



ARTIGO ORIGINAL

ANÁLISE DA READMISSÃO HOSPITALAR DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE REFERÊNCIA NO SUL CATARINENSE**ANALYSIS OF HOSPITAL READMISSION OF THE PATIENT DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA ADMITTED TO A PSYCHIATRIC HOSPITAL IN SOUTHERN SANTA CATARINA**

Elaine Milanez Clezar¹
Giulia Nonticuri Bianchi²
Lêda Soares Brandão Garcia³

RESUMO

A esquizofrenia é um transtorno mental com sério comprometimento não apenas nas funções psiquiátricas do paciente, mas também no que abrange seu ciclo de apoio social e suas relações interpessoais. Este trabalho tem como objetivo principal tecer uma análise sobre as principais características do paciente com diagnóstico de esquizofrenia, assim como a abordagem de fatores sociodemográficos em um ponto de vista voltado à frequente institucionalização de tais pacientes, em um hospital psiquiátrico no sul catarinense, no período de janeiro 2007 a dezembro de 2016. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com coleta de dados secundários obtidos através da análise de prontuários médicos de indivíduos com no mínimo duas internações, os quais 344 pacientes compuseram a amostra final. A população é 71,8% do sexo masculino, a média de idade é de 48,8 anos e é majoritariamente composta por indivíduos solteiros ou divorciados (88,1%). Maior parte das internações é de caráter voluntário (66,8%), além de que 72,1% das altas são do tipo melhorado. O número mediano de internações é 11, o tempo de reinternação de 2 meses e o tempo em comunidade de 3 meses. Observou-se que, como outros centros de hospitalização psiquiátrica, os pacientes com esquizofrenia tendem a perpetuar um perfil reinternante ao longo da vida, tornando imprescindível o acompanhamento dos mesmos fora da área hospitalar, a fim de garantir um curso mais brando da doença e reintegração social dessas pessoas.

Descritores: Esquizofrenia. Reinternação psiquiátrica. Transtorno psiquiátrico.

ABSTRACT

Schizophrenia is a mental disorder with serious commitment, not only patient's psychiatric functions, but also when it comes to social support and interpersonal relationships. This paper aims to analyze the main features of the patient with the diagnosis of schizophrenia, as well as the socio-demographics factors involved on the frequent institutionalization of such patients in a mental hospital in southern Santa Catarina, from January 2007 to December 2016. This is an observational, retrospective and

¹ Discente de Medicina pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Atualmente em mobilidade acadêmica internacional, cursando Health Science na University of Queensland - Austrália. E-mail: nanemilanez@gmail.com

² Discente de Medicina pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). E-mail: giulianbianchi@hotmail.com

³ Docente no Curso de Medicina na UNESC.-mail: ledabrgarcia@gmail.com



quantitative approach, with secondary data collection obtained through the analysis of medical records of individuals with at least two hospitalizations, which 334 patients composed the final sample. The population is 71.8% male, the average age is 48.8 years old and is mostly composed of single or divorced individuals (88.1%). Most of the hospitalizations are volunteer (66.8%) and 72.1% of the discharges are medically improved. The median number of hospitalizations is 11, the period of hospitalization is 2 months and the time in community is 3 months. It was noticed that, as seen at others psychiatric hospitalization centers, schizophrenic patients tend to perpetuate a readmission status throughout life, making it essential a treatment and rehabilitation follow-up outside the hospital environment, in order to ensure a smoother course of illness, besides social reintegration of such patients.

Descriptors: Schizophrenia. Revolving Door. Psychiatric Disorders.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental grave com sérias repercussões clínicas e sociais aos seus pacientes. As múltiplas internações hospitalares estão associadas ao próprio curso da doença, porém têm um componente de organização sociopolítico e de saúde pública⁽¹⁾, traduzindo-se numa doença com um dos maiores índices de custo em serviços hospitalares⁽²⁾. A prevalência da doença é maior em homens a partir dos vinte anos, e nas mulheres nota-se um pico bimodal, com surgindo tanto entre os vinte aos trinta e anos, e após os cinquenta anos⁽³⁾.

O impacto da esquizofrenia nos pacientes acometidos vai muito além da disfunção mental. Além da desordem de pensamento, cognição e memória diretamente relacionados, há um aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares e metabólicas^(4,5), juntamente com repercussões na esfera social, associando-se a outros distúrbios mentais tais como a depressão e transtornos ansiosos, bem como maior frequência de uso de substâncias químicas e altas taxas de suicídio⁽⁶⁾.

A história natural da doença é constituída de exacerbações e remissões, em que a intervenção hospitalar faz-se necessária, seja para confirmação diagnóstica, seja para controle dos sintomas psicóticos⁽¹⁾. No entanto, o que se observa atualmente no curso da esquizofrenia são múltiplas internações de curta duração, sendo a repetição sugestiva de ineficácia. Isso se deve não só a fatores próprios da doença, mas também a aspectos políticos e econômicos na tentativa de reduzir custos públicos da saúde mental, acesso à medicação e falha no seguimento dos pacientes com alta hospitalar^(7,8).

A readmissão hospitalar frequente pode trazer muitos danos ao curso da doença por tornar-se uma experiência perturbadora e incapacitante ao paciente, além de gerar custos ao sistema de saúde e dificultar a reintrodução do paciente à comunidade após a alta hospitalar⁽⁹⁾. Múltiplas internações estão relacionadas ao pior prognóstico na evolução do paciente esquizofrênico e refletem um suporte inadequado de atendimento fora do âmbito hospitalar^(10,11).



Outros fatores corroboram para a reinternação frequente no paciente com diagnóstico de esquizofrenia, tais como uso de substâncias químicas, suporte familiar deficitário e não-adesão ao tratamento medicamentoso⁽¹²⁾. Sabe-se que a existência de um tratamento ambulatorial eficaz e aderente reduz o número e o tempo de internação⁽⁷⁾. Desta forma, faz-se necessário compreender a situação atual local do paciente com esquizofrenia e os fatores que o levam a múltiplas admissões hospitalares.

O presente trabalho teve como objetivo analisar o perfil e o padrão de reinternação dos pacientes esquizofrênicos admitidos pelo menos duas vezes num hospital psiquiátrico situado no extremo sul catarinense, de janeiro de 2007 a dezembro de 2016.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, com delineamento retrospectivo e coleta de dados secundários, no qual foram analisados 344 prontuários de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que internaram em, no mínimo, duas ocasiões distintas, no período entre janeiro de 2007 a dezembro de 2016, no hospital psiquiátrico em questão.

Anterior à coleta de dados, a pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da instituição na qual os autores são vinculados, sob o parecer número 2.148.417. Além disso, houve permissão prévia, que a pesquisa fosse realizada no hospital em questão, através de carta de aceite, mediante atestado de sigilo dos dados pessoais obtidos dos prontuários médicos.

Os dados foram coletados de acordo com um instrumento de coleta elaborado pelas autoras. Este aborda critérios sociodemográficos e aspectos relacionados à doença. As variáveis consistem em gênero, estado civil, cidade de procedência, serviço de saúde utilizado previamente à admissão hospitalar, uso de substâncias químicas, tipo e número de internações, presença de comorbidades psiquiátricas, alta hospitalar com ou sem autorização médica, além do tempo intrahospitalar e em comunidade, em meses, de cada paciente. As variáveis ‘tipo de internação’ e “alta hospitalar” foram analisadas de modo agrupado, a fim de compará-las com os dados socio-epidemiológicos, e tais variáveis também foram analisadas de forma independente entre si, a fim de fazer uma análise de cada reinternação hospitalar.

Ressaltamos que foi computado o número total de reinternações de cada paciente, porém foram analisadas apenas as que ocorreram a partir de janeiro de 2007 até dezembro de 2016. Foram incluídos no estudo os pacientes maiores de idade com, no mínimo, duas internações no período descrito e presença de todos os dados necessários no prontuário. Os pacientes menores de idade ou com informações faltantes foram excluídos.



As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão, além de mediana e amplitude interquartil. Já as variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e, portanto, confiança de 95%. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação dos testes de Razão de Verossimilhança e qui-quadrado de Pearson, seguidos de análise de resíduo quando observada significância estatística.

RESULTADOS

Após exclusão de pacientes que não preencheram os critérios previamente instituídos para o estudo, foram analisadas as características pessoais e sociodemográficas referentes às internações de 344 pacientes no total.

Como demonstrado na tabela 01, a amostra é majoritariamente composta por homens 71,8% (n=247) e a mesma possui uma média de idade de $48,8 \pm 11,53$ anos. Além disso, a população é predominantemente solteira e/ou divorciada (88,1%), provém de serviços não especializados em psiquiatria (53,5%), não apresentam comorbidades psiquiátricas (74,1%) e não fazem uso de quaisquer substâncias químicas (61%).

O número mediano de internações dos pacientes foi de 11,00 (5,00-22,00). A tabela 02 demonstra que, visualizando cada internação de modo independente, houve 2319 internações de caráter reinternante. Destas, 66,8% foram voluntárias, 28,1% involuntárias e 5,1% compulsórias. A maioria das altas foi com autorização médica, sendo 72,1% melhoradas, 11,6% experimentais e 0,6% por transferência de serviço. Além disso, houve 11% de altas a pedido, 4,6% por fuga e 0,1% decorrentes de óbito durante a internação. Ainda, utilizando-se do valor da mediana, o tempo em meses que tais pacientes permaneceram institucionalizados foi de 2,00 (1,00-3,00) e o tempo em meses vivendo em comunidade de 3,00 (1,00-8,00).

Quanto ao tipo de internação (tabela 03), verificou-se que os pacientes que fazem uso de substâncias químicas são os que possuem uma frequência maior de internações compulsórias (61,5%) e menor de internações voluntárias (32,6%). Tanto quanto os indivíduos que não fazem uso de substâncias químicas são mais internados de modo voluntário (67,4%) e menos internados compulsoriamente (38,5%), com $p=0,006$.

Ainda na tabela supracitada, ao correlacionar o tipo de internação com o serviço de procedência dos pacientes, foi visto maior frequência de pacientes provenientes de algum Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) internados involuntariamente (56,8%), bem como os oriundos de outros serviços internam majoritariamente de modo voluntário (61,1%), $p=0,005$.



Adicionalmente, foi encontrado uma frequência maior de pacientes que são internados voluntariamente e recebem alta médica autorizada (86%), assim como os pacientes que não recebem autorização médica para alta são mais internados de modo involuntário (28,8%), $p=0,004$ (tabela 06).

A tabela 04 versa sobre as regiões que os pacientes provêm e as variáveis ligadas diretamente com os serviços de apoio psiquiátrico. Observa-se que, tratando-se da condição de alta médica, 24,8% dos pacientes que residem nos municípios da região carbonífera (AMREC) tendem a voltar para a comunidade sem receber autorização de alta médica, com significância estatística de $p=0,044$. Considerando o tipo de reinternação, os pacientes residentes da AMREC têm maior frequência de internações involuntárias (41,1%), e pacientes residentes dos municípios da região de Laguna (AMUREL) tem uma frequência maior de internados de modo compulsório (17,3%).

Ainda na mesma tabela, verificamos que os pacientes da AMREC são majoritariamente encaminhados para internação diretamente do CAPS (56,1%), assim como os pacientes dos municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC) são em sua maioria, encaminhados de outros serviços não especializados em psiquiatria (75,4%).

A tabela 05 destaca a relação da condição de admissão no serviço hospitalar com a condição de alta, analisadas em cada internação. Observa-se que há uma maior relação entre a admissão voluntária do paciente com a alta melhorada (74,1%) na mesma internação. As internações a contra vontade dos indivíduos condizem com alta sem autorização médica, visto que as internações involuntárias estão mais associadas com alta a pedido (14,7%) e com fugas do serviço (6,8%), assim como as admissões compulsórias estão também mais relacionadas com fugas (11%). Ainda ressalta-se que as admissões voluntárias não tendem a sair do serviço como fuga (3,2%) ou a pedido (9,7%), assim como as internações involuntárias tendem a não sair de modo melhorado (65,7%).

Também houve correlação entre a condição de alta médica em pacientes que fazem uso de drogas, em que 57,1% dos internados que deixaram o hospital sem autorização fazem uso de alguma substância química, assim como 65,7% dos que tiveram autorização de alta médica não fazem uso de substâncias químicas ($p < 0,001$). Além disso, os indivíduos que não utilizam qualquer tipo de substância tendem a apresentar menor frequência de comorbidades psiquiátricas (72,5%) ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Com o objetivo de analisar a readmissão hospitalar de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e relacioná-la com fatores sociodemográficos de tais indivíduos, vimos que entre os pacientes reinternados, o gênero mais encontrado foi o masculino. Houve concordância com a literatura em relação ao estudo de Abel (2010), pois é sabido que a prevalência da esquizofrenia é maior em homens, em uma relação aproximada de 1,4 homens para cada mulher. Adicionalmente, no



sexo masculino a doença se apresenta mais cedo e de forma mais intensa, acarretando pior prognóstico com necessidade de reinternações mais frequentes ⁽³⁾. Há uma série de hipóteses para explicar essa diferença entre os gêneros, como alteração neurológica estrutural, baixo suporte social e uso de drogas ilícitas ⁽¹³⁾.

No que diz respeito à presença de cônjuge, a população predominante foi de pacientes solteiros e divorciados. Este achado condiz com os dados presentes no estudo de Thara (1997), em que os doentes são predominantemente solteiros e sem filhos, em consequência de ser um transtorno mental com clara redução das habilidades sociais e ocupacionais ⁽¹⁴⁾. Este fato relaciona-se com o espectro da doença de crises e remissões, bem como ausência de estabilidade ocupacional e emocional ao longo da história natural da doença. Em contrapartida, a presença de um cônjuge, bem como de filhos em casa estariam associados a melhor prognóstico ⁽¹⁵⁾.

O tempo mediano dentro da instituição hospitalar encontrado foi de dois meses. Devemos ressaltar, no entanto, que se trata de um cálculo referente à aferição de período de dez anos. O dado diverge do encontrado em literatura, pois o tempo médio relatado nos estudos de Zanardo (2017) e Martínez-Ortega (2011) foi de 36 e 23,5 dias, respectivamente ^(16,17). Sabe-se que o tempo de permanência na instituição não é facilmente determinado, apesar de muitas vezes predito. Alguns fatores, no entanto, estão associados a uma internação mais prolongada, principalmente os que relacionam-se a estrutura social do paciente e as alterações comportamentais intrínsecas à própria doença ⁽¹⁸⁾.

Em relação às admissões hospitalares, 66,8% são de caráter voluntário, ou seja, com o consentimento do paciente. Comparando-se as informações com as existentes em literatura, houve muitos dados conflitantes entre os estudos encontrados, principalmente em relação à região demográfica e aos aspectos encontrados individualmente no paciente. Em dois estudos, Craw (2006) e Zhou (2015) encontraram maior prevalência de admissões de caráter involuntário, que ocorre sem o consentimento do doente. Sabe-se que as internações involuntárias se associam a um seguimento posterior de menor eficácia, visto que muitos pacientes receiam o tratamento médico-hospitalar, demonstram baixa adesão medicamentosa e podem considerar ter seu livre arbítrio interferido pelo ato médico ou pela ação dos familiares ⁽¹⁹⁾. Esta forma de admissão geralmente está associada aos pacientes com abuso de substâncias químicas, os quais, muitas vezes, apresentam maior prejuízo para o auto-cuidado e para autonomia. Em contrapartida, a admissão voluntária geralmente está associada a um desfecho positivo, pelo fato de os pacientes estarem mais presentes no processo de tratamento, bem como adesão medicamentosa após a alta hospitalar ⁽²⁰⁾. Entre as internações compulsórias, a esquizofrenia é a doença de maior prevalência, em razão de numa exacerbação pode haver dano físico a si mesmo e aos outros. Neste caso, a internação por decisão judicial se dá por recusa do paciente ao tratamento em vigência de possibilidade de risco a si mesmo ou a outrem na comunidade.



Quanto ao uso de substâncias químicas, encontramos maior prevalência de pacientes não usuários de drogas lícitas ou ilícitas. Este fato diverge do encontrado em literatura, pois, de acordo com o estudo de Regier (1990), o abuso de álcool e drogas entre os pacientes com esquizofrenia é até cinco vezes maior que a população em geral⁽²¹⁾, fator que precede novas exacerbações e colabora para outros desfechos clínicos negativos, como declínio cognitivo, piora dos sintomas psicóticos, e maiores taxas de suicídio⁽²²⁾. O estudo de Kelly (2012) ainda demonstra que as principais substâncias envolvidas conhecidas são a nicotina, o álcool e a maconha, com consequente queda na função social e profissional do paciente, piora da adesão medicamentosa e disfunções orgânicas intrínsecas ao uso das substâncias⁽²³⁾.

Observou-se, ainda, que os usuários de substâncias químicas participam de uma parcela maior dos pacientes com internação do tipo compulsória. Bauer (2007) também descreveu que pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em uso de álcool e drogas têm maior número de internações do tipo compulsória em relação aos não usuários. Os indivíduos teriam sintomas psicóticos mais exacerbados, com comportamento auto ou heteroagressivo e tendência a cometerem delitos, acarretando maior necessidade de internação com intervenção jurídica⁽²⁴⁾.

Neste mesmo contexto, foi visto que entre os pacientes com saída sem autorização médica, 57,1% são usuários de algum tipo de substância química. Este dado corrobora com o estudo de Wung (2010), que encontrou maior tendência de dependência e abuso de álcool entre os pacientes com evasão hospitalar. Estes pacientes não aceitariam a internação seja por abstinência, seja por efeitos do uso agudo e crônico das substâncias químicas. Os indivíduos tendem a um comportamento mais ansioso, agressivo e impulsivo, tornando-se mais hostis e evasivos ao tratamento^(25,26).

O serviço de saúde do qual o paciente é encaminhado para reinternação diz respeito à procedência e ao acompanhamento deste em comunidade. No presente estudo, observou-se que 75,4% dos pacientes fora da AMREC admitidos em internação hospitalar não provêm de um serviço especializado em psiquiatria, como o CAPS, por exemplo. Corroborando com este trabalho, Silva (2014) mostra em seu estudo que os pacientes são, na grande maioria, encaminhados para internação hospitalar por serviços não especializados em saúde mental⁽²⁷⁾. Esse dado reflete a existência de um sistema não-integrado de atenção ao paciente com transtorno mental em nosso país, muitas vezes tornando uma nova hospitalização o único meio de acesso à saúde, contribuindo para o ciclo vicioso de reinternações frequentes e gerando gastos públicos preveníveis^(28,29).

Os estudos de Bezerra (2011) e Zanardo (2017) demonstram, paralelamente, que os pacientes provêm de serviços diferentes justamente pela ausência de uma rede extra-hospitalar especializada, ou que atenda à demanda necessária, como ocorre nas instituições especializadas em psiquiatria. Desta forma, a reinternação hospitalar teria a finalidade tanto de continuidade do tratamento⁽²⁹⁾, em razão da deficiência de estratégias específicas em cidades que não contam com uma rede de atenção



psicossocial, bem como uma forma de redirecionamento do número em excesso dos doentes que um serviço especializado em psiquiatria seria capaz de atender de forma eficaz nas cidades que opera⁽¹⁶⁾.

Contemplando os dados supracitados, conclui-se que o curso clínico da esquizofrenia se torna mais grave quando fatores como má adesão medicamentosa, uso de substâncias químicas e falhas no tratamento comunitário e no apoio social estão presentes, o que acarreta um ciclo intenso de Revolving Door, com mais readmissões hospitalares em um curto prazo. Tal fato prejudica o funcionamento cognitivo e social do paciente, à medida que este se torna incapaz de exercer cidadania em meio à comunidade com efetivo acesso ao tratamento e reabilitação em ambiente extra-hospitalar.

Acredita-se que seja imperativo o acompanhamento do paciente para a prevenção de novas exacerbações da doença, bem como estímulo à reabilitação social e funcional, que pode ser favorecida pela existência de programas educacionais e serviços de saúde mental eficazes. Logo, uma estratégia de integração dos serviços de saúde mental no Estado poderia trazer benefícios, evitando múltiplas reinternações. Para tal, são necessários mais estudos a respeito do tema, para que haja uma abordagem em múltiplas esferas desses doentes bem como políticas locais para tratamento intra e extra-hospitalar dos pacientes. Sugerimos que uma análise que aborda as condições de reinternação e alta, além das vivências do paciente durante a reinternação hospitalar e em comunidade (como adesão ao tratamento, apoio social e familiar) trariam maiores informações sobre a funcionalidade do sistema de saúde mental nesta realidade.

REFERÊNCIAS

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
2. Knapp M. Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness: Schizophrenia costs and cost-effectiveness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000; 102:15–8. DOI <https://doi.org/10.1046/j.1467-0658.2001.00137.x-i1>.
3. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 2010; 22(5):417–28. DOI <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.515205>.
4. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *British Journal of Psychiatry*. 2011; 199(06):441–2. DOI <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092718>.
5. Saha S, Chant D, McGrath J. A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia: Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time? *Archives of General Psychiatry*. 2007 Out 1; 64(10):1123. DOI <https://doi:10.1001/archpsyc.64.10.1123>.
6. Hor K, Taylor M. Review: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*. 2010; 24(4):81–90. DOI <https://doi.org/10.1177/1359786810385490>.



7. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press; 2013;202(3):187–94. DOI <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.115030>.
8. Kalseth J, Lassemo E, Wahlbeck K, Haaramo P, Magnussen J. Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*. Springer Nature; 2016 Nov 7;16(1). DOI <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1099-8>.
9. Eaton WW, Mortensen PB, Herrman H, Freeman H, Bilker W, Burgess P et al. Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitalization. *Schizophrenia Bulletin*. 1992;18(2):217-228. DOI <https://doi.org/10.1093/schbul/18.2.217>.
10. Thornicroft G, Gooch C, Dayson D. The TAPS project. 17: Readmission to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community. *BMJ*. 1992; 305(6860): 996–8. DOI <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6860.996>.
11. Lin H-C, Tian W-H, Chen C-S, Liu T-C, Tsai S-Y, Lee H-C. The association between readmission rates and length of stay for schizophrenia: A 3-year population-based study. *Schizophrenia Research*. 2006; 83(2):211–4. DOI <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.01.012>.
12. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MIS, Gameiro MA, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista de Saúde Pública*. 2000;34(3):280–5. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300011>.
13. Goldstein JM, Seidman LJ, O'Brien LM, Horton NJ, Kennedy DN, Makris N, et al. Impact of normal sexual dimorphisms on sex differences in structural brain abnormalities in schizophrenia assessed by magnetic resonance imaging. *Archives of General Psychiatry*. 2002 Feb 1;59(2):154. DOI <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.59.2.154>.
14. Thara R, Srinivasan TN. Marriage and gender in schizophrenia. *Indian J. Psychiatry*. 1997 [acesso em 2018 mar 20]; 39(1): 64–69. Disponível em: http://www.indianjpsychiatry.org/temp/IndianJPsychiatry39164-8430755_232507.pdf.
15. Seeman MV. Current outcome in schizophrenia: women vs men. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1986;73(6):609–17. DOI <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1986.tb02732.x>.
16. Zanardo GL de P, Silveira LH de C, Rocha CMF, Rocha KB. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2017; 20(3):460–74. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>.
17. Martínez-Ortega JM, Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Higuera A, Diaz FJ, Gurpegui M. Factors associated with frequent psychiatric admissions in a general hospital in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*. 2012 [acesso em 2018 mar 7];58(5):532–5. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764011413061>.
18. Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors Associated with Length of Stay and the Risk of Readmission in an Acute Psychiatric Inpatient Facility: A Retrospective Study. *Australian & New*



Zealand Journal of Psychiatry. 2011 [Acesso em 2018 mai 04]; 45(7): 578–85. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.3109/00048674.2011.585452>.

19. Craw J, Compton MT. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41(12):981–8. DOI <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0122-7>.
20. Zhou J-S, Xiang Y-T, Zhu X-M, et al. Voluntary and Involuntary Psychiatric Admissions in China. *Psychiatric Services*. 2015;66(12):1341–6. DOI <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400566>.
21. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990 Nov 21;264(19):2511–8. DOI <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>.
22. Westermeyer J. Comorbid Schizophrenia and Substance Abuse: A review of epidemiology and course. *American Journal on Addictions*. 2006;15(5):345–55. DOI <https://doi.org/10.1080/10550490600860114>.
23. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*. 2012; 37(1):11–24. DOI <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.09.010>.
24. Bauer A, Rosca P, Grinshpoon A, et al. Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991–2000. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2007;30(1):60–70. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2006.02.002>
25. Wung Y-T, Chen C-C, Chen F-C, Lin C-H. Schizophrenia patients discharged against medical advice at a mental hospital in Taiwan: Schizophrenia patients discharged AMA. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010;64(4): 415–20. DOI <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2010.02103.x>.
26. Pages KP, Russo JE, Wingerson DK, Ries RK, Roy-Byrne PP, Cowley DS. Predictors and Outcome of Discharge Against Medical Advice From the Psychiatric Units of a General Hospital. *Psychiatric Services*. 1998;49(9):1187–92. DOI <https://doi.org/10.1176/ps.49.9.1187>
27. Silva TL da, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani M de F, Mathias TA de F, Capistrano FC. Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*. 2014;18(3). DOI <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140047>
28. Maciel SC, Barros DR, Silva AO, Camino L. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2009;29(3), 436–447. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000300002>
29. Leitão RJ, Ferraz MB, Chaves AC, Mari JJ. Cost of schizophrenia: direct costs and use of resources in the State of São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2006 Abr; 40(2):304–309. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200017>.
30. Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental* 2011;9(16):303–26.

**TABELAS****Tabela 01 – Caracterização da amostra pesquisada**

Variáveis	n (%) ou média ± DP n = 344
Idade	48,88 ± 11,53
Sexo	
Masculino	247 (71,8)
Feminino	97 (28,2)
Estado Civil	
Solteiro/Divorciado	303 (88,1)
Casado/União estável	41 (11,9)
Serviço de Procedência	
CAPS	160 (46,5)
Serviço não especializado	184 (53,5)
Comorbidades psiquiátricas	
Não	255 (74,1)
Sim	89 (25,9)
Uso de Substâncias Químicas	
Não	210 (61,0)
Sim	134 (39,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

DP – Desvio padrão.

Tabela 02 – Análise das internações

Variáveis	n (%) n = 2319
Tipo de internação	
Voluntária	1549 (66,8)
Involuntária	651 (28,1)
Compulsória	119 (5,1)
Tipo de alta hospitalar	
Melhorado	1674 (72,1)
Experimental	268 (11,6)
A pedido	254 (11,0)
Fuga	106 (4,6)
Transferência	15 (0,6)
Óbito	2 (0,1)
Tempo mediano em internação hospitalar (meses)	2,00 (1,00-3,00)*
Tempo mediano em comunidade entre internações (meses)	3,00 (1,00-8,00)*

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

* Valor obtido por meio da mediana e amplitude interquartil.

Tabela 03 – Análise dos pacientes por tipo de internação

Variáveis	TIPOS DE INTERNAÇÃO, n (%)			Valor-p
	Voluntária n = 193	Involuntária n = 125	Compulsória n = 26	
Uso de substância				



Sim	63 (32,6)	55(44,0)	16(61,5) ^b	0,006 ^a
Não	130(67,4) ^b	70(56,0)	10(38,5)	
Serviço de procedência				
CAPS	75(38,9)	71(56,8) ^b	14(53,8)	0,005 ^a
Serviço não especializado	118(61,1) ^b	54(43,2)	12(46,2)	
Alta hospitalar				
Com autorização médica*	166(86,0) ^b	89(71,2)	19(73,1)	0,004 ^a
Sem autorização médica**	27(14,0)	36(28,8) ^b	7(26,9)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017

^a Valores obtidos por meio do teste Qui-Quadrado de Pearson

^b Valor estatisticamente significativo encontrado por meio da análise de resíduo

*Altas com autorização médica: melhorado, experimental e transferência.

**Altas sem autorização médica: à pedido, fuga e óbito.

Obs: Apenas três variáveis foram estudadas por terem sido as de maior relevância

**Tabela 04 – Perfil de internação de acordo com região de procedência**

Variáveis	REGIÃO, n (%)					Valor-p ^a
	AMUREL ¹ n = 52	AMREC ² n = 214	AMESC ³ n = 69	AMURES ⁴ n = 4	Outro n = 5	
Tipo de internação						
Voluntária	29(55,8)	114(53,3)	41(59,4)	4(100,0)	5(100,0)	0,012
Involuntária	14(26,9)	88(41,1) ^b	23(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	
Compulsória	9(17,3) ^b	12(5,6)	5(7,2)	0(0,0)	0(0,0)	
Serviço de procedência						
CAPS	20(38,5)	120(56,1) ^b	17(24,6)	2(50,0)	1(20,0)	<0,001
Serviço não especializado	32(61,5)	94(43,9)	52(75,4) ^b	2(50,0)	4(80,0)	
Alta						
Com autorização médica*	45(86,5)	161(75,2)	59(85,5)	4(100,0)	5(100,0)	0,044
Sem autorização médica**	7(13,5)	53(24,8) ^b	10(14,0)	0(0,0)	0(0,0)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

*Altas com autorização médica: melhorado, experimental e transferência.

**Altas sem autorização médica: à pedido, fuga e óbito.

^a Valores obtidos por meio da aplicação do teste de Razão de Verossimilhança

^b Valor estatisticamente significativo encontrado por meio da análise de resíduo

¹AMUREL: Associação dos Municípios da Região de Laguna: Armazém, Braço do Norte, Capivari de Baixo, Grão-Pará, Gravatal, Imaruí, Imbituba, Jaguaruna, Laguna, Orleans, Pedras Grandes, Rio Fortuna, Sangão, Santa Rosa de Lima, São Ludgero, São Martinho, Treze de Maio, Tubarão

²AMREC: Associação dos Municípios da Região Carbonífera: Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Müller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Siderópolis, Treviso, Urussanga.

³AMESC: Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense: Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, São João do Sul, Sombrio, Santa Rosa do Sul, Timbé do Sul, Turvo.

⁴AMURES: Associação dos Municípios da Região Serrana: Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Celso Ramos, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Rio Rufino, Paineira, Palmeira, Ponte Alta, São Joaquim, São José do Serrito, Urubici, Urupema.

TABELA 05 – Análise condição de alta em relação ao tipo de internação

Condição de alta	TIPOS DE INTERNAÇÃO, n* (%)			Valor-p ^a
	Voluntária n = 1549	Involuntária n = 651	Compulsória n = 118	
Melhorado	1151 (74,3) ^b	428(65,7) ^c	94(79,7)	<0,001
Experimental	186(12,0)	80(12,3)	2(1,7) ^c	
Transferência	11(0,7)	3(0,5)	1(0,8)	
À pedido	150 (9,7) ^c	96(14,7) ^b	8(6,8)	
Fuga	49(3,2) ^c	44(6,8) ^b	13(11) ^b	
Óbito	2(0,1)	0(0,0)	0(0,0)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

*A amostra (n) é o número total de reinternações de todos os pacientes.

^a Valores obtidos por meio da razão de verossimilhança

^{b, c} Valor estatisticamente significativo encontrado por meio da análise de resíduo.