶ No entanto, a maior predominância neste trabalho foi do grupo de CID de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, patologias que apresentam proporção igual entre os sexos, segundo Kaplan et al.¹⁶

◆ Faixa etária

A grande maioria dos prontuários pertencia à faixa etária de adultos jovens e adultos (16 a 60 anos), sendo predominante a porcentagem de adultos entre 31 e 45 anos, 49%, o que está em consonância com diversos estudos realizados em instituições psiquiátricas^{10,11,13,17,18} e com o perfil etário pelo DATASUS,⁹ nos quais as faixas mais prevalentes foram a de 30 a 39 anos (25,98%) e 40 a 49 anos (24,46%). Essa prevalência pode ser explicada pelas características do doente mental na faixa etária, que requer muitos cuidados de atenção, além de custos financeiros e emocionais diversos, sendo a internação psiquiátrica a saída mais facilmente encontrada pela família para não realizar o abandono absoluto do doente. Neste trabalho, observou-se uma relação desses valores com as categorias diagnósticas encontradas, sendo que 56% destes adultos (31 a 45 anos) apresentaram diagnóstico que se encontra no grupo de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Em segundo lugar, com 36%, está o grupo do Retardo mental. Esses valores são importantes porque demonstram que o transtorno mental se tornou insuportável para muitas famílias na época mais produtiva da vida, que se caracteriza pela consolidação familiar e profissional e pode ter sido

responsável por uma série de dificuldades para o desenvolvimento socioeconômico desses pacientes.

◆ Cor

Quanto à cor, observa-se o predomínio de pardos (74,5%). Nesse quesito, há diferença com os dados registrados no DATASUS,⁸ nos quais a prevalência foi maior de brancos (41,53%), seguida por pardos (26,3%) e registros sem informação (25,76%). Vale lembrar que a cor é uma variável na qual o paciente se autodenomina e que, muitas vezes, levanta dúvidas ao indivíduo, além de ser negligenciada durante a anamnese psiquiátrica.

◆ Estado civil

Aproximadamente 69% dos prontuários analisados pertenciam a pacientes que não chegaram a se casar. Em segundo lugar, estão os que não apresentam informações sobre o estado civil e apenas 8% são casados. A grande porcentagem de solteiros está de acordo com alguns estudos^{10,13,18} e pode ser comparada com a faixa etária predominante de adultos jovens, pois os autores deste estudo acreditam que a idade de adoecimento precoce é importante para determinar um desenvolvimento inadequado das habilidades de relacionamento social. O maior número de solteiros na amostra também pode ser explicado pela alta frequência de pacientes com transtornos graves e persistentes, os quais apresentam, muitas vezes, dificuldade de estabelecer uma vida conjugal.¹⁰ Outra hipótese seria a maior proporção de pacientes do sexo masculino, onde há relatos na literatura que sugerem sintomatologia mais severa e/ou início precoce nos homens, o que dificultaria o casamento, visto que o homem, muitas vezes, é o responsável pela manutenção econômica do lar.¹⁰ O grande número de pacientes que não apresentam informação sobre o estado civil demonstra aqueles encontrados na rua, sem informação sobre a família e que utilizam o hospital psiquiátrico como moradia.

◆ Escolaridade

Em relação à variável escolaridade, há um predomínio de analfabetos (56,90%), seguido por Ensino fundamental incompleto (15,7%). Ao analisar a prevalência da escolaridade de alguns estudos realizados em outros serviços psiquiátricos,^{10,13,18} observa-se que a maioria dos pacientes internados apresentava grau de instrução relativo ao ensino fundamental. Essa situação pode indicar que a gravidade dos sintomas psiquiátricos e a complexidade da doença mental repercutem negativamente no desenvolvimento escolar,¹³ diminuindo a concentração e aumentando a evasão escolar.

Também pode ser explicada pela discriminação e o estigma negativo sobre a capacidade intelectual de um paciente com transtorno mental. Além disso, sabe-se que grupos sociais expostos a condições socioeconômicas precárias, consequentemente, à baixa escolaridade, podem apresentar risco maior de desenvolver transtorno mental.⁷

♦ Delimitação das características clínicas

A categoria diagnóstica mais frequente na amostra estudada foi a de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29). Esse dado está de acordo com diferentes estudos⁹⁻¹¹ e em consonância com o encontrado no DATASUS sobre internações hospitalares, de acordo com a lista de morbidade da CID-10 no período de 2008 a 2014⁸, onde se observa a prevalência de 35,83%, ocupando, esta categoria diagnóstica, o segundo lugar nas internações. Pacientes esquizofrênicos ocupam aproximadamente metade dos leitos de hospitais psiquiátricos e isso pode ser explicado pelo curso desfavorável da doença¹⁶ em que a maioria dos pacientes apresenta repetidas hospitalizações, episódios de exacerbações e de transtorno afetivo maior, além de risco aumentado para tentativas de suicídio. Associado a isso, está presente o custo econômico, com terapias farmacológicas e intervenções psicossociais, e o custo social, devido a exacerbações e à deterioração funcional, que contribuem para que os hospitais se tornem as residências de tais pacientes.

Em segundo lugar, encontrou-se a categoria diagnóstica de Retardo Mental (F70 - F79), que nesses pacientes se apresentava de maneira severa, sendo esse um dos motivos que justificam essa grande prevalência, visto que eles necessitam de uma supervisão maior devido às suas limitações. Certas características presentes no retardo mental, que podem estar ou não associadas a outro transtorno mental, corroboram para a reclusão social desses pacientes, tais como hiperatividade, baixa tolerância à frustração, agressão, instabilidade afetiva, comportamentos autodestrutivos, estereotipados ou repetitivos.

Nos dados do DATASUS, a maior prevalência de internações hospitalares por transtornos mentais é devido a transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, com 37,09%.⁸ Entretanto, aqui, essa categoria ocupa a quinta posição, uma vez que a amostra deste estudo seleciona apenas os pacientes de internação prolongada, e sabe-se que a hospitalização de dependentes químicos

quase sempre é breve. Os pacientes com diagnóstico de transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas, que ficaram internados por mais de 45 dias, foram estritamente devido a medidas judiciais que determinavam o internamento compulsório.

♦ Correlacionando variáveis:

♦ Faixa etária x Média do Tempo de permanência:

Observou-se, na tabela 3, que o aumento da média de dias de internação varia de forma diretamente proporcional à faixa etária. Com o passar dos anos, as famílias “desistem dos doentes mentais” e acabam sucumbindo aos hospitais psiquiátricos, como maneira de atenuar sua carga emocional. Ao mesmo tempo em que o idoso permanece mais tempo no hospital psiquiátrico, sendo, por isso, justificada como essencial a terapêutica específica para as particularidades dessa faixa etária, os jovens de 31 a 45 anos são responsáveis por grande parte das internações prolongadas, com uma rotatividade bem maior. O fato de essas primeiras internações ocorrerem em idade jovem também coopera para que o paciente perca seu papel social como sujeito economicamente ativo e na constituição de novos vínculos familiares.

♦ Suporte familiar x Média do Tempo de permanência

Os pacientes que não apresentavam suporte familiar, representando 70,6% dos prontuários, têm uma média de permanência de 2623 dias, valor muito superior aos com suporte familiar, que têm uma média de 161,3 dias (tabela 3). Sem possibilidade de cuidado familiar e comunitário, inicia-se um processo de entrada e saída hospitalar, com as sucessivas reinternações. Isso contribui para que, em um dado momento, o paciente perca sua referência de para “onde voltar” ou desiste de investir na criação de novos laços, em um processo conhecido como porta giratória.¹⁹ Outro fator importante é o desamparo social a que essas famílias são submetidas em seu dia a dia, que prejudica a possibilidade de participar no tratamento do doente e também realizar suas atividades cotidianas. Em contradição a essa constatação, a relação com a família pode se tornar importante para que haja adesão ao tratamento medicamentoso e na complementação do tratamento psicoterápico, criando uma base emocional forte na qual o doente possa encontrar apoio.

♦ Grupos de CID 10 x Média do Tempo de permanência

O grupo de CID 10 que apresentou maior tempo de permanência no hospital foi o de

Retardo mental, com mais de 3000 dias de média de internação. Em segundo lugar, o grupo de Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. O primeiro grupo é definido como sendo uma condição irreversível, caracterizada por uma capacidade intelectual inferior à média, dificuldades de aprendizado e adaptação social e que, normalmente, se apresenta nos primeiros anos da infância. O paciente com retardo mental quase sempre significará um “peso” econômico grande para a família, que é responsável pelos seus cuidados, e suas possibilidades de trabalho são muito baixas. Além disso, apresenta reações, por diversas vezes, incongruentes com a situação da realidade apresentada, sendo, por isso, imprevisível. Isso dificulta a convivência e exige a disposição física e mental para o cuidador.

Em relação ao segundo grupo, uma das grandes dificuldades enfrentadas pelos familiares é a agressividade desenvolvida por esses pacientes, de modo que, em determinadas situações, a única saída é contenção farmacológica e física. Isso faz com

que o evoluir da doença e as exacerbações tornem os internamentos cada vez mais frequentes, a família se sente cada vez mais afetada e aumenta a chance de abandono.

♦ Alta médica x Média do Tempo de permanência

Dos 51 prontuários, 41 deles apresentavam alta médica. Esse valor, que representa 80,4% dos pacientes, demonstra que grande parte dos internados tinha condições de receber tratamento ambulatorial. Se for correlacionada a presença de alta médica com a média do tempo de permanência, vê-se um número de aproximadamente 1926 dias para aqueles cuja resposta é positiva, enquanto que os que não receberam alta apresentam tempo de aproximadamente 1786 dias.

Dentre as diversas condições que justificavam a permanência após a alta, encontrou-se a ausência de referência familiar, o internamento compulsório, a alegação de falta de estrutura física e socioeconômica por parte da família para receber o paciente em casa e a rejeição dos familiares sem apresentarem justificativas (tabela 4).

Tabela 4. Motivos da permanência no internamento. Maceió, 2014.

Variáveis	n	%
Não tem referência	10	24
Tem referências, mas se observam os motivos abaixo para permanência:		
Devido à internação compulsória	9	21
A família relata que tenta se organizar física, economicamente e socialmente	7	17
A família se nega e não dá informações	10	24
Saíram do internamento até o fim da coleta	5	12
Total	41	100

Fonte: Prontuários de pacientes internados no HEPR

Os pacientes que não apresentavam referência familiar foram aqueles trazidos por terceiros, que não portavam documentação e que, mesmo após mobilização por parte do serviço social, não se conseguiu localizar seus parentes. Na maioria das vezes, foram encontrados vagando em ruas públicas, desorientados, com comportamentos antissociais. Alguns apresentavam um mínimo de referência pessoal, ou seja, sabiam informar seu nome e até endereço pessoal, entretanto, ao se checar as informações percebiam-se inverossimilhanças ou não era possível encontrar responsáveis pelo paciente.

Já os pacientes que apresentavam referência familiar permaneciam internados por diversos outros motivos. A falta de estrutura física, econômica e social foi alegada por algumas famílias e, por vezes, constatada pelo serviço social, onde podia se observar famílias de baixa renda, numerosas, em moradias inadequadas, longe de centros de atenção psicossocial ou unidades de saúde que oferecessem suporte à saúde mental.

Constata-se, portanto, que este fator relaciona-se à falta de apoio e políticas públicas de mobilidade, educação, saúde e moradia. Uma evidência da necessidade de reestruturação familiar é que algumas das famílias (aproximadamente 12%) que, após a realização da alta médica, pediam um tempo necessário ao hospital para se preparar para receber o paciente, realmente concretizaram a retirada do mesmo do hospital até o término da coleta de informações deste estudo.

Além desses fatores já citados, a simples recusa familiar em acolher o paciente sem justificativas também é um fator promovedor da hospitalização prolongada e representa 24%. Famílias mudam de endereço ou contato e não informam ao hospital ou, então, oferecem informações para contato falsas.

Outra razão, que compreende 21% da permanência, é a determinação judicial, configurando regime compulsório e, nesse caso, a saída não está ligada às condições de estabilidade clínica, pois era necessário o cumprimento do tempo determinado pelo juiz

para o internamento. Seu acolhimento pela instituição seria adequado apenas no quadro agudo do transtorno, mas que não justificaria sua permanência por longos períodos, especialmente, no abuso de substâncias psicoativas, principal motivo da internação compulsória.

Quanto aos 10 pacientes que não receberam alta médica, entre as razões, a principal é a agressividade refratária ao tratamento farmacológico e psicoterápico, representando 70%. Nesse sentido, alguns pontos devem ser investigados, entre eles, eficácia e adesão ao tratamento, pois, mesmo internos, existe a possibilidade de esses pacientes conseguirem utilizar de artifícios para não ingerir a medicação. Na outra parcela, 20% são de pacientes que apresentavam condição clínica global debilitada e apenas um único paciente (10% restante) corresponde à internação compulsória, com ordem judicial, para isolamento para tratamento de tuberculose. Entende-se que esses pacientes melhor se beneficiariam com tratamento em hospital geral, com recursos para atender às suas necessidades.

CONCLUSION

Grande parte dos internamentos de longa permanência, realizados no HEPR, apresentavam motivos particulares de cada paciente ou de suas famílias. Na maioria dos casos, esses pacientes apresentam um alto fluxo de entrada e saída do hospital, pois, mesmo tendo quadro estabilizado durante o internamento, ao retornarem aos seus lares não encontram, na família, o suporte necessário para manter o tratamento e acabam entrando num ciclo de sucessivas crises. Nesse aspecto, cabe a observação de que alguns familiares guardam expectativas sobre o tratamento na unidade de internação psiquiátrica²⁰ que, muitas vezes, só podem ser alcançadas com terapia do convívio familiar. Outros pacientes são moradores exclusivos, pois não apresentam nenhuma referência familiar e o hospital acaba funcionando como moradia.

Além da questão familiar, as decisões estatais proporcionam um sistema de acolhimento na rede de saúde sucateado, associado ao estigma que paira sobre o paciente psiquiátrico, que contribui para o esquecimento dessas pessoas.

Enaltece-se a necessidade de mudanças para inserção desses pacientes à sociedade. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) devem apresentar estrutura para a realização de tratamento intensivo através de uma equipe multidisciplinar que compreenda o

indivíduo como um todo. E para aqueles que não têm para onde ir, abandonados pela família, as residências terapêuticas devem ser a indicação mais adequada. Ressalta-se que, apesar dessas duas entidades citadas já existirem no sistema de saúde atual, apresentam-se em escala baixa, com recursos e estrutura física limitados e profissionais pouco capacitados.

REFERÊNCIAS

1. Costa CS. Percepção de mudança em função do tratamento recebido nos serviços de saúde mental: Comparação entre pacientes e familiares [Internet]. São João del Rei: Universidade Federal de São João del-Rei/PPGPSI-UFSJ; 2009 [cited 2014 Oct 04]. Available from: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestradospsicologia/2010/Dissertacoes/DISSERTACAO%20-%20Cecilia%20Silva%20Costa.pdf>
2. Kumagae NMOF, Campos JC, Luzio CA, Ferrazza DA. O atendimento em saúde mental na estratégia de saúde da família e a banalização da prescrição de psicofármacos. In: Anais V Congresso Internacional de Psicologia [Internet]. 2012 [cited 2014 Sept 06]. Available from: <http://www.eventos.uem.br/index.php/cipsi/2012/paper/viewFile/670/443>
3. Nogueira RP, organizador. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária [Internet]. Rio de Janeiro: Cebes; 2010 [cited 2014 Oct 04]. ISBN 978-85-88422-13-1. Available from: <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>
4. Declaración de Caracas. Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los dos Sistemas Locales de la Salud [Internet]. 1990 [cited 2014 Oct 04]. Caracas: OPAS/OMS. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf
5. Gonçalves S, Fagundes P, Lovisi G, Lima LA. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2001 [cited 2014 Sept 06];6(1):105-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7029.pdf>
6. Costa CS, Bandeira M, Cavalcanti RLA, Scalón JD. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2014 Sept 06];27(5):995-1007. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/17.pdf>

Peixoto ALA, Magalhães IM, Oliveira JEB et al.

Paciente de internação prolongada em hospital...

7. World Health Organization (SWZ). Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO, 2013 [cited 2014 Oct 04]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde, Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação, 2008 a 2014 [Internet]. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil [cited 2015 Aug 27]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>
9. Freitas AA, Souza RC. Caracterização Clínica e Sociodemográfica dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Revista Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 06];34(3):530-43. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1882.pdf>
10. Silva JPL, Coutinho ESF, Amarante PD. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1999 [cited 2014 Sept 06];15(3):505-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0489.pdf>
11. Volpe FM, Silva EM, Carmo LS, Santos TN. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2010 [cited 2014 Sept 06];59(3):203-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a06v59n3.pdf>
12. Borini P, Guimarães RC, Borini, SB. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspecto demográficos e epidemiológicos. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2003 [cited 2014 Sept 10];52(3):171-9. Available from: http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/TECNOLOGIAS%20EM%20SAUDE/Pesquisa/QualidadesPsicometricasQLS_2003.pdf
13. Junqueira SAE. Perfil Sócio-demográfico e Clínico de Pacientes Psiquiátricos Tratados em Hospital Dia [Internet]. São Paulo: Faculdade de medicina de Ribeirão Preto/USP; 2009 [cited 2014 Sept 10]. Available from: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-29062009.../simonejunqueira.pdf
14. Ludermir AB, Filho DAM. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev Saúde Pública [Internet]. 2002 [cited 2014 Oct 09];36(2):213-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9214.pdf>
15. Vasconcelos MM. Retardo mental. J Pediatr (Rio J.) [Internet]. 2004 [cited 2014 Oct 09]; 80(2): 71-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa09.pdf>
16. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
17. Lima MCP, Botega NJ. Hospital-dia: para quem e para quê? Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2001 [cited 2014 Oct 09];23(4):195-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7167.pdf>
18. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 12];26(4):807-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/22.pdf>
19. Robaina JR, Guljor AP, Pinheiro R. Moradores, internos, clientela de longa permanência? Aspectos socioclínicos da clientela na relação entre demanda e oferta na desinstitucionalização em hospital psiquiátrico. In: Pinheiro R, Guljor AP, Silva Junior AG, Mattos RA, organizadores. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos [Internet]. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/LAPPIS, ABRASCO; 2007 [cited 2014 Oct 09]: 115-34. Available from: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-saude-mental.pdf>
20. Oliveira GC, Shneider FJ, Nasi C, Camatta MW. O tratamento do paciente em sofrimento psíquico na unidade de internação psiquiátrica: expectativa de familiares. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 Nov [cited 2014 Oct 04];8(11):3938-44. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107470/000944273.pdf?sequence=1>

Submissão: 20/05/2016

Aceito: 24/11/2016

Publicado: 15/12/2016

Correspondência

José Ednis Barbosa de Oliveira
Condomínio Mediterrâneo
Rua Pedro Américo, 1212, Ap. 303, bloco A
Bairro Poço
CEP 57025-890 – Maceió (AL), Brasil