

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

XLIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2013-2015)

TRABALHO DE CAMPO

**Utilização Hospitalar e Readmissões
em Saúde Mental e
Psiquiatria**

Autora: Marta Silva

Orientador: Professora Doutora Sílvia Lopes

Novembro 2015

*“ In the realm of ideas, everything depends on enthusiasm;
in the real world, all rests on perseverance. ”*

Johann Wolfgang von Goethe

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho resultou de um empenho e uma motivação individual, que implicou uma dedicação profunda. Contudo, sem um coletivo de apoios e boas vontades não seria certamente possível concluí-lo.

Para que o tempo não apague a dedicação e o esforço de cada um, aqui fica a devida nota através do meu mais profundo agradecimento.

Aos meus pais por todo o amor, força, princípios e valores transmitidos. Às minhas avós, que esculpiram parte do meu ser.

Ao Pedro pelo bom senso nos momentos de angústia, pelas palavras de incentivo e por tudo o que as palavras não descrevem...

À Bárbara, por toda a amizade, carinho e apoio... pelo interesse demonstrado, por todo o seu tempo dedicado à resolução de questões técnicas...

À Catarina, pela amizade, pela inesgotável boa vontade de ajudar nos momentos críticos, por todas as conversas, pelas palavras de força e motivação, pelos telefonemas com interferências mas que sempre deixaram o meu coração mais leve e feliz.

Aos “Nerds”, grupo de pessoas especiais que me acompanharam ao longo destes dois anos, nos bons e nos maus momentos... Catarina, Catarina T, Filipe B, Maria João...

Aos que escutaram pacientemente tudo o que em determinada altura ninguém escuta e que continuaram a motivar-me neste percurso, nunca deixando de acreditar em mim... “Chefe”, Cândida, Simão, Alda, Joaquina, Sara.

Aos que passaram pela minha vida ao longo destes dois anos e foram pilares essenciais para todo este processo de desenvolvimento pessoal, académico e profissional... Francisco C, Marta M, Matilde R.

À Professora Doutora Sílvia Lopes, minha orientadora, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

À Paula Cristina por todo o apoio ao longo destes dois anos.

Aos que fazem-me sorrir e tornam os meus dias mais leves e fáceis...

RESUMO

Introdução: A caracterização dos episódios de internamento em Saúde Mental e Psiquiatria, com enfoque nas readmissões justifica-se pelo facto destes serem indicadores de qualidade ligados aos cuidados de saúde prestados ao nível do internamento e ambulatório numa área com prevalência elevada, assim como, pelos custos elevados associados ao consumo de recursos destes internamentos. Esta informação permite aos gestores em saúde desenvolverem estratégias de intervenção com vista à redução da despesa em saúde e à efetividade dos serviços e assim contribuir para ganhos em saúde. Neste trabalho pretende-se analisar a utilização hospitalar em utentes admitidos com diagnóstico psiquiátrico, nos hospitais públicos portugueses, que tiveram alta durante o ano 2013, caracterizando os episódios com internamento posterior e com readmissão num período de 30 dias após a alta.

Metodologia: Procedeu-se à análise estatística do conjunto mínimo básico de dados cedidos à ENSP pela Administração Central do Sistema de Saúde, após aplicação do Algoritmo de Exclusão de Readmissões Planeadas. Posteriormente, recorreu-se ao Teste de *Qui Quadrado de Pearson* para analisar possíveis relações entre as variáveis dependentes “internamento posterior” e “readmissão” e as variáveis independentes, tendo sido considerados estatisticamente significativos os valores de p inferiores a 0,05.

Resultados: Dos 22414 episódios episódios de internamento, 16450 (73,4%) correspondiam a internamentos únicos, sem readmissão associada, sendo os restantes 4455 (22,1%) episódios com internamentos posteriores. Destes 4455 episódios, 274 (1,2%) referiam-se a episódios com readmissão. Observou-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao aumento da ocorrência de episódios posteriores e de readmissão, em utentes da região Norte e Centro, independentemente do género, com incidência nas faixas etárias do adulto e idoso. A causa de admissão dos episódios com internamento posterior com maior frequência de casos, pertencia ao grupo das doenças mentais, enquanto nos episódios com readmissão pertenciam a outro grupo de doenças. Parece ainda existir relação entre a ocorrência destes episódios com o número de diagnósticos secundários e reduzidos dias de internamento. Observou-se diferenças estatisticamente significativas relacionadas com um menor número de estruturas de ambulatório e o aumento da ocorrência de episódios com internamentos posteriores e com readmissão.

Discussão e Conclusão: As diferenças encontradas são similares às descritas noutros países e na evidência empírica, tendo sido possível identificar fatores que podem influenciar os episódios com internamento posterior e com readmissão. Observou-se ainda, que no caso dos episódios com readmissão, as causas não parecem estar relacionadas com a qualidade dos cuidados prévios, mas sim com a ocorrência de complicações ou a existência de comorbilidades. Por outro lado, ao analisar os dias até à ocorrência destes mesmos episódios, podemos inferir que a continuidade dos cuidados de saúde no pós alta, não está a ser efetiva.

ABSTRACT

Introduction: The characterization of the episodes of hospitalization in Mental Health and Psychiatry, with focus on readmissions is justified by the fact that these are quality indicators related to health care provided in an inpatient and in an outpatient level in an area with high prevalence, as well as, by the high costs associated with the consumption of resources of these hospitalizations. This information allows health managers to develop intervention strategies to reduce health spending and to achieve the effectiveness of services and thus contribute to gains in health. This work intends to analyze the hospital use of patients admitted with psychiatric diagnosis, in Portuguese public hospitals, who were discharged during the year 2013, featuring the episodes with subsequent hospitalization and readmission within 30 days after discharge.

Methodology: Proceeded to the statistical analysis of the basic minimum set of data provided to *ENSP* (Public Health National School) the Central Administration of the Health System, after applying the Exclusion Algorithm of Planned Readmissions. Subsequently, appealed to the Pearson's chi-squared test to analyze possible relations between the dependent variables “subsequent hospitalization” and “readmission” and the independent variables, having been considered statistically significant p values lower than 0.05.

Results: Out of 22414 hospitalization episodes, 16450 (73,4%) corresponded to only one hospitalization, without readmission associated, while the remaining 4455 (22,1%) episodes with subsequent hospitalizations. Out of these 4455 episodes, 274 (1,2%) referred to episodes with readmission. Statistically significant differences were observed with regard to the increased occurrence of later episodes and readmission, in Northern and Central patients, irrespective of gender, with incidence in the age groups of adults and elderly. The cause of admission of the episodes of subsequent hospitalization, with higher frequency of cases, belonged to the group of mental illnesses, while in the episodes with readmission belonged to another group of diseases. It still seems to exist relation between the occurrence of these episodes with the number of secondary diagnoses and reduced hospitalization days. It was observed statistically significant differences related to fewer outpatient structures and the increasing occurrence of episodes with subsequent hospital admissions and readmissions.

Discussion and Conclusion: The differences found are similar to those described in other countries and on empirical evidence, and it was possible to identify factors that may influence the episodes with subsequent hospitalization and with readmission. It was observed that in the case of episodes with readmission, the causes don't appear to be related to the quality of prior care, but with the occurrence of complications or co-morbidities. On the other hand, by analyzing the days until the occurrence of these same episodes, it can be inferred that the continuity of health care after discharge is not being effective.

INDICE

INDICE DE QUADROS.....	vi
I. INTRODUÇÃO	1
II. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	4
2.1 Avaliação do Desempenho Hospitalar e Qualidade em Saúde	4
2.2 Qualidade Saúde Mental e Psiquiatria.....	5
2.3 Indicadores de Qualidade: Efetividade.....	7
2.3.1 READMISSÕES.....	8
2.3.2 READMISSÕES SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	9
2.4 Oferta de Cuidados de Saúde Mental.....	12
2.4.1 INTERNAMENTO.....	12
2.4.2 AMBULATÓRIO	13
III. OBJETIVOS	14
IV. METODOLOGIA	15
4.1 Fontes de Informação.....	15
4.2 População em Estudo	15
4.2.1 ALGORITMO DE EXCLUSÃO DE READMISSÕES PLANEADAS	15
4.3 Definição de Variáveis em Estudo	16
4.4 Análise Estatística	18
V. RESULTADOS.....	20
5.1 Analisar a utilização hospitalar em utentes admitidos com diagnóstico psiquiátrico, nos hospitais públicos portugueses, que tiveram alta durante o ano 2013	20
5.2 Caracterizar episódios de internamentos em SMP que dão origem a internamentos posteriores, em termos de perfil do internamento e utente.....	24
5.3 Caracterizar episódios de internamentos em SMP que dão origem a readmissões, em termos de perfil do internamento e utente	28
VI. DISCUSSÃO.....	30
6.1 Discussão Metodológica	33
6.2 Discussão de Resultados	35
VII. CONCLUSÃO	41
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXO 1 – <i>Listagem dos códigos da ICD-9-CM agrupados (290–319)</i>	56
ANEXO 2 – <i>Algoritmo de Exclusão de Readmissões Planeadas</i>	57

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos episódios de internamento em SMP.....	20
Quadro 2 - Número de estruturas de suporte na comunidade disponíveis por episódio	23
Quadro 3 - Caracterização dos episódios com internamentos posteriores	24
Quadro 4 - Caracterização dos episódios com Readmissão	28

I. INTRODUÇÃO

Em Portugal, em 2013, mais de um quinto da população portuguesa (22,9%) sofria de perturbações psiquiátricas. Comparativamente com outros países, apenas a Irlanda e os EUA apresentavam uma prevalência superior à realidade portuguesa (23,1% e 26,4 % respetivamente) (DGS-PNSM, 2014).

Para além da sua relação direta com a carga global das doenças, as perturbações psiquiátricas influenciam outras situações clínicas e estilos de vida disfuncionais, tais como as doenças cardiovasculares, as doenças metabólicas, os consumos de substâncias tóxicas indutoras de dependência, os acidentes de viação e os acidentes laborais. Em consequência, verifica-se um impacto negativo sobre a vida familiar dos utentes, as redes de suporte social, o desempenho profissional e o emprego, bem como, o sofrimento com o estigma, a discriminação e a exclusão social (DGS-PNSM, 2012).

Quando se mede a carga global das doenças tendo em conta indicadores como “anos de vida vividos com incapacidade”, as perturbações mentais e do comportamento surgem em destaque, representando 20,55%, só depois seguidas das doenças respiratórias (5,06%) e da diabetes (4,07%). As perturbações mentais e do comportamento surgem ainda em segundo lugar no ranking das principais responsáveis por anos perdidos de vida saudável (DGS-PNSM, 2014).

Como consequência de tudo o que foi referido anteriormente, os custos diretos e indiretos associados às perturbações psiquiátricas ou mentais, relacionados com as despesas assistenciais e da diminuição da produtividade (ex., desemprego, absentismo, baixas por doença, apoio a familiar doente), têm um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde (OCDE, 2014). O custo total das perturbações mentais nos países europeus foi estimado em 798 mil milhões de euros, em 2010 (Gustavsson *et al.*, 2011 cit.in EuroPoPP_MH, 2013), sendo que 37% destes mesmos custos relacionavam-se com cuidados de saúde diretos e 23 % com cuidados de saúde não médicos. Porém, os custos indiretos, relacionados com o que foi dito anteriormente (perda de produtividade, aumento absentismo laboral), representam uma parcela superior de 40 % (EuroPoPP_MH, 2013), resultado de recursos escassos focalizados no tratamento e reabilitação (OMS, 2005; OMS, 2013a; OMS, 2013b).

Em Portugal não existe um orçamento específico para a saúde mental, existindo apenas dados sobre os custos dos serviços de saúde mental (Gustavsson *et al.*, 2011 cit.in EuroPoPP_MH, 2013). Em 2005 o total da despesa em saúde mental foi de cerca de 230 mil milhões de euros,

valor que tem vindo a aumentar, representando cerca de 3% do orçamento global afeto à saúde em geral, atingindo mais recentemente os 5.24% (OMS cit in por EuroPoPP_MH, 2013).

Por outro lado, existe ainda um grande número de pessoas que não tem acesso aos cuidados de saúde ou ao tratamento adequado para a sua situação. Estes factos têm vindo a contribuir para o aumento dos custos sociais e económicos, não tendo o financiamento do sistema de saúde acompanhado proporcionalmente esta despesa (OCDE, 2014).

O reconhecimento da magnitude deste problema levou a OMS a lançar o programa “Mental Health Gap Action Programme”, como forma de auxiliar os países a responderem política e tecnicamente a este problema, com base em quatro dimensões complementares: informação, desenvolvimento de políticas e programas, advocacia e investigação (DGS-PNSM,2012).

Em Portugal, o reconhecimento desta situação levou à criação da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, responsável pela elaboração de um novo plano nacional de saúde mental (Despacho n.º 10464/2008). De uma forma, muito geral, o plano prevê o aumento do acesso aos cuidados, a desinstitucionalização dos doentes mentais graves, o enfoque nos cuidados de saúde na comunidade e a criação de uma rede de cuidados continuados e integrados. O objetivo maior passa por modificar o paradigma dos cuidados hospitalares para um sistema de cuidados integrados na comunidade, investindo na prevenção, promoção e reabilitação (ACS-PNSM, 2007-2016).

É um facto que existe uma discrepância entre os objetivos do plano e a realidade ainda vivida. A maioria de atos assistenciais mantêm-se a ser realizadas em hospitais, apesar do reduzido número de camas por habitante, dos reduzidos recursos humanos especializados existentes, comparativamente às médias Europeias (DGS-PNSM, 2014). Tal justificação pode induzir altas precoces como forma de rentabilizar as camas dos internamentos e consequentes readmissões hospitalares. Verifica-se que o resultado de políticas semelhantes ao PNSM em outros países tem aumentado as readmissões hospitalares, dado não existir resposta dos cuidados na comunidade (OCDE, 2014).

As taxas de readmissões são alguns dos indicadores possíveis de análise, dada a evidência empírica da relação entre o elevado número de readmissões, o aumento das despesas em saúde e das taxas de mortalidade, assim como, enquanto indicador de qualidade dos cuidados prestados previamente. (Sicras e Navarro, 1993; Hasan, 2001; Chrusch *et al.*, 2009; Jweinat, 2010; Byrne, Hooke e Page, 2010; Zhang, Harvey and Andrew, 2011). Muitas readmissões são consideradas evitáveis, com origem em altas precoces, cuidados de saúde com pouca qualidade durante o internamento (Benbassat e Taragin, 2000) e acompanhamento insuficiente no período pós alta (Damiani *et al.*, 2009; Vigod *et al.*, 2013).

A literatura sugere que as readmissões em psiquiatria especificamente, denominadas como o “fenômeno da porta giratória” são muito frequentes (Haywood *et al.*, 1995; Gastal *et al.*, 2000; Chakraborty e Aryiku, 2008; Juven-Wetzler *et al.*, 2012) porém, a nível nacional, a evidência empírica existente é reduzida.

Do exposto, a ligação de indicadores de qualidade com oferta de cuidados existentes e os diagnósticos médicos é do maior interesse, por um lado, para análise e descrição dos fatores clínicos e sociais que podem estar na causa de uma readmissão, assim como, identificar as potencialidades e limitações/carências desta mesma oferta de cuidados de saúde (Kent, Forgaty e Yelowwlees, 1995).

Por outro lado, para os gestores em saúde, esta informação permite desenvolver estratégias de intervenção com vista à redução da despesa em saúde e à efetividade dos serviços, associados às readmissões evitáveis referidas anteriormente (Mojtabai, Nicholson e Neesmith, 1997; Bobo *et al.*, 2004) e assim contribuir para melhores resultados em saúde. A melhoria dos resultados, traduz-se em ganhos em saúde, “(...) *ganhos em anos de vida, redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, diminuição da incapacidade temporária ou permanente, aumento da funcionalidade física e psicossocial, redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde*” (DGS-PNSM, 2017-2016).

Tendo por base a problemática acima descrita e os objetivos definidos, este trabalho foi estruturado em cinco partes distintas: uma primeira parte onde é feito o enquadramento conceptual, onde são abordados os temas com relevo para o estudo, nomeadamente, a avaliação de desempenho e qualidade dos hospitais, a qualidade na especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, os indicadores de qualidade de efetividade, as readmissões no geral e na especificidade da saúde mental e psiquiatria e por fim, a oferta dos cuidados de saúde mental e psiquiatria; uma segunda parte em que se apresentam os objetivos geral e específicos do trabalho; uma terceira parte que define a metodologia que se seguiu para responder aos objetivos estabelecidos; uma quarta parte em que se apresentam os resultados do estudo desenvolvido e por fim uma quinta parte que inclui a discussão metodológica e dos resultados e em que se comparam os resultados com a evidência empírica existente.

II. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual começa com uma breve referência à avaliação do desempenho hospitalar e a sua ligação com a qualidade das organizações de saúde. De seguida, aborda a qualidade em Saúde Mental e Psiquiatria (SMP), aprofundando a questão das readmissões, as quais serão objeto de estudo deste trabalho. Posteriormente é realizada uma caracterização da oferta de cuidados em SMP, a nível do internamento e dos cuidados de ambulatório, com vista a dar a conhecer ao leitor as estruturas de cuidados existentes.

2.1 Avaliação do Desempenho Hospitalar e Qualidade em Saúde

A complexidade de estrutura e modelo de administração dos hospitais condiciona a avaliação dos seus índices de produção e do seu desempenho (Bentes e Urbano, 1988; Costa e Lopes, 2004), dada a característica *“multiproduto da sua atividade, decorrente de uma enorme diversidade nos diagnósticos/doenças que podem ser tratados no hospital, a qual, por sua vez, pode ainda ser potenciada pelo diferente grau da evolução da doença presente no momento de contacto com o hospital”* (cit in Costa, Costa e Lopes, 2009). A importância de se desenvolver modelos de avaliação de desempenho hospitalar que permitam ultrapassar as barreiras conceptuais e operacionais observadas, interessa a todos os intervenientes associados ao mercado da saúde (consumidores, proprietários, gestores e profissionais de saúde), assim como, às questões intrínsecas ao sistema de saúde (acesso, financiamento e gestão) (Costa, Costa e Lopes, 2019). O estado de arte da avaliação do desempenho das organizações de saúde tem seguido a trilogia de qualidade definida por Donabedian (1980) – Estrutura, Processo e Resultados.

A qualidade enquanto conceito tem vindo a sofrer alterações ao longo das últimas décadas. A qualidade em saúde tem acompanhado esta mesma evolução, embora as alterações se possam traduzir em diferentes perspetivas dos teóricos. O Instituto de Medicina (IOM) dos EUA define qualidade em saúde como *“(...) o grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional mais atual”* (2004), sendo uma definição com algum consenso dada a integração de conceitos que sugere.

Como referido anteriormente, a qualidade em saúde pode assim ser avaliada com base em indicadores de estrutura, processo e resultados. Indicadores de estrutura reportam-se à avaliação dos recursos necessários para o processo de prestação de cuidados, englobando a parte física, pessoal, recursos financeiros e materiais, sistemas de informação e instrumentos normativos.

Indicadores de processo incluem as metodologias de trabalho (atividades onde se englobam a utilização de recursos nos aspetos quantitativos e qualitativos e o reconhecimento de problemas, métodos, diagnósticos e os cuidados de saúde prestados) e por último, os indicadores de resultados, que indicam a avaliação do produto final- ganhos em saúde. (Donabedian, 1980).

É também Donabedian (2003), que complementa a trilogia da qualidade com os sete pilares da qualidade”, nomeadamente, eficácia – capacidade de melhoria do estado de saúde e bem-estar, isto é, o que se pode fazer de melhor, de acordo com a situação do utente, quando as restantes circunstâncias se mantêm; efetividade – evidência o alcance do grau atingível na procura da melhoria na prática quotidiana; eficiência – capacidade de obter o melhor resultado ao menor custo; otimização – representa o balanço entre o custo e o benefício de determinado procedimento; aceitabilidade – adaptação dos cuidados prestados aos cuidados desejados, expectativas e valores dos utentes e seus familiares; legitimidade – aceitação dos cuidados de saúde pela população abrangida; e, equidade – igualdade na distribuição dos cuidados de saúde.

Existe assim, uma relação entre a avaliação do desempenho hospitalar e as dimensões da qualidade, como a acessibilidade, adequação dos cuidados, efetividade e eficiência, contribuindo para uma diminuição da assimetria da informação, para a responsabilização dos gestores e prestadores de saúde e para a melhoria de desempenho global dos hospitais (Costa, 2006).

2.2 Qualidade Saúde Mental e Psiquiatria

A qualidade na área da saúde mental segue os mesmos pressupostos do que foi dito anteriormente para a saúde no geral, como condição essencial ao funcionamento de toda e qualquer instituição, sendo prioridade dos principais organismos internacionais. Segundo o relatório da OCDE (2014), trata-se de uma área negligenciada pelas políticas de saúde, havendo a necessidade de desenvolver melhores indicadores para cuidados de saúde mental e sua qualidade.

Ainda a OMS (2003), define que relativamente à Saúde Mental: *“qualidade é a medida em que os serviços aumentam a probabilidade de atingirem os resultados desejados de acordo com uma prática baseada na prova. Esta definição inclui duas componentes. Para as pessoas com doença mental, suas famílias e população em geral enfatiza o facto de os serviços deverem atingir resultados positivos. Para os clínicos, gestores e responsáveis políticos significa o bom uso dos saberes e tecnologias mais atuais.”*

Os principais benefícios da qualidade em saúde mental, prendem-se com a melhoria dos sintomas do utente e logo, da sua qualidade de vida, do fornecimento de apoio e ajuda à família

dos utentes, contribuindo-se para promover a harmonia familiar, ganhos na eficácia e eficiência da gestão das instituições prestadoras de cuidados, populações mais saudáveis e aumento da confiança dos cidadãos no sistema de prestação de cuidados (OMS, 2003).

Na área da saúde mental e psiquiatria, as métricas de qualidade surgem da crescente iniciativa de investigar e construir indicadores de qualidade específicos dentro desta área da saúde (Meehan *et al.*, 2007; McEwan e Goldner, 2002), com um elevado grau de heterogeneidade nos tipos, sofisticação e utilidade dos mesmos entre os países, de forma a adaptar-se à realidade dos mesmos (Hermann e Palmer, 2002).

Os indicadores de estrutura remetem-se para as instalações onde são prestados os cuidados, nomeadamente, as instalações e equipamentos, a estrutura organizacional e recursos humanos e financeiros. São exemplo, número de camas disponíveis, número de recursos humanos especializados disponíveis (Hermann, 2005).

Os indicadores de processo são os mais vulgarmente usados (Fauman, 1989; Hermann, 2005) e têm sido o principal foco da comparação qualitativa no âmbito dos cuidados de saúde mental (Hermann *et al.*, 2002; Hermann *et al.*, 2006). Os indicadores de processo consideram questões como a segurança, acessibilidade, adequação e oportunidade de tratamentos e serviços (Hermann 2005). São exemplos, a percentagem que pessoas que tem acesso aos cuidados de saúde mental, o número de primeiras consultas e lotação média de utentes.

No que se refere à utilização de indicadores de resultados de cuidados de saúde mental, especialmente focados no estado clínico, esta é limitada, embora esta necessidade seja referida na literatura internacional (McGrath e Tempier, 2003; Lehman *et al.*, 2004). Consiste em comparar o estado de saúde dos utentes antes e após a intervenção clínica (Hermann e Richard, 2002). Estes tipos de indicadores são de grande importância, pois fornecem informações sobre a efetividade dos serviços de saúde mental que quando usado em combinação com indicadores de processo, podem fornecer informações sobre a ligação entre a prestação de serviços e efetividade (Kissling, Seemann e Piwernetz, 2001; Cleary *et al.*, 2002). São exemplos o número de mortes de pessoas com perturbação mental, número de suicídios, número de complicações decorrentes do internamento (Hermann *et al.*, 2002; Hermann *et al.*, 2006)

Recentemente, em 2014, a OCDE, recomendou a monitorização dos seguintes indicadores de qualidade para a Saúde Mental, nomeadamente, readmissões hospitalares, demora média de internamento para pessoas com perturbações de abuso de substâncias, mortalidade de pessoas com perturbação mental severa, número de prescrições de antidepressivos e anticolinérgicos, visitas em ambulatório após internamento para pessoas com perturbações de abuso de substâncias, número de dias em *follow-up* no ambulatório após internamento e uso de *case manager* em perturbações psiquiátricas severas (OCDE, 2014).

Hermann (2002) sugere uma abordagem mista, utilizando indicadores de diversos tipos, embora reconheça que, em saúde mental, a dificuldade de obtenção e cruzamento de informação de forma fidedigna.

Com a avaliação da qualidade a nível dos resultados, surge a necessidade da utilização de instrumentos de ajustamento pelo risco em saúde, para permitir a comparação entre hospitais, que apresentam uma grande variabilidade de dimensões entre si. (Sousa *et al.*, 2008; Iezzoni, 1997).

Instrumentos de ajustamento pelo risco integram os fatores de risco individuais dos utentes que podem influenciar a avaliação dos resultados (Iezzoni, 2003). Segundo Hittle (2002), *cit in* Costa, Santana e Boto, 2008, esta comparação de resultados e de desempenhos pode remeter-se ao nível individual, grupos de indivíduos ou populações.

Segundo Leng *et al.* (1999), o risco individual dos utentes deve integrar a gravidade e a complexidade dos mesmos.

Iezzoni (1997) classifica as seguintes dimensões do risco: idade, sexo, estado fisiológico do doente, diagnóstico principal, gravidade do diagnóstico principal, dimensão e gravidade das comorbilidades, situação/estado (“status”) funcional, situação psicológica e cognitiva dos doentes, atributos culturais, éticos e socioeconómicos, atitudes e preferências dos consumidores. Estas dimensões devem ser motivo de ajustamento pelo risco tendo em consideração o que se pretende avaliar.

2.3 Indicadores de Qualidade: Efetividade

Relativamente ao conceito de efetividade, este pode estar associado ao processo como aos resultados em saúde. Facchini *et al.* (2008) referem que, embora seja frequente a imprecisão em torno dos conceitos de eficácia, de eficiência e até mesmo, de qualidade, prevalece uma forte tendência a relacionar a efetividade com o "efeito das ações e práticas de saúde implementadas". Para Costa (2014), a efetividade diz respeito à “*capacidade de uma intervenção, tratamento ou medicamento, melhorar a saúde de uma pessoa ou de uma população, ou ainda, os resultados ou consequências de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática*”. A Joint Commission (1993) define efetividade como o grau com que uma determinada intervenção ou tecnologia médica traz benefícios para indivíduos de uma população definida, sob condições regulares de uso. Para o Committee on Quality of Health Care in America (2001), a efetividade constitui um atributo do cuidado que é baseado no uso de evidências sistematicamente adquiridas para determinar se uma intervenção específica produz melhores resultados do que outras possibilidades de ação, incluindo a alternativa de não fazer nada.

Os indicadores de resultados relacionados com a efetividade dos cuidados prestados mais estudados são a mortalidade, as complicações e as readmissões.

2.3.1 READMISSÕES

As readmissões têm sido objeto de análise dos sistemas de saúde, dada a sua ligação com a despesa em saúde, a efetividade e a qualidade dos cuidados nos diferentes países (Ashton *et al.*, 1995; Marcantonio *et al.*, 1999; Benbassat e Taragin, 2000; Hasan, 2001; Maurer e Ballmer, 2004; Costa e Lopes, 2005; Freitas, 2006; Jencks, Williams e Coleman, 2009).

Em 2010, a Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) introduziu um programa de redução de readmissões hospitalares (HRRP), para contenção de custos. O programa incluiu sanções financeiras para os hospitais que apresentem taxas de readmissão elevadas (Desai e Stevenson, 2012). No Reino Unido, as taxas de readmissão para doenças específicas são publicadas desde 1998, com vista a melhorar a qualidade (NHS, 2008). Por outro lado, estas taxas são ainda utilizadas para fins de financiamento hospitalar, não havendo lugar para o reembolso de readmissões de urgência a 30 dias após a alta (NHS, 2010). Desde 2006, também o governo australiano monitoriza para fins de qualidade dos cuidados, as taxas de readmissão a 28 dias (Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar, 2013).

Fatores intrínsecos e extrínsecos aos sistemas de saúde e às organizações de saúde de cada país, assim como, as características individuais de cada utente (pessoais, demográficas e sociais) podem influenciar as taxas de readmissão, pelo que a utilização deste indicador carece de definição clara do contexto em que a análise decorre em prol da fiabilidade da sua utilização (Townsend *et al.*, 1992; Evans, Hendricks, 1993; Hennen *et al.*, 1995; Weinberg, Oddone e Henderson, 1996; Balla, Malnicke e Schattner, 2008; Gu *et al.*, 2014).

O estado de saúde do utente, a doença em questão, a sua capacidade de gerir a mesma no pós alta, a rede social/ familiar que possui, o acesso aos cuidados, as respostas/accompanhamento no ambulatório e nos cuidados de saúde primários, assim como, continuidade de cuidados, são alguns dos fatores referidos na evidencia empírica que justificam olhar as readmissões para além dos cuidados hospitalares (Bidman *et al.*, 2005; Demir *et al.*, 2008; Jencks, Williams, Coleman, 2009; Cheng, Chen, Hou, 2010; Henneman *et al.*, 2011; Spector *et al.*, 2012; Forster e Van Walraven, 2012; Shepperd *et al.*, 2013; Benbassat e Taragin, 2013).

Por outro lado, a nível hospitalar, Billings *et al.* (1993), considera que os cuidados de saúde efetivos podem ajudar a reduzir o risco de internamento, tanto por prevenirem o estabelecimento da doença ou condição, como por controlarem o surgimento de episódios agudos por condições crónicas.

O cálculo das taxas de readmissão não é linear, visto a janela de tempo entre a admissão prévia e a readmissão não ser consistente na evidência empírica. Segundo Moreira (2010) resultam da razão entre o número de readmissões efetuadas num determinado período de tempo após a alta hospitalar e o número total de utentes admitidos num determinado hospital e potencialmente inseridos no numerador. O período de tempo tido em consideração para a sua definição, pode ser de 30, 60 e 90 dias, sendo que esta janela de tempo não considera as características individuais dos utentes e a sua patologia (Maurer e Ballmer, 2004; Rumball-Smith e Hider, 2009; Demir *et al.*, 2008; Fischer, Anema, Klazinga, 2012). Quanto mais reduzido for esse período relativamente ao momento da alta, maior probabilidade do motivo que levou ao segundo episódio de internamento ser decorrente de complicações ou agravamento da admissão prévia (Benbassat e Taragin, 2000; Pazinato, 2003; Fischer, Anema, Klazinga, 2012).

Para além das características temporais das readmissões, estas podem ser programadas ou não, podendo estas últimas ainda dividir-se em evitáveis ou não (Kossovsky *et al.*, 1999, *cit in* Borges e Turrini, 2011; Van Walraven *et al.*, 2011; Brooke *et al.*, 2012; Van Walraven, Jennings, Forster, 2012; Fischer, Anema Klazinga, 2012; McCormack *et al.*, 2013). Os critérios para esta última classificação referem-se à recorrência ou persistência do episódio de doença que motivou a admissão no internamento anterior ou a complicações reconhecidas como evitáveis; ou a readmissão por motivo social ou psicológico que pode potencialmente ser controlado pelos serviços em ambulatório (Graham e Livesley, 1983; Clarke, 1990; Van Walraven *et al.*, 2011; Fischer, C. Anema, H. Klazinga, N., 2012).

A fiabilidade na utilização das readmissões depende dos seguintes pressupostos (Thomas, 1996): diferenciação entre readmissões programadas e não programadas, pois as readmissões programadas não pressupõem um baixo desempenho, definição do período de tempo para a readmissão, para que exista a possibilidade de associação entre a readmissão e a qualidade e, separação dos cuidados de qualidade dos que não o são.

Existe ainda evidência que as readmissões podem por vezes ser subestimadas e classificadas como primeiras admissões, não conduzindo os resultados fiáveis (Friedman *et al.*, 1964).

2.3.2 READMISSÕES SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Países como o Reino Unido, EUA e Canadá referem que cerca de 13% dos utentes psiquiátricos são readmitidos logo após a alta de internamento psiquiátrico (Leslie e Rosenheck, 2000; Commission for Health Improvement, 2003; Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada, 2011; National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, 2012; OCDE, 2013).

As readmissões em SMP são interpretadas, como um resultado negativo na condição de saúde dos utentes, refletindo a qualidade dos cuidados, pela que as políticas de saúde têm definido estratégias no sentido da sua redução (Hermann *et al.*, 2006; Rumball-Smith, e Hider, 2009; Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada, 2011).

Nesta linha, uma questão-chave que tem sido explorada é o facto de a readmissão psiquiátrica poder refletir não só a qualidade dos cuidados de saúde (Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada, 2011; Zhang, Harvey, Andrew, 2011) mas também, o grau de continuidade de cuidados entre os diversos serviços de saúde do sistema de saúde mental (Durbin *et al.*, 2007).

Na especialidade de saúde mental e psiquiatria, as readmissões parecem estar associadas a múltiplos fatores, nomeadamente, fatores individuais, sociais e demográficos associados aos utentes, assim como a fatores associados aos hospitais e ao sistema de saúde (Hansson *et al.*, 1995; Russo *et al.*, 1997; Korkeila *et al.*, 1998; Hendryx *et al.*, 2003; Bobo *et al.*, 2004; Almog *et al.*, 2004; Silva *et al.*, 2009; Sanchez, Jaramillo e Herazo, 2013; Moss *et al.*, 2014; Flannery e Flannery, 2014; Prina *et al.*, 2015).

Estas readmissões, especificamente, denominadas como o “fenómeno da porta giratória” podem assim ser influenciadas por fatores como a história prévia de internamentos anteriores, demora média de internamento baixa, ofertas de cuidados na comunidade, alta contra parecer médico, alta por transferência e internamento de cariz involuntário (Sanchez, Jaramillo e Herazo, 2013; Moss *et al.*, 2014).

Antecedentes de saúde pessoais (doença psicótica, consumo de substâncias tóxicas, perturbação de personalidade, comorbilidades clínicas associadas) e fatores sociais, como desemprego, género, estado civil e pobreza (Moss *et al.*, 2014; Flannery e Flannery, 2014), são outros dos fatores que aparecem descritos na literatura. A baixa adesão ao tratamento e os níveis reduzidos de educação são também referidos na literatura, como fatores de risco para a ocorrência de readmissão (Silva *et al.*, 2009).

Sanchez, Jaramillo e Herazo (2013), concluem no seu estudo que ser divorciado ou separado, pode aumentar o risco de readmissão. Outro estudo de Adams *et al.*, (2015) concluiu que idosos com perturbações mentais apresentam maior taxas de readmissão e uso de recursos de saúde que idosos sem perturbações mentais. Prina *et al.*, (2015) verificou que indivíduos com sintomas depressivos na comunidade apresentam maior risco de hospitalização, de aumento da demora média de internamento e de readmissão.

Lyons *et al.*, (1997) sugere no seu estudo que a qualidade dos cuidados em internamento não influencia o risco de readmissão após alta, mas sim, a severidade dos sintomas dos utentes. Lauber *et al.*, (2006) no seu estudo, concluem que especificamente na perturbação depressiva

unipolar, quanto mais sintomas a pessoa apresentar num primeiro internamento, menor é o risco de readmissão a 5 anos. Por outro lado, Durbin *et al.*, (2007) refere que a questão da relação entre as readmissões e a qualidade dos cuidados diminui quando outras variáveis como agentes stressores do ambiente começam a influenciar o dia-a-dia dos utentes. Existem ainda referências que diferenciam o risco de readmissão a curto e longo tempo. Lyons *et al.*, (1997) refere que utentes com doença psiquiátrica crónica tem risco acrescido de readmissão 6 meses após a alta.

Nesta linha, existe por parte da comunidade científica um esforço no sentido do desenvolvimento de modelos de risco de readmissão a 30 dias para internamentos de psiquiatria (Vigod *et al.*, 2014). Vigod *et al.*, (2013) enfatiza a importância do *follow up* no pós alta no risco de readmissão. Este *follow up* pode representar gestores de caso, intervenções especializadas e estruturadas aos utentes e famílias, visitas comunitárias ou contactos por telefone.

Relativamente à relação entre as diferenças geográficas e as readmissões, a evidência empírica não é consensual. Russo *et al.*, (1997) não encontrou diferenças significativas que relacionassem as características demográficas com os resultados do tratamento hospitalar. Outros estudos, indicam uma relação clara entre a oferta e a procura, hospitais com maior número de camas disponíveis, apresentam maior número de internamentos psiquiátricos (Almog *et al.*, 2004; Bradley *et al.*, 2011), assim como, a relação entre a proximidade física com os hospitais (Almog *et al.*, 2004). A OCDE (2014) concluiu que em Portugal, as admissões hospitalares de cariz médico, podem ser duas a três vezes maiores em algumas regiões do que em outras, podendo resultar da disponibilidade de camas e na qualidade dos cuidados de saúde primários. Também o relatório do programa nacional para a saúde mental (DGS-PNSM, 2014), encontrou variações geográficas, em Portugal, para a taxa de mortalidade por suicídio.

Segundo o Relatório “ Making Mental Health Count” da OCDE (2014), as taxas de readmissão a 30 dias, para o mesmo hospital, em Portugal, são reduzidas comparativamente a outros países, independentemente do diagnóstico médico. Por outro lado, o recente relatório da DGS (DGS-PNSM, 2014) observou uma tendência geral de um aumento do número de episódios de internamento anuais para o mesmo indivíduo, independentemente do diagnóstico.

Em 2008, Neto e Silva no seu estudo, encontraram uma taxa de 39,6%, relativa a readmissões num hospital psiquiátrico português. Guerreiro *et al.*, (2009) durante um estudo observacional de dois anos, ao analisarem as readmissões psiquiátricas num hospital geral português, concluíram uma relação entre a readmissão e os diagnósticos psiquiátricos (DP), nomeadamente, 30,8% com DP de esquizofrenia, 14% com DP de perturbação bipolar I, 13,1% com DP de depressão major, entre outros. Também Sousa-Pinto *et al.*, (2013) ao analisarem os internamentos hospitalares públicos entre 2000 a 2008 concluíram que a Grande Categoria

Diagnóstica 19 “ Doenças e perturbações mentais”, apresentava uma taxa de 4,8 % de reinternamentos hospitalares.

2.4 Oferta de Cuidados de Saúde Mental

No âmbito da análise em estudo e tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, as taxas de readmissão podem estar relacionadas tanto com os cuidados no internamento como com os cuidados em ambulatório especializados (Vigod *et al.*, 2013b). Importa assim, clarificar a oferta de cuidados de saúde mental existentes.

Com os desenvolvimentos técnico-científicos que decorreram no séc. XX, com o surgir de medicação para tratar as perturbações mentais, coadjuvada por técnicas de intervenção psicossociais, foi possível mudar de paradigma de intervenção: de uma era asilar, para a comunidade (OMS, 2001).

Também as políticas de saúde caminharam nesse sentido, através da desinstitucionalização de doentes crónicos e redução do número de camas de hospitais psiquiátricos e gerais (Thornicroft e Bebbington, 1989; Reynolds *et al.*, 2004; PNSM 2007-2016). No entanto, a redução do número de camas não implica necessariamente a redução de custos, em particular se os cuidados de suporte não acompanharem esta medida. Como forma de responder a estas mudanças, surgiu a necessidade do desenvolvimento de estruturas de apoio na comunidade e programas de intervenção com o objetivo de apoiar a reestruturação dos serviços. (Reynolds *et al.*, 2004; Cougnard *et al.*, 2006).

Porém, o foco da atenção continua a ser o desempenho dos cuidados em internamento, embora exista uma mudança, no sentido da inclusão e acompanhamento dos cuidados comunitários em saúde mental (IsHak, Burt e Sederer, 2002; PNSM 2007-2016).

Para além dos cuidados de SMP especializados em ambulatório, a evidência empírica aponta os Cuidados de Saúde Primários como parceiros fundamentais na diminuição/resolução das dificuldades de acompanhamento destes utentes (Eurofound., 2014).

2.4.1 INTERNAMENTO

Os serviços de Internamento dos Departamentos de Psiquiatria têm como missão o tratamento de utentes com perturbações psiquiátricas em fase aguda da doença, que coloquem em risco o próprio e outros. Esta agudização pode significar a nível sintomático, desorganização do comportamento que ponha em causa as atividades de vida diárias dos utentes/família e desta forma, a sua segurança. O internamento prevê o tratamento adequado face à sintomatologia presente, garantindo a segurança, assim como, o diagnóstico psiquiátrico.

Por outro lado, objetiva também diminuir o risco de recaídas após a alta, e promover a continuidade dos cuidados, com o mínimo de efeitos adversos possíveis (IsHak, Burt e Sederer, 2002).

O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias (PNSM 2007-2016). Por outro lado, a redução dos cuidados de internamento não essenciais, pode libertar recursos e garantir uma melhor gestão dos mesmos em cuidados menos dispendiosos.

2.4.2 AMBULATÓRIO

Uma consequência inevitável da distribuição de recursos acima descrita é o reduzido desenvolvimento de serviços na comunidade registado em Portugal. Muitos serviços locais de saúde mental continuam reduzidos ao internamento, consulta externa e, por vezes, hospital de dia, não dispondo de equipas de saúde mental comunitária, com programas de gestão integrada de casos, intervenção na crise e trabalho com as famílias (PNSM 2007-2016).

Em psiquiatria, os cuidados de saúde em ambulatório, podem-se traduzir, pelo acompanhamento em consulta médica da especialidade, assim como, na frequência de hospitais de dia ou unidades sócio-ocupacionais. Estas estruturas justificam-se como alternativa de cuidados de saúde para utentes que não tem critérios de risco para internamento, assim como, para acompanhamento e monitorização de utentes instáveis e sem rede social para apoiar no cumprimento do tratamento (medicação, terapias). A evidência aponta para bons resultados, em programas existentes nestas estruturas, com estabilização de sintomas agudos e desenvolvimento de competências sociais que visam a reabilitação e autonomia máxima do utente (IsHak, Burt e Sederer, 2002).

III. OBJETIVOS

✓ Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a utilização hospitalar em utentes admitidos com diagnóstico psiquiátrico, nos hospitais públicos portugueses, que tiveram alta durante o ano 2013.

✓ Objetivos Específicos

O objetivo geral identificado decompõe-se nos seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar episódios de internamentos em SMP que dão origem a internamentos posteriores, em termos de perfil do internamento e utente;
2. Caracterizar episódios de internamentos em SMP que dão origem a readmissões, em termos de perfil do internamento e utente.

IV. METODOLOGIA

4.1 Fontes de Informação

A fonte de dados corresponde ao conjunto mínimo básico de dados para o ano 2013 cedidos à ENSP pela Administração Central do Sistema de Saúde do Continente, contendo informação sobre os resumos de alta dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Nessa base de dados os diagnósticos principais são codificados com base na 9a. Revisão da Classificação Internacional de Doenças Modificação Clínica (ICD-9-MC).

Foi considerada ainda a classificação dos distúrbios mentais pela mesma classificação acima descrita, ICD-9-MC (Anexo 1- códigos) para caracterização dos diagnósticos psiquiátricos.

Para caracterizar as estruturas de suporte em ambulatório recorreu-se ao "Relatório Saúde Mental em Números 2014" (DGS, 2014).

4.2 População em Estudo

O estudo utilizou dados referentes ao ano de 2013, compreendendo todos os episódios de internamento que tiveram alta nesse período nos hospitais públicos de Portugal Continental e que tiveram como diagnóstico principal um dos seguintes códigos da ICD-9-CM “290-319” (CDC, 2013).

A amostra final continha 22414 episódios de internamento, após aplicação do algoritmo para exclusão de readmissões planeadas, que se apresenta de seguida.

4.2.1 ALGORITMO DE EXCLUSÃO DE READMISSÕES PLANEADAS

O algoritmo de exclusão de readmissões planeadas consiste num conjunto de critérios para a classificação de readmissões como planeadas entre a população geral com recurso a dados administrativos. O algoritmo identifica admissões que normalmente são planeadas e que ocorrem até 30 dias após a alta do hospital. Baseia-se em três princípios:

- Existem cuidados de saúde que são sempre considerados como planeados (cirurgia de transplante, quimioterapia de manutenção / radioterapia / imunoterapia, reabilitação);
- Uma readmissão planeada é definida como uma readmissão não aguda para um procedimento agendado;

- Internamentos por doença aguda ou por complicações de cuidados de saúde nunca são planeados.

Na prática é composto por um fluxograma e quatro categorias, que se agrupam por procedimentos específicos e diagnósticos médicos, que permitem classificar a readmissão como planeada, nomeadamente:

- O procedimento realizado está categorizado como “planeado”, independentemente do diagnóstico médico;
- O diagnóstico principal está categorizado como um diagnóstico que carece de cuidados planeados;
- O procedimento realizado está categorizado com “potencialmente planeado” e o diagnóstico principal não se encontra incluído na lista de diagnóstico de doença aguda (Horwitz *et al.*, 2014)

4.3 Definição de Variáveis em Estudo

Para ir ao encontro dos objetivos geral e específicos propostos, foram consideradas as seguintes variáveis:

- **Sexo:** corresponde ao género do utente (masculino ou feminino).
- **Idade:** idade do utente, em anos, à data de entrada. As categorias da variável idade, foram agregadas em grupos etários. Assim, considerou-se, as seguintes categorias: 0 a 4 anos, 5 a 14 anos, 15 a 24 anos, 25 a 44 anos, 45 a 64 anos e 65 ou mais anos.
- **Distrito:** Distrito de residência do utente. Os códigos apresentam dois dígitos e correspondem à codificação de distritos existentes no SONHO à data de extração dos dados.
- **Região:** Os distritos foram agrupados de acordo com a região geográfica, de acordo com a classificação NUTS II (DR, Portaria n.º255/2002 de 5/11) nomeadamente, Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve de forma a comparar regiões urbanizadas com as ruralizadas.
- **Diagnóstico Principal:** Código da ICD-9-MC ("International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification") que identifica o Diagnóstico Principal do episódio - aquele que, depois do estudo do doente, é considerado responsável pela admissão do doente no hospital, para tratamento. Na análise desta variável, atendendo ao elevado

número de categorias da mesma, os códigos foram agregados com base nos grupos da CID-9-MC, nomeadamente, Psicoses Orgânicas, Outras Psicoses, Perturbações Neuróticas, Perturbações da personalidade e outras Perturbações mentais não psicóticas e Deficiência Intelectual (anexo I).

- **Diagnóstico do episódio seguinte:** indica o diagnóstico principal do episódio com internamento posterior/ readmissão.
- **Número de Diagnósticos:** indica quantos diagnósticos secundários existiram. Foi criada uma categoria designada por “6 ou +” na variável, que se justifica pelo facto de a partir de 6 diagnósticos adicionais a frequência dos episódios ser reduzida (inferior a 5%), tendo sido agrupados numa só categoria.
- **Episódios com internamentos posteriores:** indica se existiu posterior episódio de internamento sem restrição de número de dias após a alta. Foram excluídos os episódios com destino *pós alta para outra instituição com internamento*, visto tratar-se de uma transferência e não de um episódio posterior.
- **Internamento com readmissão:** indica se é um episódio que foi readmitido no prazo de 30 dias após alta. Para apurar estes episódios de readmissão, foi aplicado um algoritmo para exclusão de readmissões planeadas, descrito anteriormente (Anexo II).
- **Número de Episódios por utente:** corresponde ao número de episódios por utente, independente das características dos episódios. Foi criada uma categoria designada por “3 ou +” na variável, que se justifica pelo facto de apenas 4,5 % dos utentes apresentarem 3 ou mais episódios, tendo sido agrupados numa só categoria.
- **Tipo de admissão no episódio seguinte:** indica se o episódio seguinte é uma admissão planeada. Como forma de excluir os episódios de readmissão planeados, foi aplicado o “algoritmo de exclusão de readmissões planeadas”.
- **Tipo de GDH:** Corresponde a médico (onde não existiram intervenções cirúrgicas) ou cirúrgico (onde existiram intervenções cirúrgicas).
- **Dias de Internamento:** total de dias de estadia do utente na instituição de saúde, em conformidade com a definição estatística de tempo de internamento, constante na portaria em vigor à data de extração dos dados.
- **Dias até novo Episódio:** indica o número de dias até um novo episódio do mesmo utente.

- **Destino Pós alta:** Código de destino do utente após a alta de um serviço hospitalar. 0 – Desconhecido; 1 - Para o domicílio; 2 - Para com outra instituição com internamento; 6 - Serviço domiciliário; 7 - Saída contra parecer médico; 13 - Atendimento posterior especializado (terciário); 20 – Falecido; 51 - Cuidados paliativos - centro médico (recolhido a partir 2011); 61 - Cuidado pós-hospitalar (CMS 19-22, AP21); 63 - Assistência hospitalar a longo prazo (CMS 19-22, AP 21).
- **Número de unidades sócio-ocupacionais:** indica o número de unidades sócio-ocupacionais existentes no distrito onde os utentes residem. Este valor foi calculado com base na informação existente sobre a oferta disponível em cada distrito, tendo-se imputado este número a todos os residentes de cada distrito. As unidades sócio-ocupacionais, inserem-se nos cuidados continuados integrados de saúde mental, contribuindo para a monitorização da doença em ambulatório, evitando assim, cuidados de saúde a nível hospitalar, mais dispendiosos e muitas vezes evitáveis.
- **Número de unidades residenciais:** indica o número de unidades residenciais existentes no distrito onde os utentes residem. Este número foi calculado com base na informação existente sobre a oferta disponível em cada distrito, tendo-se imputado este número a todos os residentes de cada distrito. Estas unidades inserem-se nos cuidados continuados integrados de saúde mental, contribuindo para a monitorização da doença em ambulatório, evitando assim, cuidados de saúde a nível hospitalar, mais dispendiosos e muitas vezes evitáveis

4.4 Análise Estatística

De forma a ir ao encontro do objetivo geral, foi realizada uma análise descritiva das frequências das variáveis, de forma a caracterizar a amostra, com recurso a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) nas variáveis numéricas (número de episódios/utente, idade e dias até novo internamento). Nas variáveis nominais, esta caracterização foi efetuada através do recurso aos valores da frequência absoluta e relativa.

Posteriormente, como forma de dar resposta ao objetivo específico 1, recorreu-se à análise estatística bivariável, através do método de tabelas cruzadas, para quantificar a relação entre pares de variáveis, nomeadamente, a variável dependente “internamento posterior”, com as independentes pertinentes ao estudo. De seguida, aplicou-se o teste do *Qui-Quadrado de Pearson* para verificar se existia relação estatística entre a ocorrência de um episódio posterior e as características demográficas da população (sexo, idade, distrito), as características da causa do episódio (diagnóstico principal de admissão, número de diagnósticos secundários), as características do episódio em si (dias de internamento, destino pós alta) e por fim, a oferta de

cuidados de saúde em ambulatório, tendo sido considerados estatisticamente significativos os valores de p inferiores a 0,05.

Relativamente ao objetivo específico 2, repetiu-se o processo anterior, utilizando a outra variável dependente do estudo “ readmissão”.

O SPSS 22 ® foi a ferramenta informática utilizada para a análise e tratamento dos dados.

V. RESULTADOS

Os resultados da análise de dados apresentam-se agrupados de forma a responder aos objetivos estipulados, com recurso a quadros e descrição posterior das mesmas.

5.1 Analisar a utilização hospitalar em utentes admitidos com diagnóstico psiquiátrico, nos hospitais públicos portugueses, que tiveram alta durante o ano 2013

Caracterização dos episódios de internamento em SMP

Quadro 1 - Caracterização dos episódios de internamento em SMP

Total (n)	22414
Sexo Feminino [n (%)]	11819 (52,7%)
Idade	
Média (\pm desvio padrão)	47,04 (\pm 17,622)
0 a 4 anos [n (%)]	60 (0,3%)
5 a 14 anos [n (%)]	323 (1,4%)
15 a 24 anos [n (%)]	1943 (8,7%)
25 a 44 anos [n (%)]	8131 (36,3%)
45 a 64 anos [n (%)]	8183 (36,5 %)
65 ou + anos [n (%)]	3774 (16,8%)
Região[n (%)]	
Norte	7635 (34,1%)
Centro	6634 (29,6%)
Lisboa	4717 (21,0%)
Alentejo	2412 (10,8%)
Algarve	890 (4,0%)

Diagnóstico Principal Agrupado [n (%)]	
Psicoses Orgânicas	2805 (12,5%)
Outras Psicoses	10885 (48,6%)
Perturbações Neuróticas, Perturbações da Personalidade e outras Perturbações mentais não psicóticas	8332 (37,2%)
Deficiência Intelectual	392 (1,7%)
Número de Diagnósticos Secundários [n (%)]	
1	4535 (20,2%)
2	3196 (14,3%)
3	2340 (10,4%)
4	1829 (8,2%)
5	1406 (6,3%)
6 ou +	3566 (15,8%)
Episódios de Internamento Posterior [n (%)]	
	5964 (26,6%)
Episódios com Readmissão [n (%)]	
	274 (1,2%)
Dias de Internamento [n (%)]	
Média (\pm desvio padrão)	16,46 (\pm)
0 a 6 dias	7023 (31,3%)
7 a 13 dias	5838 (26,0%)
14 a 20 dias	3961 (17,7%)
21 ou + dias	5592 (24,9%)
Número de Episódios/ Utente [n (%)]	
Média	1,3
1	13884 (79,8%)
2	2724 (15,7%)
3 ou +	775 (4,45%)

Destino após alta [n (%)]	
Domicílio	18897 (84,3%)
Outra instituição com Internamento	2236 (10%)
Saída contra parecer médico	1041 (4,6%)
Falecido	104 (0,5%)
Outros	136 (0,58%)

A amostra continha 22414 episódios válidos de internamentos em Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) no ano de 2013.

Relativamente ao sexo dos utentes admitidos, estes foram na sua maioria, utentes do sexo feminino, com uma frequência de 11819 (52,7%) episódios de internamento.

A média das idades dos utentes internados, foi de 47,04 anos, sendo que a percentagem de episódios de internamento aumentou à medida que a faixa etária também aumentava. Verificou-se que o maior número de episódios se encontrava entre os 25 e os 64 anos.

Analisando por região, o Norte representou 7395 dos episódios (34,0%), seguido pelo Centro com 6634 episódios (29,6%), Lisboa com 4717 episódios (21,0%) e, por fim, Alentejo e Algarve com 2412 (10,8%) e 890 (4,0%) respetivamente.

No que concerne à classificação dos diagnósticos principais com maior representatividade na amostra, 5433 episódios (24,2%) diziam respeito às “*Perturbações Episódicas do Humor*”, seguindo-se 3490 episódios (15,6%) referentes ao diagnóstico principal “*Psicose Esquizofrénica*”. Quando se procede ao agrupamento dos diagnósticos, cerca de 10885 (48,6 %) apresentaram diagnóstico principal classificado como “*Outras Psicoses*” enquanto 8332 episódios (37,2%) referiram-se a “*Perturbações Neuróticas, Perturbações da Personalidade e outros Perturbações mentais não psicóticas*”.

Ao analisar o número de diagnósticos secundários por episódio de internamento verificou-se que o maior número de internamentos ocorreu em utentes com 1 diagnóstico secundário ou com 6 ou mais diagnósticos secundários, nomeadamente, episódios com um diagnóstico secundário associado representam 4535 (20,2%) dos casos e com mais de 6, 3566 episódios (15,8%).

Ao agrupar os episódios de internamento, verificou-se que dos 22414 episódios, 16450 (73,4%) correspondiam a internamentos únicos, sem readmissão associada, sendo os restantes 4455 (22,1%) episódios com internamentos posteriores. A média de dias até à ocorrência de um

episódio com internamento posterior, situa-se nos 72,76 dias. Destes 4455 episódios, 274 (1,2%) referiam-se a episódios com readmissão,

Ao analisar os dias de internamento verificou-se que a amostra apresentava uma média de 16,46 dias de internamento, sendo que 7023 episódios (31,3%) representavam um período de tempo dos 0 aos 6 dias, 5838 episódios (26,0%) um período de 7 a 13 dias, 3961 (17,7%) correspondiam a episódios de internamento entre os 14 e os 20 dias e por fim, 5592 episódios (24,9%) de internamentos iguais ou superiores a 21 dias.

Verificou-se que os 22414 episódios de internamento, correspondiam a 17392 utentes, sendo a média de internamento por utente, de 1, 3 episódios de internamento, variando entre 1 e 35 episódios. Cerca de 79,8% dos utentes apresentou 1 episódio de internamento, seguindo-se de 15,7% que apresentaram 2 e 2,6% apresentou 3 episódios de internamento.

O destino após a alta dos utentes da amostra foi na sua maioria o domicílio, representando 18897 episódios (84,3%) da mesma, 2236 episódios (10,0%) corresponderam a altas para outras instituições, seguidos de 1041 episódios (4,6%) de altas contra parecer médico. Existiram ainda 104 episódios que resultam em morte, representando menos de 1% do universo amostral.

Quadro 2 - Número de estruturas de suporte na comunidade disponíveis por episódio

Unidades socio-ocupacionais [n (%)]	
0	4584 (20,5%)
1	3829 (17,1%)
2	6560 (29,3%)
3	1206 (5,4%)
4	890 (4,0%)
11	4717 (21,0%)
Unidades residenciais [n (%)]	
0	8413 (37,5%)
2	2096 (9,4%)
3	1625 (7,2%)
4	4935 (22,0%)
17	4717 (21,0%)

Em relação à oferta de estruturas de suporte na comunidade e os episódios de internamento, nomeadamente, unidades sócio-ocupacionais e unidades residenciais, a frequência de distribuição não é uniforme. Analisou-se o número de unidades sócio ocupacionais, comparativamente à frequência dos episódios de internamento. Em 4584 (20,5%) dos casos de internamento, não existia oferta deste tipo de estrutura ambulatória, porém, 4717 (21%) episódios de internamento referiam-se a distritos de residência onde estavam localizadas 11 unidades sócio-ocupacionais.

Em relação às unidades residenciais, existiram 8413 (37,5%) episódios de internamento que ocorreram em locais sem oferta destas estruturas, em 4935 (22,0%) dos episódios existiam 4 unidades residenciais e em 4717 (21%) dos casos, existiam 17 unidades residenciais.

5.2 Caracterizar episódios de internamentos em SMP que dão origem a internamentos posteriores, em termos de perfil do internamento e utente

Quadro 3 - Caracterização dos episódios com internamentos posteriores

Episódios com Internamento Posterior [n (%)]	4455 (22,1%)
Sexo Feminino [n (%)]	2278 (22,8%)
Idade*	
0 a 4 anos [n (%)]	14 (23,3%)
5 a 14 anos [n (%)]	41 (13,2%)
15 a 24 anos [n (%)]	367 (10,8%)
25 a 44 anos [n (%)]	1575 (21,7%)
45 a 64 anos [n (%)]	1652 (22,5 %)
65 ou + anos [n (%)]	806 (23,4%)
Região [n (%)] *	
Norte	1343 (21,9%)
Centro	1410 (21,9%)
Lisboa	950 (21,5%)
Alentejo	548 (24,7%)
Algarve	186 (21,4%)

Diagnóstico Principal do Episódio Posterior [n (%)] *	
Não pertence ao grupo das Doenças Mentais	1286 (29,2%)
Pneumonia	70 (1,6%)
Infeção Trato Urinário	42 (0,9%)
Pertence ao grupo das Doenças Mentais	3125 (70,8%)
Outras Psicoses	1877 (60,1%)
Perturbações Neuróticas, Perturbações da Personalidade e outras Perturbações mentais não psicóticas	947 (30,3%)
Psicoses Orgânicas	208 (6,7%)
Deficiência Intelectual	93 (3,0%)
Número de Diagnósticos Secundários [n (%)] *	
1	896 (20,7%)
2	626 (21,2%)
3	436 (20,8%)
4	334 (21,9%)
5	242 (21,6%)
6 ou +	703 (24,5%)
Dias de Internamento [n (%)] *	
Média (± desvio padrão)	17,67 (± 31,64)
0 a 6 dias	1239 (24,0%)
7 a 13 dias	1202 (21,5%)
14 a 20 dias	862 (22,1%)
21 ou + dias	1152 (20,9%)
Dias de até novo episódio [n (%)]	
Média (± desvio padrão)	72,76 (±74,25)
Até 9 dias	759 (17%)
10 a 19 dias	607 (13,6%)
20 a 29 dias	438 (9,8%)
30 ou mais	2651 (59,5%)

Número de Episódios/ Utente [n (%)]	
Média	1,3
Destino após alta [n (%)]	
Domicílio	4178 (22,4%)
Saída contra parecer médico	151 (19,8%)
Falecido	0 (0,00%)
Outros	8 (6,3%)
Oferta de Ambulatório	
Número de Unidades sócio- ocupacionais [n (%)] *	
0	939 (21,4%)
1	755 (20,5%)
2	1223 (24,3%)
3	241 (20,3%)
4	186 (21,4%)
11	950 (21,5%)
Número de Unidades Residenciais [n (%)] *	
0	1694 (21,0%)
2	427 (20,9%)
3	352 (24,1%)
4	871 (24,4%)
17	950 (21,5%)

*Diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado (p<0,05)

Da análise da tabela, pode-se verificar que os episódios com internamento posterior, leia-se *episódios com internamento posteriores sem restrição do número de dias após a alta*, corresponderam a 22,1% episódios da amostra em estudo.

Assim, este tipo de episódios de internamento foram mais frequentes em utentes do género masculino (27,1%), não existindo significância estatística no teste efetuado para concluir-se que existe relação entre o género e a frequência de episódios posteriores.

A idade que apresentou maior frequência destes episódios situou-se entre os 25 e 64 anos. Contudo, a nível de representatividade comparativamente à amostra total, existiu uma maior

ocorrência de episódios idade superior a 65 anos (23,4%), com significância estatística ($p < 0,05$) para se poder afirmar que a idade é um fator de risco para a ocorrência de episódios posteriores.

Quando se analisou os episódios posteriores relativamente às regiões dos utentes, a região do “Norte” destacou-se (34,0%), comparativamente aos episódios de internamento por região na amostra total, com significância estatística ($p < 0,05$).

Quando se analisou os episódios com internamento posterior relativamente ao diagnóstico principal, cerca de 3125 (70,8%), apresentavam diagnóstico principal pertencente ao grupo das doenças mentais, enquanto que 1286 (29,2%) correspondiam a episódios em que a causa de admissão não pertencia ao grupo das doenças mentais ($p < 0,05$). Ao desagregar-se o grupo em que a causa de admissão pertencia às doenças mentais, observou-se que cerca de 1877 (60,1%) correspondiam a episódios classificados como “*Outras Psicoses*”, seguindo-se de 947 episódios (30,3%) classificados como “*Perturbações Neuróticas, Perturbações da Personalidade e outros Perturbações mentais não psicóticas*”. Da desagregação dos episódios que não tinham diagnóstico pertencente ao grupo das doenças mentais, verificou-se que os episódios com frequências mais elevadas, eram classificadas em 1,6% (70) dos casos, como “*pneumonia*”, seguindo-se das “*infecções do trato urinário*” (42-0.9%).

O número de episódios posteriores aumentou à medida que o número de diagnósticos secundários aumentava, verificando-se 24,3% de episódios em utentes com 6 ou + diagnósticos secundários, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Os 4455 episódios com internamento posterior corresponderam a 3348 utentes, sendo a média de episódio por utente de 1,3 internamentos, variando entre 1 e 35 episódios, semelhante ao que se observou para a amostra total.

Ao analisar as características específicas de cada episódio, decorreram mais de 30 dias até um novo episódio (59,5%), embora em 17% dos episódios, o novo episódio decorra até 9 dias após a alta. A média até à ocorrência de um novo episódio, situou-se nos 72,76 dias. Por outro lado, internamentos com duração inferior a 7 dias apresentaram mais episódios posteriores (24,0%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). A média de dias de internamento dos episódios posteriores situa-se nos 17,67 dias. Relativamente, à relação entre o número de ofertas de ambulatório e os episódios com internamento posterior, registou-se uma maior frequência de episódios, em locais onde o número de unidades sócio-ocupacionais foi 2 (24,3%) ($p < 0,05$). Por outro lado, 24,4 % destes internamentos ocorrem em locais onde existia 4 unidades residenciais ($p < 0,05$).

5.3 Caracterizar episódios de internamentos em SMP que dão origem a readmissões, em termos de perfil do internamento e utente

Quadro 4 - Caracterização dos episódios com Readmissão

Episódios com Readmissão [n (%)]	274 (1,2%)
Sexo Masculino [n (%)] *	171 (1,6%)
Idade*	
15 a 24 anos [n (%)]	17 (0,90%)
25 a 44 anos [n (%)]	41 (0,50%)
45 a 64 anos [n (%)]	74 (0,90%)
65 ou + anos [n (%)]	142 (3,8%)
Região [n (%)]	
Norte	86 (1,1%)
Centro	99 (1,5%)
Lisboa	59 (1,3%)
Alentejo	21 (0,9%)
Algarve	7 (0,8%)
Diagnóstico Principal da Readmissão [n (%)] *	
Não pertence ao grupo das Doenças Mentais	159 (12,4%)
Pneumonia	14 (0,1%)
Infeção Trato Urinário	5 (0,03%)
Pertence ao grupo das Doenças Mentais	105 (3,5%)
Psicoses Orgânicas	48 (0,5%)
Outras Psicoses	20 (0,2%)
Perturbações Neuróticas, Perturbações da Personalidade e outras Perturbações mentais não psicóticas	40 (0,4%)
Deficiência Intelectual	1 (0,00%)

Número de Diagnósticos Secundários [n (%)] *	
1	37 (0,8%)
2	38 (1,2%)
3	28 (1,2%)
4	28 (1,5%)
5	27 (1,9%)
6 ou +	89 (1,2%)
Dias de Internamento [n (%)] *	
Média (± desvio padrão)	11,59 (± 4,81)
0 a 6 dias	95 (1,4%)
7 a 13 dias	90 (1,5%)
14 a 20 dias	49 (1,2%)
21 ou + dias	40 (0,70%)
Dias até um novo episódio [n (%)] *	
Média (± desvio padrão)	12,13 (± 8,30)
Até 9 dias	118 (5,2%)
10 a 19 dias	79 (12,7%)
20 a 29 dias	70 (15,8)
30 ou mais	7 (0,3%)
Número de Episódios/ Utente [n (%)]	
Média	1
Destino após alta [n (%)]*	
Domicilio	274 (1,4%)

Oferta de Ambulatório	
Número de Unidades sócio- ocupacionais [n (%)]*	
0	65 (1,4%)
1	64 (1,7%)
2	55 (0,8%)
3	18 (1,5%)
4	7 (0,8%)
11	59 (1,3%)
Número de Unidades Residenciais [n (%)]*	
0	129 (1,5%)
2	25 (1,2%)
3	16 (1,0%)
4	39 (0,8%)
17	59 (1,3%)

*Diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste do qui-quadrado ($p < 0,05$)

Da análise da tabela, pode-se verificar que os episódios de internamento com readmissão, leia-se *episódios de readmissão ocorridos até 30 dias após a alta*, corresponderam a 1,2% da amostra em estudo.

Assim, os valores com maior relevo nos episódios com readmissão observaram-se nos utentes do género masculino (1,6%). Na amostra total, o número de episódios de internamentos foi superior no género feminino (52,9%) não havendo porém uma relação estatisticamente significativa entre o número de readmissões e o género dos utentes ($p > 0,05$). Os idosos apresentaram maior número de readmissões (3,8%) com significância estatística ($p < 0,05$).

Quando se analisou os episódios de readmissões relativamente às regiões dos utentes não existiu um padrão claro que se destacasse, embora houvesse um ligeiro aumento na região Centro (1,5%). Esta relação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Ao analisar-se os episódios com readmissão relativamente ao diagnóstico principal, cerca de 159 (12,6%) apresentaram diagnóstico principal não pertencente ao grupo das doenças mentais, enquanto que 105 (3,5%) correspondiam a episódios em que a causa de admissão pertencia ao grupo das doenças mentais ($p < 0,05$). Apesar da frequência absoluta da amostra ser reduzida (159), ao desagregar-se o grupo em que a causa de admissão não pertencia às doenças mentais,

verificou-se que os episódios com frequências mais elevadas (os restantes códigos de classificação variam entre 1 a 9 por episódio), eram classificadas em 0,9% (14) dos casos, como “*pneumonia*”. Da desagregação dos episódios que tinham diagnóstico pertencente do grupo das doenças mentais, observou-se que cerca de 48 correspondiam a episódios classificados como “*psicoses orgânicas*”, seguindo-se de 40 episódios classificados como “*Perturbações Neuróticas, Perturbações da Personalidade e outros Perturbações mentais não psicóticas*”. Assim, existe relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para se poder afirmar que a causa que leva às readmissões não tem por base um diagnóstico psiquiátrico. Este resultado vai de encontro ao facto de existirem mais episódios de readmissão em utentes que apresentam 6 ou mais diagnósticos secundários, embora neste caso não exista uma relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), de acordo com o teste aplicado.

Relativamente, as características dos 274 episódios de readmissão, estes corresponderam a 264 utentes, sendo a média de readmissão de 1 internamento por utente, variando entre 1 e 2 episódios.

A duração destes episódios, variou entre 0 e 13 dias, embora não apresentassem valores muito diferentes entre si, (1,4 % e 1,5% respetivamente), sendo a média de dias do episódio de reinternamento de 11,59 dias. Por outro lado, o episódio de reinternamento ocorreu entre o 20º e o 29º dia, (15,8%), com uma média de 12,13 dias até o novo episódio, com significância estatística para a existência de relação entre estas duas variáveis ($p < 0,05$). O destino pós alta foi o domicílio em todos os utentes readmitidos no espaço de 30 dias após a alta (1,4%) ($p < 0,05$).

Ao analisar a oferta de estruturas de ambulatório, não existiu uma marcada relação entre o número de unidades sócio-ocupacionais e a ocorrência de episódios de readmissão ($p < 0,05$), embora se possa observar que maiores frequências ocorrem em locais onde apenas existia 1 unidade sócio-ocupacional (1,7%). Por outro lado, 1,5 % destas readmissões ocorreu em locais onde não existia unidades residenciais ($p < 0,05$).

Em resumo, dos 22414 episódios, 16450 (73,4%) correspondiam a internamentos únicos, sem readmissão associada, sendo os restantes 4455 (22,1%) episódios com internamentos posteriores. Destes 4455 episódios, 274 (1,2%) referiam-se a episódios com readmissão. Cada utente apresentou uma média de 1,3 episódios de internamento.

De acordo com os resultados anteriores e apesar do tamanho da amostra por vezes traduzir-se em frequências reduzidas para as variáveis em estudo, existiram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao aumento da ocorrência de episódios posteriores e de readmissão em utentes da região Norte e Centro, independentemente do género, com incidência nas faixas etárias do adulto e idoso. A causa de admissão não apresentou um padrão distinto em ambas as variáveis dependentes, sendo o comportamento inverso, isto é, nos episódios com internamento

posterior a maior frequência de casos, ocorreu em causas de admissão com diagnóstico principal pertencente ao grupo das doenças mentais e nos episódios com readmissão, estes ocorreram na maioria, em casos com diagnóstico não pertencente ao grupo das doenças mentais. No entanto, foi notório, que muitos episódios posteriores e de readmissão são classificados com diagnósticos principais não pertencentes ao grupo das doenças mentais, podendo resultar de complicações, comorbilidades ou doença aguda posterior. Parece ainda existir relação entre a ocorrência dos episódios com internamento posterior e readmissão e reduzidos dias de internamento. Os episódios de readmissão apresentaram em média, menor número de dias de internamento e um menor número de dias até à ocorrência do episódio de readmissão. Relativamente às ofertas de estruturas de apoio na comunidade e mais uma vez, tendo em conta, o tamanho da amostra e as reduzidas frequências, observou-se diferenças estatisticamente significativas relativamente ao menor número existente destas estruturas nos distritos correspondentes e o aumento da frequência de episódios com internamentos posteriores e com readmissão

VI. DISCUSSÃO

6.1 Discussão Metodológica

POPULAÇÃO EM ESTUDO

Neste estudo, teve-se como objetivo analisar a utilização hospitalar, com enfoque nos episódios com internamentos posteriores e com readmissão, em utentes admitidos com diagnóstico psiquiátrico, nos hospitais públicos portugueses, que tiveram alta durante o ano 2013, excluindo à partida os episódios de internamento registados em hospitais privados e nas Regiões Autónomas. Por outro lado, o período de análise foi reduzido (apenas 1 ano), o que dificultou a comparação com a evidência empírica existente, que remete-se na sua maioria para períodos de análise superiores.

Assumi-se para o efeito, que apenas poderiam ser episódios que tivessem como diagnóstico de admissão/principal uma perturbação psiquiátrica. Neste sentido e com base em outros autores que também estudaram episódios com diagnóstico de admissão de perturbação mental (Neto e Silva, 2008; Lin e Lee, 2009), selecionaram-se os episódios de internamento com código do diagnóstico principal entre 290 e 319, da ICD-9-MC (Anexo 1-Códigos).

O motivo pelo qual se selecionou as perturbações mentais como tema de fundo deveu-se ao facto de em Portugal existir uma elevada prevalência destas perturbações, representando mais de um quinto da população portuguesa (22,9%), sendo dos países com maior prevalência (apenas a Irlanda e os EUA apresentavam uma prevalência superior à realidade portuguesa (DGS-PNSM, 2014)). Por outro lado, as readmissões em SMP, são atualmente recomendadas enquanto indicador de qualidade dos cuidados prestados nesta área de especialidade, tanto a nível do internamento como em ambulatório (OCDE, 2014), sendo os estudos existentes em Portugal reduzidos, justificando desta forma a pertinência desta análise.

O critério de exclusão do estudo teve por base episódios de admissão planeadas, através da aplicação do algoritmo de exclusão de readmissões planeadas (Horwitz *et al.*, 2014) visto estas serem consideradas episódios de internamentos que não são determinados pela qualidade dos cuidados anteriores e por isso não devem ser incluídos no numerador do respetivo indicador. Segundo Fisher *et al.*, (2012), nem sempre os estudos sobre readmissões distinguem claramente os episódios de urgência dos planeados e evitáveis. Ainda segundo os mesmos autores, uma readmissão não planeada não significa relação direta com os cuidados de saúde prévios, sendo

importante balancear outras variáveis para se retirar conclusões. Poderia assim ter sido interessante validar a aplicação do algoritmo de exclusão de readmissões planejadas, comparativamente aos resultados sem aplicação do mesmo.

A amostra final do estudo resultou em 22414 episódios válidos de internamentos em Saúde Mental e Psiquiatria no ano de 2013, que comparativamente a outros estudos no âmbito das readmissões ($N=274$) é reduzida (Sousa-Pinto *et al.*, 2013; Ahmedani *et al.*, 2015).

VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis dependentes e explicativas foram selecionadas tendo por base estudos consultados sobre esta temática e a informação disponível nos resumos de alta, constantes no conjunto mínimo básico de dados para Administração Central do Sistema de Saúde do Continente. Ainda que tenham sido incluídas algumas variáveis que podem ser consideradas fatores de risco, caso estivessem disponíveis, poderiam ter sido consideradas outras, como a gravidade, para que o ajustamento pelo risco fosse mais completo (Iezzoni, 2003).

Os episódios de internamento foram agrupados de acordo com as suas características e os objetivos do estudo, nomeadamente:

Considerou-se apenas os episódios com readmissão que ocorreram no período de 30 dias após a alta, visto poderem ser resultado de cuidados anteriores ou reflexo de altas precoces, sendo segundo este ponto de vista, evitáveis (Benbassat e Taragin, 2000). Este período de tempo garante também que os hospitais possam articular com os serviços da comunidade, numa perspetiva de continuidade dos cuidados (Brote *et al.* 2012; McCormack *et al.* 2013; Horwitz *et al.*, 2014). No entanto, outros autores consideram um período de tempo pós alta superior aos 30 dias pelo que foi objeto de estudo, os episódios com internamentos posteriores, independentemente do número de dias pós alta. Estes episódios remetem-se a utentes, que apresentaram mais que um episódio de internamento no ano de 2013. Pretendeu-se com esta opção, ir além do fator temporal, considerando a influencia das características individuais e patológicas dos utentes (Maurer e Ballmer, 2004; Rumball-Smith e Hider, 2009; Demir *et al.*, 2008; Fischer, Anema, Klazinga, 2012).

Os diagnósticos principais foram agregados de acordo com os grupos de diagnósticos do ICD-9-MC. Note-se que os resultados obtidos, podem refletir a variabilidade dos sistemas de classificação e diagnóstico (Hay *et al.*, 1996; Filit *et al.*, 2002), utilizados por um lado pelos sistemas de saúde aquando da codificação, que podem derivar de diferentes versões do mesmo sistema de classificação e por outro lado, os diversos instrumentos de classificação que estão na base da prática clínica psiquiátrica (recorrendo muitas vezes não só à classificação internacional de doenças, mas também ao “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM”

(Neto e Silva, 2008; Chakraborty e Aryiku, 2008; Moss *et al.*, 2014)). Steinbusch *et al.* (2007) encontrou diferenças significativas na codificação clínica entre sistemas de classificação de doentes dos Estados Unidos, Austrália e Holanda. Também Klaus *et al.* (2005) realizou um estudo na Alemanha que visava verificar a qualidade da codificação nos estados de Hessen e Main, tendo revelado que 34% dos diagnósticos e 15% dos procedimentos eram sobre-codificados e 9% e 2% sub-codificados respetivamente.

Os distritos, por sua vez, foram agregados de acordo com a classificação NUTS II, que divide Portugal continental em 5 regiões- Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve (DR. Portaria n.º255/2002 de 5/11).

O número de estruturas disponíveis em ambulatório foi calculado com base na informação existente sobre a oferta disponível em cada distrito, tendo-se imputado este número a todos os residentes de cada distrito. No entanto, não foi realizado um ajustamento pelo número de habitantes residentes em cada distrito, assim como, sobre as características individuais de cada unidade, que podem ser diferentes ao nível das dotações e programas existentes, não sendo possível uma comparação fidedigna. Por outro lado, apenas foi analisada a oferta de estruturas de ambulatório público, excluindo à partida as estruturas existentes a nível privado.

METODOLOGIA

Procedimentos similares foram adotados para estudar as readmissões (Neto e Silva, 2008; Chakraborty e Aryiku, 2008; Sousa-Pinto *et al.*, 2013; Herazo, 2014). Porém, a análise estatística não revelou, em alguns dos casos, um modelo explicativo direto de relação entre as variáveis com maior significância do estudo.

6.2 Discussão de Resultados

Relativamente à caracterização dos episódios com internamento posterior e com readmissão e tendo em conta a limitação já identificada anteriormente sobre a representatividade do tamanho destes episódios, os resultados obtidos vão de encontro aos referenciados em outros estudos na literatura.

As características demográficas dos utentes, como a idade, o sexo e as comorbilidades existentes influenciam os internamentos posteriores e readmissões (Sicras e Navarro, 1993; Fernandez *et al.*, 1997; Benbassat e Taragin, 2000, Billings *et al.*, 2006; Jweinat, 2010, Moss *et al.*, 2014). É reconhecido maiores taxas maiores de readmissão e uso de recursos em idosos e do género masculino (Sicras e Navarro, 1993; Benbassat e Taragin, 2000; Moloney, Bennett e Silke, 2004; Garcia-Perez *et al.*, 2011; Moss *et al.*, 2014; Adams, 2015), o que vai de encontro aos

resultados obtidos. Esta variabilidade atribuída às características individuais dos utentes, fundamenta assim, toda uma necessidade de se analisar as taxas de readmissão à luz de instrumentos de ajustamento pelo risco (Vigod *et al.*, 2014), que não foi realizado neste estudo.

Em relação às diferenças geográficas e os episódios de internamento posterior e readmissão, a evidência empírica não é consensual. Neste estudo nos resultados encontrados, destacou-se uma menor frequência de casos das regiões mais ruralizadas (Alentejo, Algarve) que podem refletir a inexistência de oferta dos cuidados especializados do âmbito deste estudo (SMP). No entanto, os valores obtidos vão de encontro às características gerais da população em estudo, visto terem ocorrido mais internamentos nas regiões do Norte, Centro e Lisboa, podendo os resultados encontrados estarem a ser influenciados pelo número de habitantes existentes por distrito. Por outro lado, outros estudos, indicam uma relação clara entre a oferta e a procura, hospitais com maior número de camas disponíveis, apresentam maior número de internamentos psiquiátricos (Almog *et al.*, 2004; Bradley *et al.*, 2011), assim como, a relação entre a proximidade física com os hospitais (Almog *et al.*, 2004). Seria assim interessante, relacionar os dados obtidos com a disponibilidade de camas dos hospitais e não só com a residência dos utentes. Segundo a OCDE (2014) em Portugal, as admissões hospitalares de cariz médico, podem ser duas a três vezes maiores em algumas regiões do que em outras, podendo resultar da disponibilidade de camas ou da qualidade dos cuidados de saúde primários. Teria sido interessante ainda correlacionar as diferenças geográficas com a distribuição dos diagnósticos psiquiátricos, que neste estudo não foi realizado.

Das características da causa de admissão dos episódios de internamentos nomeadamente os diagnósticos, existem dois tipos de análises que podemos retirar dos resultados, a análise referente ao grupo de diagnósticos do ICD-9-MC a que pertencem e dentro dos grupos, as classificações a que pertencem.

Na amostra total, quando se procedeu ao agrupamento dos diagnósticos, cerca de 10885 (48,6 %) apresentavam diagnóstico principal classificado como “*Outras Psicoses*”, enquanto 8332 episódios (37,2%) diziam respeito a “*Perturbações Neuróticas, Perturbações da Personalidade e outros Perturbações mentais não psicóticas*”. Ao analisar o número de diagnósticos secundários por episódio de internamento verificou-se que o maior número de internamentos ocorreu em utentes com 1 ou com mais de 6 diagnósticos secundários.

Estes primeiros resultados encontrados, são similares aos encontrados quando analisamos os episódios com internamento posterior. Observou-se que na maioria dos casos, os episódios apresentaram diagnósticos pertencentes ao grupo das doenças mentais (70,8%). Destes 60,1% são episódios classificados como “*Outras Psicoses*” e 30,3% como “*Perturbações Neuróticas, Perturbações da Personalidade e outros Perturbações mentais não psicóticas*”.

Os resultados incluíram uma grande parte dos diagnósticos referidos na literatura com maior probabilidade de internamentos posteriores, nomeadamente, perturbação bipolar, depressão, esquizofrenia e perturbação da personalidade (Korkeila *et al.*, 1998; Bernardo e Forchuk, 2001; Lin *et al.*, 2010; Moss *et al.*, 2014). É ainda descrito uma associação marcada entre episódios de internamento posterior e alterações psicopatológicas derivadas do abuso de substâncias (perturbações mentais não psicóticas) (Haywood *et al.*, 1995), que suporta os resultados obtidos.

Por outro lado, ainda que em menor número, 29,2% destes episódios posteriores não dizem respeito a diagnósticos pertencentes ao grupo das doenças mentais, destacando-se os classificados como “*Pneumonia*” (1,6%) e “*Infeções do Trato Urinário*” (0,9%).

Relativamente aos episódios com readmissão, observou-se o inverso, nomeadamente, 12,4% dos episódios não pertenciam ao grupo das doenças mentais comparativamente aos 3,5% que pertenciam.

Os diagnósticos não incluídos no grupo das doenças mentais com frequências superiores de internamento com readmissão, mantiveram-se os classificados como “*Pneumonia*” e “*Infeções do Trato Urinário*”, sendo que os restantes episódios encontravam-se diluídos por diversos diagnósticos e com frequências inferiores a 5. O facto do diagnóstico principal dos episódios com readmissão não pertencer ao grupo de doenças mentais, á partida exclui a recorrência ou persistência do episódio de doença que motivou a admissão no internamento anterior, podendo atribuir-se causa a complicações. (Graham e Livesley, 1983; Clarke, 1990; Van Walraven *et al.*, 2011; Fischer, C. Anema, H. Klazinga, N., 2012). Segundo alguns autores, a patologia psiquiátrica enquanto associada a outra doença principal, pode aumentar a probabilidade de readmissão (Leue *et al.*, 2010; Hussian e Steiz, 2014; Prina *et al.*, 2015). Por outro lado, existem estudos que referem taxas 5 % superiores de readmissões com diagnóstico de pneumonia com uma comorbilidade psiquiátrica em comparação com aqueles sem uma comorbilidade psiquiátrica (21,7% e 16,5 %) (Ahmedani *et al.*, 2015).

Os episódios com readmissão inclusos no grupo das doenças mentais, referem-se a “*Psicoses Orgânicas*” (0,5%) e “*Perturbações Neuróticas, Perturbações da Personalidade e outros Perturbações mentais não psicóticas*” (0,4%). Em Portugal, Guerreiro *et al.* (2009), durante um estudo observacional de dois anos, ao analisarem as readmissões psiquiátricas num hospital geral português, concluíram uma relação entre a readmissão e os diagnósticos psiquiátricos (DP), nomeadamente, 30,8% com DP de esquizofrenia, 14% com DP de perturbação bipolar I, 13, 1% com DP de depressão major, entre outros. Segundo Filit *et al.*, (2002), as psicoses orgânicas são grosseiramente codificadas em ambiente hospitalar e em ambulatório, devido a erros de diagnóstico, limitações do sistema de codificação e às questões de reembolso. Greco *et al.*, (2005) atribui os erros de diagnóstico à limitação do ICD-9/ICD-10 e aos valores dos

GDH's, que podem influenciar os codificadores. Riedel-Heller *et al.* (2001), ao estudar a precisão dos diagnósticos de demência (psicose orgânica) pelo ICD-10 e DSM, observou que o ICD-10 define um limite superior para o diagnóstico. Cheng *et al.* (2009) classifica estes erros como má qualidade dos dados que provocam erros de documentação, erro no diagnóstico principal, no diagnóstico secundário e consequente erro na atribuição de GDH. Dado as dificuldades de diagnóstico sentidas, outros estudos tem sido realizados no sentido de definir estratégias de uniformização da codificação clínica (Aboraya *et al.*, 2006).

Quando se analisou o número de diagnósticos secundários por utente, houve uma maior expressão em utentes com 6 ou mais diagnósticos secundários, seguidos dos que apresentaram 1, 2 ou 3. Este facto valida o que já foi dito anteriormente sobre o aumento do risco de readmissão em casos em que existe comorbilidades associadas (Leue *et al.*, 2010; Hussian e Steiz, 2014; Prina *et al.*, 2015; Ahmedani *et al.*, 2015). Pode também ser interessante aprofundar futuramente este estudo no que diz respeito à análise do tipo de diagnósticos secundários e das combinações mais frequentes de dois ou mais destes diagnósticos.

Em relação às características dos episódios de internamento, os episódios de internamento único representaram 73,4% da amostra, sendo que os restantes 5964 (26,6%) dos episódios corresponderam a episódios com internamentos posteriores. Destes 5964 episódios, 274 (1,2%) referiam-se a episódios com readmissão.

Estes valores encontram-se abaixo do que é referido na evidência empírica internacional, que descrevem taxas de readmissão entre os 22% e 80% (Durbin *et al.*, 2007; Yussuf *et al.*, 2008; Priebe *et al.*, 2009).

No último relatório “ Making Mental Health Count” da OCDE (2014), é referido que as taxas de readmissão a 30 dias para o mesmo hospital em Portugal, são reduzidas comparativamente a outros países, independentemente do diagnóstico médico, estando esta conclusão de acordo com os resultados encontrados. Também Sousa-Pinto *et al.* (2013) ao analisarem os internamentos hospitalares públicos entre 2000 a 2008 concluíram que a Grande Categoria Diagnóstica 19 “ Doenças e perturbações mentais”, apresentava uma taxa de 4,8 % de readmissões hospitalares.

No entanto, estes resultados podem refletir o facto de a metodologia aplicada ter sido diferente, assim como, o tamanho da população inicial ser superior ao do presente estudo, visto a maior parte dos estudos, remeterem-se para mais que um ano de análise. Por outro lado, se não aplicarmos o critério temporal do episódio de readmissão ocorrer até 30 dias seguintes após a alta, considerando os episódios com internamento posterior, a taxa encontrada (26,6%), vai ao encontro do que é descrito na literatura e referido anteriormente (Durbin *et al.*, 2007; Yussuf *et al.*, 2008; Priebe *et al.*, 2009; Ahmedani *et al.*, 2015).

É também referido na evidência empírica, a relação encontrada nesta análise, ente o número de dias de internamento e a frequência de episódios com internamento posterior e readmissão, que ocorrem em episódios com duração inferior a 14 dias, havendo referência à relação entre reduzidos dias de internamento e o aumento das taxas de readmissão (Basu, Howell e Gopinath, 2010; Heggstad, 2002), embora não seja consensual (Dallal e Trang, 2012; Dunlay *et al.*, 2012).

Relativamente ao número de dias até ocorrência de novo episódio de internamento (internamento posterior e readmissão) estes ocorrem no caso dos internamentos posteriores após 21 dias (média de 72,76 dias), enquanto que nos internamentos com readmissão, ocorrem em 15,8% nos primeiros entre os 20 e 29 dias, havendo uma frequência elevada ($N = 118$) de episódios que ocorrem nos primeiros 9 dias após a alta (média de 12,13 dias). Estes dados suportam a ideia já referida em vários pontos deste trabalho acerca da importância dos estudos de readmissões na “janela de tempo” dos 30 dias após a alta. Um aumento do tempo considerado aumenta a probabilidade de readmissões não relacionadas com a admissão prévia e não relacionada com a qualidade dos cuidados em internamento e ambulatório (Maurer e Ballmer, 2004; Demir *et al.*, 2008; Rumbal-Smith e Hider, 2009). Maurer e Ballmer (2004) defendem ainda que as janelas de tempo nas readmissões devem ter em conta as características da doença (sintomas, gravidade) e dos utentes, que neste estudo não foi feito, embora tenha sido analisado os episódios com internamento posterior e com readmissão em relação aos diagnósticos psiquiátricos e variáveis demográficas específicas.

Foi ainda analisado a relação entre oferta de estruturas de ambulatório nos diferentes distritos e a ocorrência de episódios de internamento, dada a importância descrita na literatura sobre os cuidados de saúde em ambulatório no pós alta (IsHak, Burt e Sederer, 2002; Reynolds *et al.* 2004; Cougnard *et al.*, 2006; Bradley *et al.*, 2013; PNSM 2007-2016). Na amostra total, em 4717 (21%) episódios de internamento, existiam 11 unidades sócio-ocupacionais no distrito de residência, comparativamente a 4584 (20,5%) dos episódios em que não existe nenhuma unidade sócio-ocupacionais. Em relação às unidades residenciais, existiram 8413 (37,5%) de episódios de internamento que ocorreram em locais onde não existia nenhuma oferta destas estruturas. Relativamente, à relação entre o número de ofertas de ambulatório e os episódios com internamento posterior, registou-se uma maior frequência de episódios, em locais onde o número de unidades sócio-ocupacionais foi de 2 (24,2%). Por outro lado, 24,4 % destes internamentos ocorreram em locais onde existia 4 unidades residenciais. Ao analisar a oferta de estruturas de ambulatório nos episódios com readmissão, observou-se que a maior frequência de episódios ocorreu em locais onde apenas existia 1 unidade sócio-ocupacional (1,7%). Por outro lado, 1,5 % destas readmissões ocorreu em locais onde não existia unidades residenciais. No entanto, a utilização destes dados, pode ser ambíguo, visto também neste caso, não ter sido

realizado um ajustamento pelo número de habitantes residentes em cada distrito, assim como, sobre as características individuais de cada unidade, que podem ser diferentes ao nível das dotações e programas existentes, não sendo possível uma comparação fidedigna.

VII. CONCLUSÃO

Com a reforma dos cuidados de saúde, decisores políticos, gestores e os prestadores de cuidados de saúde, tornaram-se cada vez mais preocupados com a ocorrência de episódios com internamento posteriores e readmissões (Viggianoa, Pincusb e Crystala, 2012). O interesse no estudo destes episódios prende-se com o facto de estes serem indicadores de qualidade ligados aos cuidados de saúde prestados ao nível do internamento e ambulatório (Hermann *et al.*, 2006; Vigod *et al.*, 2013) numa área de especialidade com prevalência elevada, assim como, pelos custos elevados associados ao consumo de recursos destes internamentos. Esta informação permite aos gestores em saúde desenvolverem estratégias de intervenção com vista à redução da despesa em saúde e à efetividade dos serviços e assim contribuir para ganhos em saúde (Mojtabai, Nicholson e Neesmith, 1997; Lieberman *et al.*, 1998; Bobo *et al.*, 2004). Segundo a OCDE (2014), cerca de 5 % da população em idade ativa, apresenta uma perturbação mental, sendo que em Portugal as perturbações psiquiátricas têm vindo a aumentar, afetando neste momento mais de um quinto da população (DGS-PNSM, 2014). É ainda importante referir, que a redução dos cuidados em internamento não essenciais, mais dispendiosos, para cuidados no ambulatório menos dispendiosos, pode libertar recursos e melhorar o acesso (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015).

Os objetivos deste trabalho, pretenderam apurar e caracterizar os episódios de internamento em saúde mental e psiquiatria, com enfoque na proporção de episódios com internamento posterior e com readmissão, nos hospitais públicos portugueses, no ano de 2013. A caracterização consistiu na análise de relações de variáveis que pudessem influenciar estes episódios. Para tal, recorreu-se a diferentes metodologias para responder aos objetivos, entre eles, uma metodologia adotada nos E.U.A., que visa, excluir as readmissões planeadas. Esta identificação permite numa primeira análise excluir readmissões que não são afetadas à qualidade dos cuidados de saúde e que não carecem de tratamento hospitalar (Horwitz *et al.*, 2014).

De acordo, com os objetivos definidos, apurou-se uma taxa de episódios com internamento posterior e com readmissão em SMP nos hospitais públicos em 2003, de 26,6 % e 1,2% respetivamente. Apesar das limitações já identificadas anteriormente relativas ao tamanho da amostra final, foi possível identificar um conjunto de fatores que podem influenciar episódios com internamento posterior e com readmissão, nomeadamente, a idade, os diagnósticos principais, o número de diagnósticos secundários, a duração do internamento e a oferta de estruturas de apoio em ambulatório. Por outro lado, observou-se que no caso dos episódios com readmissão, as causas não parecem estar relacionadas com a qualidade dos cuidados prévios, mas sim com a ocorrência de complicações ou a existência de comorbilidades. Por outro lado,

ao analisar os dias até à ocorrência destes mesmos episódios, podemos inferir que a continuidade dos cuidados de saúde no pós alta, não está a ser efetiva.

Por último, e de acordo com os resultados obtidos neste estudo e na evidencia empírica (Hansson *et al.*, 1995; Russo *et al.*, 1997; Korkeila *et al.*, 1998; Hendryx *et al.*, 2003; Bobo *et al.*, 2004; Almog *et al.*, 2004; Durbin *et al.*, 2007; Silva *et al.*, 2009; Sanchez, Jaramillo e Herazo, 2013; Vigod *et al.*, 2013; Vigod *et al.*, 2014; Moss *et al.*, 2014; Flannery e Flannery, 2014; Prina *et al.* 2015), conclui-se os episódios com internamento posterior e com readmissão a 30 dias, são indicadores pertinentes para a gestão das organizações de saúde e que deviam ser considerado no planeamento das políticas de cuidados de saúde, sendo que o caminho parece passar pela integração dos cuidados na comunidade, tanto a nível dos cuidados de Saúde Primários, como a nível dos cuidados especializados em SMP em ambulatório com os cuidados hospitalares.

VIII.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABORAYA, A.; RANKIN, E.; FRANCE, C.; EL-MISSIRY, A. **The Reliability of Psychiatric Diagnosis Revisited- The Clinician's Guide to Improve the Reliability of Psychiatric Diagnosis Psychiatry (Edgmont)** .[Em linha]. Vol. 3, nº1 (2006) p. 41–50.[Consultado a 10.11.2014].
- ADAMS, LY. KOOP, P. QUAN, H. NORRIS,C. **A population-based comparison of the use of acute healthcare services by older adults with and without mental illness diagnoses**. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing [Em linha]. Vol, 22 (2015), p. 39-46.[Consultado a 10.11.2014].
- AHMEDANI BK, et al. **Psychiatric comorbidity and 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, AMI, and pneumonia**. Psychiatr Serv. [Em linha]. Vol 1, nº66 (2015) p. 134-40.[Consultado a 10.11.2015].
- ALMOG, M., CURTIS, S., COPELAND, A., & CONGDON, P. **Geographical variation in acute psychiatric admissions within New York City 1990-2000: growing inequalities in service use?** Social Science & Medicine. [Em linha]. Vol. 59 (2004). P. 361-376.
- ASHTON, CM. et al. **The association between the quality of inpatient care and early readmission**. Annals of Internal Medicine. [Em linha]. Vol.122 (1995) p. 415-21. [Consultado a 4/12/2014].
- AUSTRALIAN GOVERNMENT. Australian Institute of Health and Welfare. **National Healthcare Agreement: PI 23-Unplanned hospital readmission rates**. QS. [Em linha]. (2013). Disponível em <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/507456>. [Consultado a 4/03/2015].
- BALLA,U. MALNICK, S. SCHATTNER, A. **Early readmissions to the department of medicine as a screening tool for monitoring quality of care problems**. Medicine (Baltimore). [Em linha]. Vol.87, nº5(2008). p. 294-300. [Consultado a 4/12/2014].
- BASU, A. HOWELL, R. GOPINATH, D. **Clinical performance indicators: Intolerance for variety?** Int J Health Care Qual Assur. [Em linha]. Vol.23, nº4 (2010), p. 436–49. [Consultado a 4/12/2014].
- BENBASSAT J, TARAGIN M. **Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations**. Arch Intern Med. [Em linha]. Vol.160 (2000), p.1074-81. [Consultado a 4/12/2014].
- BENBASSAT, J. TARAGIN, MI. **The effect of clinical interventions on hospital readmissions: a meta-review of published meta-analyses**. Isr J Health Policy Res. [Em linha]. Vol.2, nº1 (2013).
- BENTES M, URBANO J. **Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnósticos Homogêneos**. Vilamoura: Secretaria de Estado da Administração de Saúde - Sistemas de Informação para a Gestão de Serviços de Saúde. (1988).
- BERNARDO, AC. FORCHUK,C. **Factors Associated with readmission to a psychiatric facility**. Psychiatr Ser. [Em linha]. Vol.52, nº8 (2001), p. 1100-1102. [Consultado a 4/12/2014].
- BIDMAN, A. GRUMBACH,K. OSMOND, D. et al. **Preventable hospitalisations and access to health care**. JAMA. [Em linha]. Vol.274 (1995), p.305-11. . [Consultado a 12/12/2014].

BILLINGS J. ET AL. **Case finding for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify high risk patients.** BMJ. [Em linha]. (2006), p.333:327. [Consultado a 4/12/2014].

BILLINGS, J. et al. **Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City.** Health Affairs. [Em linha]. (1993), p. 162-73. [Consultado a 4/12/2014].

BOBO, WV. HOGE, CW. MESSINA, MA. PAVLOVCIC, F. LEVANDOWSKI, D. GRIEGER, T. **Characteristics of repeat users of an inpatient psychiatric service at a large military tertiary care hospital.** Milit Med. [Em linha]. Vol.199, n°8 (2004), p.648-653. [Consultado a 5/12/2014].

BORGES, M.; TURRINI, R. – **Readmissão em Serviço de Emergência: Perfil de Morbidade dos Pacientes.** Ver. Rene. [Em linha]. Vol.12, n°3(2011), p.453-461. [Consultado a 8/12/2014].

BRADLEY ET AL. **Hospital Strategies Associated With 30-Day Readmission Rates for Patients With Heart Failure. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes.** [Em linha]. n°6 (2013), p.444-450. [Consultado a 5/12/2014].

BROOKE, BS. DE MARTINO, RR. GIROTTI, M. DIMICK, JB. GOODNEY, PP. **Developing strategies for predicting and preventing readmissions in vascular surgery.** J Vasc Surg. [Em linha]. Vol.56, n°2 (2012), p. 556–62. [Consultado a 8/12/2014].

BYRNE SL, HOOKE GR, PAGE AC. **Readmission: a useful indicator of the quality of inpatient psychiatric care.** J Affect Disord. [Em linha]. Vol.126, n°1-2(2010), p. 206-13. doi: 10.1016/j.jad.2010.02.135.[Consultado a 5/12/2014].

CALLALY, T., HYLAND, M., TRAUER, T., DODD, S., & BERK, M. **Readmission to an acute psychiatric unit within 28 days of discharge: Identifying those at risk.** Australian Health Review. [Em linha]. Vol.34, n°3(2010), p.282-228.[Consultado a 5/12/2014].

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION AND STATISTICS CANADA. **Health Indicators 2011.** CIHI. [Em linha]. (2011).[Consultado a 17/12/2014].

CHAKRABORTY, N. AND ARYIKU, C. **Reasons for rapid readmission to general adult psychiatry wards.** Prog. Neurol. Psychiatry. [Em linha]. Vol.12 (2008), p. 14–18. doi: 10.1002/pnp.78. [Consultado a 04/12/2014].

CHAKRABORTY, N., & ARYIKU, C. **Reasons for rapid readmission to general adult psychiatry wards.** Progress in Neurology and Psychiatry. [Em linha].Vol.12, n°5 (2008), p. 14-18. [Consultado a 04/12/2014].

CHENG, P.; GILCHRIST, A.; ROBISON, KM.; PAUL, L. **The risk and consequences of clinical miscoding due to inadequate medical documentation: a case study of the impact on health services funding.** HIM J. [Em linha]. Vol.38, n°1(2009), p. 35-46. [Consultado a 18/12/2014].

CHENG, SH. CHEN, CC. HOU, YF. **A longitudinal examination of continuity of care and avoidable hospitalisation: evidence from a universal coverage health care system.** Arch Intern Med. [Em linha]. n°170 (2010), p.1671-7. [Consultado a 07/12/2014].

- CHRUSCH CA, OLAFSON KP, MCMILLAN PM, ROBERTS DE, GRAY PR. **High occupancy increases the risk of early death or readmission after transfer from intensive care.** Crit Care Med. [Em linha]. n°37 (2009), p. 2753-8. [Consultado a 04/12/2014].
- CLARKE A. **Are readmissions avoidable?**. Br Med J. [Em linha]. N° 301(1990), p. 1136-8. [Consultado a 05/12/2014].
- CLEARY, P. CARLSON, MJ. SHAUL, JA. EISEN, SV. **The influence of patient characteristics on ratings of managed behavioral health care.**J Behav Health Serv Res. [Em linha]. n°29 (2002), p.:481-489. [Consultado a 06/02/2015].
- COMMISSION FOR HEALTH IMPROVEMENT. **Psychiatric Readmissions (Adults of Working Age).** Commission for Health Improvement. [Em linha] (2003). [Consultado a 05/12/2014].
- COSTA C, LOPES S. **Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.4 (2004), p. 35-50.
- COSTA, C. **Avaliação do Desempenho: Razão de Ser.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.24, n°1 (2006), p. 3-4.
- COSTA, C. LOPES, S. **Avaliação do desempenho dos hospitais públicos em Portugal Continental.** Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa. (2005).
- COSTA, C. SANTANA, R. BOTO, P. **Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.7(2008), p. 67-102.
- COSTA, C. **Unidade Curricular do Curso de Administração Hospitalar.** Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa (2014).
- COSTA, C; COSTA, F; LOPES, S. **Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental (2009) – Resultados.** Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa (2009).
- COUGNARD,A. PARROT, M. GROLLEAU, S. KALMI, E. et al. **Pattern of health service utilization and predictors of readmission after a first admission for psychosis: a 2-year follow-up study.** Acta Psychiatrica Scandinavica. [Em linha]. Vol. 113, n°4 (2006), p. 340-9. [Consultado a 07/12/2014].
- DALLAL, RM. TRANG, A. **Analysis of perioperative outcomes, length of hospital stay, and readmission rate after gastric bypass.** Surg Endosc Interv Tech. [Em linha]. Vol 26, n°3(2012),p.754–8. [Consultado a 05/12/2014].
- DAMIANI G, FEDERICO B, VENDITTI A, SICURO L, RINALDI S, CIRIO F, et al. **Hospital discharge planning and continuity of care for aged people in an Italian local health unit: does the care-home model reduce hospital readmission and mortality rates?** BMC Health Serv Res. [Em linha]. Vol.9, n°22 (2009). [Consultado a 07/12/2014].
- DEMIR, E. CHAUSSALET, TJ. XIE, H. MILLARD, PH. **Emergency readmission criterion: a technique for determining the emergency readmission time window.** IEEE Trans Inf Technol Biomed. [Em linha]. Vol.12, n°5(2008), p. 644–9. [Consultado a 05/12/2014].
- DEPARTMENT OF HEALTH. **Emergency readmission rates (2008).** London: Department of Health.

DEPARTMENT OF HEALTH. The operating framework. [Em linha]. (2010). [Consultado a 08/12/2014].

Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/151906/dh_122736.pdf.

DESAI, AS. STEVENSON, LW. **Rehospitalization for heart failure: predict or prevent?** *Circulation* 24. [Em linha]. Vol.126, nº 4 (2012), p. 501–6. [Consultado a 05/12/2014].

DESPACHO N.º 10464/2008. DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª SÉRIE — N.º 70 — 9 de Abril de 2008. Disponível em <http://fnerdm.pt/2011/wp-content/uploads/2011/02/D10464-2008.pdf>. [4/12/2014].

DONABEDIAN, A. – **An Introduction to Quality assurance in Health Care**. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.(2003).

DONABEDIAN, A.. **The definition of Quality and Approaches to its Assessment**. *Health Administration Press*.3 (1980).

DUNLAY, SM. WESTON, SA. KILLIAN, JM. BELL, MR. JAFFE, AS. et al. **Thirty-day rehospitalizations after acute myocardial infarction: A cohort study**. *Ann Intern Med*. [Em linha]. Vol 157, nº1(2012), p.11–8. [Consultado a 5/12/2014].

DURBIN, J. LIN, E. LAYNE, C. TEED, M. **Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care?** *J Behav Health Serv Res*. [Em linha]. nº34 (2007), p. 137–50. [Consultado a 7/12/2014].

Eurofound. Access to healthcare in times of crisis. Luxembourg : Office of the European Union, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. [Em linha]. (2014). [Consultado a 7/12/2014]. Disponível em http://eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1442en.pdf.

EVANS, RL. HENDRICKS, RD. **Evaluating hospital discharge planning: a randomized clinical trial**. *Med Care*. [Em linha]. nº31 (1993), p. 358-70. [Consultado a 18/12/2014].

EXECUTIVE AGENCY FOR HEALTH AND CONSUMERS TENDER (EAHC/2010Health/04). European Profile of Prevention and Promotion of Mental Health (EuroPoPP_MH). [Em linha]. (2013).[Consultado a 05/12/2014]. Disponível em http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf.

FACCHINI, LA. PICCINI, RX. TOMASI, E. THUMÉ, E. TEIXEIRA, VA. SILVEIRA, DS. MAIA, MFS. SIQUEIRA, FV. RODRIGUES, MA. PANIZ, VV. OSÓRIO, A. **Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas**. *Cad Saude Publica*. [Em linha]. Vol.24, nº 1 (2008), p. S159-S172. [Consultado a 10/12/2014].

FARZANDIPOUR, M.; SHEIKTAHERI, A.; SADOOGHI, F. **Effective factors on accuracy of principal diagnosis coding based on International Classification of Diseases, the 10th revision (ICD-10)**. *Journal of Biomedical Informatics*. [Em linha]. (2010), p. 504–517. [Consultado a 20/01/2015].

FAUMAN, M. **Quality assurance monitoring in psychiatry**. *Am J of Psychiat* . [Em linha]. nº146 (1989), p. 1121-1130.[Consultado a 05/12/2014].

FERNANDEZ GJ, MARTINEZ GM, GARCIA RJ, BUENO CA, LARDELLI CP, GARCIA MM. **Factores asociados a la incidencia de reingresos hospitalarios.** Med Clin. [Em linha]. nº108 (1997), p. 4-8. [Consultado a 07/12/2014].

FILIT, H.; GELDMARCHER, DS.; WELTER, RT.; MASLOW, K.; FRASER, M. **Optimizing coding and reimbursement to improve management of alzheimers´ s disease and related dementias.** J Am Geriatr Soc. [Em linha]. Vol.50, nº11 (2002), p.1871-8. [Consultado a 22/01/2015].

FISCHER ,C. ANEMA, HA. KLAZINGA, NS. **The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate.** Eur J Public Health. [Em linha]. Vol. 22, nº4 (2012), p. 484–91. [Consultado a 18/12/2014].

FLANNERY RB. FLANNERY GJ. **International precipitants to psychiatric patient assaults in community settings: review of published findings, 2000-2012.** Psychiatr Q. [Em linha]. Vol.85, nº4 (2014), p. 391-6. doi: 10.1007/s1126-014-9305-7. [Consultado a 11/12/2014].

FORSTER, AJ. VAN WALRAVEN, C. **The use of quality indicators to promote accountability in health care: the good, the bad, and the ugly.** Open Med. [Em linha].Vol. 6, nº2 (2012), p.75-9. [Consultado a 11/12/2014].

FREITAS, J. – **Uso de Técnicas de Data Mining para Análise de Bases de Dados Hospitalares com Finalidades de Gestão.** (Tese de Doutoramento) – Doutoramento em Ciências Empresariais – Faculdade de Economia da Universidade do Porto. (2006).

FRIEDMAN,I. LUNDSTEDT, S.VON MERING, HINKO, EN. **Systematic Underestimation in Reported Mental Health Hospital Readmission Rates.**Am J Psychiatry. [Em linha]. nº 121 (1964), p. 148-52. [Consultado a 07/12/2014].

GARCIA-PEREZ L, LINERTOVA R, LORENZO-RIERA A, VAZQUEZ-DIAZ JR, DUQUE-GONZALEZ B, SARRIA-SANTAMERA A. **Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review.** QJM. [Em linha]. nº 104 (2011), p.639-51. [Consultado a 19/12/2014].

GASTAL FL, ANDREOLI SB, QUINTANA MI, ALMEIDA GAMEIRO M, LEITE SO, MCGRATH J. **Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses.** Rev Saude Publica. [Em linha]. Vol.34, nº3 (2000), p. 280-5. [Consultado a 23/01/2015].

GRAHAM H, LIVESLEY B. **Can readmissions to a geriatric medical unit be prevented?** Lancet. [Em linha].Vol.1 (1983), p. 404-06. [Consultado a 19/12/2014].

GU, Q. KOENIG, L. FAERBERG, J. STEINBERG, CR. VAZ, C. et al. **The medicare hospital readmissions reduction program: potential unintended consequences for hospitals serving vulnerable populations.** Health Serv Res.[Em linha]. Vol 49, nº3 (2014), p. 818-37. [Consultado a 13/12/2014].

GURERREIRO, D. NAVARRO, D. TELLES, P. MARTINS, E. TRIGO, M. SILVA, M. CARVALHO, M. GOIS, C. **Psychiatric inpatient in a general hospital: preliminary report of a two years observational study.** Eur.J.Psychiat. [Em linha]. Vol. 24, nº1(2009), p. 57-93. [Consultado a 08/12/2014].

HANSSON, L. ÖIESVOLD, T. GÖSTAS, G. KASTRUP, M. LÖNNERBERG, O. SAARENTO, O. et al. **The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: I. Treated point prevalence and characteristics of the psychiatric.** Acta Psychiatr Scand. [Em linha]. Vol. 91, nº 1(1995), p. 41-47. [Consultado a 08/12/2014].

HASAN M. **Readmission of patients to hospital: still ill defined and poorly understood.** Int J Qual Health Care. [Em linha]. nº13 (2001), p.177-9. [Consultado a 05/12/2014].

HAY, PJ.; TREVOR, P. **Casemix Funding in psychiatry: some problems and common pitfalls.** Australian Health Review. [Em linha]. Vol.19, nº2(1996), p. 125-133. [Consultado a 08/12/2014].

HAYWOOD TW, KRAVITZ HM, GROSSMAN LS, CAVANAUGH JL JR, DAVIS JM, LEWIS DA. **Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders.** Am J Psychiatry. [Em linha]. Vol. 156, nº 6(1995), p.856-61. [Consultado a 05/12/2014].

HEGGESTAD,T. **Do hospital length of stay and staffing ratio affect elderly patients' risk of readmission? - A nation-wide study of Norwegian hospitals.** Health Services Research. [Em linha]. Vol. 37, nº3(2002), p. 647-65. [Consultado a 18/12/2014].

HENDRYX, MS. RUSSO, JE. STEGNER, B. DYCK, GD. RIES, RK. ROY-BYRNE, P. **Predicting rehospitalization and outpatient services from administration and clinical databases.** J Behav Health Serv Res. [Em linha]. Vol.30, nº3(2003), p. 342-351. [Consultado a 08/12/2014].

HENNEMAN PL, GARB JL, CAPRARO GA, et al. **Geography and travel distance impact emergency department visits.** J Emerg Med. [Em linha]. nº40 (2011), p.333-9. [Consultado a 08/12/2014].

HENNEN, J. et al. **Readmissions rates, 30 days and 365 days post-discharge, among the 20 most frequent DRG groups, Medicare inpatients age 65 or older in Connecticut hospitals, fiscal years 1991, 1992 and 1993.** Conn Med. [Em linha]. nº59 (1995), p. 263-70. [Consultado a 05/12/2014].

HERMANN, RC (Ed). **Improving Mental Healthcare: A Guide to Measurement-Based Quality Improvement.** Washington DC: American Psychiatric Press, Inc. (2005).

HERMANN, RC. FINNERTY, M. PROVOST, S. PALMER, RH. CHAN, J. LAGODMOS, G. TELLER, T. MYRHOL, BJ. **Process measures for the assessment and improvement of quality of care for schizophrenia.** Schizophrenia Bull . [Em linha]. nº28 (2002), p. 95-104.[Consultado a 18/12/2014].

HERMANN, RC. LEFF, HS. PALMER, RH. YANG, D. TELLER, T. PROVOST, S. JAKUBIAK, C. CHAN, J. **Quality measures for mental health care: results from a national inventory.** Med Care Res Rev. [Em linha]. (2000). [Consultado a 18/12/2014].

HERMANN, RC. MATTKE, S. SOMEKH, D. SILFVERHIELM, H. GOLDNER, E. GLOVER, G. PIRKIS, J. MAINZ, J. CHAN, JA. **Quality indicators for international benchmarking of mental health care.** Int J Qual Health C. [Em linha]. nº18(2006), p. 31-38. [Consultado a 18/12/2014].

HERMANN, RC. PALMER, RH. **Common ground: a framework for selecting core quality measures for mental health and substance abuse care.** Psychiatry Service. [Em linha]. nº53 (2002), p.281-287. [Consultado a 18/12/2014].

HORWITZ LI, PARTOVIAN C, LIN Z, HERRIN J, GRADY JN, KEENAN M, et al. **Centers for Medicare & Medicaid Services planned readmission algorithm—version 3.0.** [Em linha]. (2014). [Consultado a 23/06/2015]. Disponível em http://altarum.org/sites/default/files/uploaded-publication-files/Rdmsn_Msr_Updts_HWR_0714_0.pdf.

HUSSAIN, M. ET AL. **Integrated Models of Care for Medical Inpatients With Psychiatric Disorders: A Systematic Review.** Psychosomatics. [Em linha]. Vol.55, nº4 (2014), p. 315-325. [Consultado a 18/12/2014].

IEZZONI, L. **Risk adjustment for measuring healthcare outcomes.** 3.^aed. Health Administration Press. (2003). Chicago.

IEZZONI, L. **The risks of risk adjustment.** JAMA. [Em linha]. Vol 278, nº19(1997), p. 1600-7. [Consultado a 21/12/2014].

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century.** (2001). Washington: National Academies Press.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (CDC), Nineth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM). Atlanta: Centers For Disease Control And Prevention. [Em linha]. (2013). [Consultado a 22/01/2015]. Disponível em <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm.htm#ftp>.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (IOM) – **Focus on crossing the quality chasm: The IOM health care quality initiative.** [Em linha]. (2004). [Consultado a 18/12/2014]. Disponível em: <http://www.iom.edu/focuson.asp?id=8089>.

ISHAK, W.W., BURT, T., SEDERER, L.I. **Outcome measurement in psychiatry.** American Psychiatric Publishing, Washington, DC; 2002.

JARAMILLO, LE; SANCHEZ, R. HERAZO, MI. **Factors Related to the Number of Readmissions in Psychiatric Patients.** Rev.Colomb.Psiquiatr. [Em linha]. Vol.40, nº3 (2011), p. 409-419. ISSN 0034-7450.

JENCKS SF, Williams MV, Coleman EA. **Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program.** N Engl J Med. [Em linha]. (2009).360(14):1418-28. doi: 10.1056/NEJMsa0803563.

JUVEN-WETZLER A, BAR-ZIV D, CWIKEL-HAMZANY S, ABUDY A, et al. **A pilot study of the "Continuation of Care" model in "revolving-door" patients.** European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists. [Em linha]. Vol.27, nº4 (2012), p. 229-33. [Consultado a 09/12/2014].

JWEINAT JJ. **Hospital readmissions under the spotlight.** J Healthc Manag. [Em linha]. nº55(2010),p. 252-64. [Consultado a 08/12/2014].

KENT S, FOGARTY M, YELLOWLEES P. **Heavy utilization of inpatient and outpatient services in a public mental health service.** Psychiatr Serv. [Em linha]. Vol.46, nº12 (1995), p.1254-7. [Consultado a 09/12/2014].

KISSLING, W. SEEMANN, U. PIWERNETZ, K. **Quality management in psychiatry**. *Int Clin Psychopharmacol.* [Em linha]. n°16 (2001), p.15-24. [Consultado a 18/12/2014].

KLAUS, B.; RITTER, A.; GROSSE, H.; BEYRLE, B.; EULER, HU.; FENDER, H.; HUBNER, M.; VON MITTEL STAEDT, G. **Study of the quality of codification of diagnoses and procedures under DRG conditions**. *Gesundheitswesen*. [Em linha]. Vol.67, n°1 (2005), p.9-19. [Consultado a 23/01/2015].

KORKEILA, JA. LEHTINEN, V. TUORI, T. HELENIUS, H. **Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors**. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* [Em linha]. Vol 33, n°11(1998), p. 528-534. [Consultado a 18/12/2014].

KOSSOVSKY, MP. PERNEGER, TV. SARASIN, FP. BOLLA, F. BORST, F. GASPOZ, JM. **Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine**. *J Clin Epidemiol*. [Em linha]. n°52 (1999), p. 151-6. [Consultado a 18/12/2014].

LAUBER, C. LAY, B. RÖSSLER, W. **Length of first admission and treatment outcome in patients with unipolar depression**. *J Affect Disord*. [Em linha]. Vol.93, n°1-3 (2006), p. 43-51. [Consultado a 18/12/2014].

LEHMAN, A. GOLDMAN, H. DIXON, L. CHURCHILL, R. **Evidence-based mental health treatments and services: Examples to inform public policy**. [Em linha]. New York: Milbank Memorial Fund. (2004). [Consultado a 09/12/2014].

LENG, GC. et al. **Is the emergency readmission rate a valid outcome indicator?**. *Quality in Health Care*. [Em linha]. n°8(1999), p. 234-8. [Consultado a 05/12/2014].

LESLIE, DL. ROSENHECK, RA. **Comparing quality of mental health care for public-sector and privately insured populations**. *Psychiatric Serv*. [Em linha]. n°51(2000), p. 650-55. [Consultado a 18/12/2014].

LEUE, C., DRIESSEN, G., STRIK, J.J. ET AL. **Managing complex patients on a medical psychiatric unit: an observational study of university hospital costs associated with medical service use, length of stay, and psychiatric intervention**. *J Psychosom Res*. [Em linha]. n° 68(2010), p. 295–302. . [Consultado a 10/12/2014].

LIEBERMAN,P.B.,WIITALA,S.A.,ELLIOTT,B.,MCCORMICK,S.&GOYETTE, S. B. **Decreasing length of stay: are there effects on outcomes of psychiatric hospitalization?** *The American Journal of Psychiatry*. [Em linha]. Vol. 7(1998), p. 905–909. [Consultado a 08/12/2014].

LIN, CH; CHEN, YS, Lin KS. **Factors affecting time to rehospitalization for patients with major depressive disorder**. *Psychiatry Clin Neurosci*. [Em linha]. Vol.61, n°3 (2007), p. 249–254. doi: 10.1111/j.1440-1819.2007.01662.x. [Consultado a 19/01/2015].

LIN, HERNG-CHING; LEE, HSIN-CHIEN. **Psychiatrists' caseload volume, length of stay and mental healthcare readmission rates: A three-year population-based study**. *Psychiatry Research*. [Em linha]. n° 166 (2009), p.15-23. [Consultado 09/02/2014].

LYONS, JS. O'MAHONEY, MT. MILLER, SI. NEME, J. KABAT, J. MILLER, F. **Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators**. *Am J Psychiatry*. [Em linha]. Vol.154, n°3 (1997), p. 337-40. [Consultado a 05/12/2014].

- MARCANTONIO et al. **Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a Medicare managed care plan.** Am J Med. [Em linha]. nº 107 (1999), p. 13-7. [Consultado a 08/12/2014].
- MAURER, PP. BALLMER, PE. **Hospital readmissions- are they predictable and avoidable?** Swiss Med Wkly. [Em linha]. nº134 (2004), p.606-11. [Consultado a 05/12/2014].
- MCCORMACK, R. MICHELS, R. RAMOS, N. HUTZLER, L. SLOVER, JD. BOSCO, JA. **Thirty-day readmission rates as a measure of quality: causes of readmission after orthopedic surgeries and accuracy of administrative data.** J Healthc Manag. [Em linha]. Vol.58, nº1 (2013), p. 64-76. [Consultado a 08/12/2014].
- MCEWAN, KL. GOLDNER, EM. **Keeping mental health reform on course: selecting indicators of mental health system performance.** Can J Commun Ment Health. [Em linha]. nº21(2002), p.5-16. [Consultado a 10/12/2014].
- MCGRATH, BM. TEMPIER, R. **Implementing quality management in psychiatry: from theory to practice-shifting focus from process to outcome.** Can J Psychiatry. [Em linha]. nº48(2003), p. 467-474. [Consultado a 10/12/2014].
- MEEHAN, TJ. STEDMAN, TJ. NEUENDORF, KE. FRANCISCO, ID. NEILSON, MG. **Benchmarking Australia's mental health services: is it possible and useful?** Aust Health Rev. [Em linha].(2007). 31:623-627. [Consultado a 18/12/2014].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (ACS). **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM).** [Em linha]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental> [Consultado a 4/12/2014].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República, Portaria n.o 255/2002 de 5 de Novembro. [Em linha]. [Consultado a 10/05/2015]. Disponível em <http://dre.pt/pd/f1sdip/2002/11/255A00/71017103.pdf>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental. Portugal, **Saúde Mental em Números 2014.** [Em linha]. (2014). [Consultado a 28/11/2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=26728>.
- MOJTABAI R, NICHOLSON RA, NEESMITH DH. **Factors affecting relapse in patients discharged from a public hospital: results from survival analysis.** Psychiatr Q. [Em linha]. Vol.68, nº2 (1997), p. 117-29. [Consultado a 24/01/2015].
- MOLONEY ED, BENNETT K, SILKE B. **Patient and disease profile of emergency medical readmissions to an Irish teaching hospital.** Postgrad Med J. [Em linha]. nº80(2004), p. 470-4. [Consultado a 30/11/2014].
- MOREIRA, M. – **Readmissões no Sistema de Serviços Hospitalares no Brasil.** (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (2010).
- MOSS, J. LI, ABBY. TOBIN, J. WEINSTEIN-S. I. HARIMOTO, T. LANCTÔT, K. **Predictors of Readmission to a psychiatric inpatient unit.** Comprehensive Psychiatric. [Em linha]. nº55(2014), p. 426-430. [Consultado a 05/12/2014].

NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS RESEARCH INSTITUTE. **30-day Readmission Rates**. National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute. [Em linha]. (2012). [Consultado a 09/12/2014].

NETO, DD. SILVA, AC. **Characterization of Readmissions at a Portuguese psychiatric hospital: An analysis over a 21 month period**. Eur.J.Psychiat.[Em linha]. Vol.22, n.º2(2008), p.69-76.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, OPSS – **Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?**- Relatório de Primavera. Lisboa. [Em linha].(2015). [Consultado a 16/06/2015].

OECD. **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**. Paris: OECD Publishing.[Em linha].(2013). [Consultado a 04/03/2015].Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.

OECD. **Making Mental Health Count: The Social and Economic Cost of Neglecting Mental Health care**. OECD, Health Policies Studies. OECD publishing. [Em linha]. (2014). [Consultado a 28/11/2014]. Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Health, health systems and economic crisis in Europe Impact and policy implications**. [Em linha].(2013b). [Consultado a 28/12/2014]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/186932/12-Summary-Economic-crisis,-health-systems-and-health-in-Europe.pdf?ua=1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental Health Plan 2013-2020. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization**. [Em linha]. (2013a). [Consultado a 20/11/2014].Disponível em http://http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Planning and budgeting to deliver services for mental health.(Mental health policy and service guidance package)**. World Health Organization, Geneva. [Em linha].(2003). [Consultado a 28/12/2014]. Disponível em http://www.who.int/mental_health/policy/en/index.html.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope World Health Organization**. Geneva. [Em linha]. (2001). [Consultado a 28/12/2014]. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/>

PAZINATTO, M. – **Características clínicas e funcionais do paciente idoso que recebe alta hospitalar e suas necessidades de cuidados após alta**. (Dissertação de Mestrado) – Curso de Mestrado em Geriatria – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. (2003).

PRINA ,AM. COSCO, TD. DENING, T. BEEKMAN, A. BRAYNE, C. HUISMAN, M. **The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: A systematic review**. Journal of Psychosomatic Research. [Em linha]. Vol.78, nº 1(2015), p. 25–33. [Consultado a 24/01/2015].

REYNOLDS, W. LAUDER, W. SHARKEY, S. MACIVER, S. VEITCH, T. CAMERON, D. **The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients.** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. [Em linha]. Vol. 11, nº 1(2004), p. 82–88. [Consultado a 17/02/2015].

RIEDEL- HELLER, SG.; BUSSE, A.; AURICH, C.; MATSCHINGER, H.; ANGERMEYER, MC. **Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+) Part 1.** Br J Psychiatry. September. [Em linha]. nº179(2001), p.179:250-4. [Consultado a 28/01/2015].

RUMBALL-SMITH, J. HIDER, P. **The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition.** N Z Med J. [Em linha]. nº122(2009), p 63-70. [Consultado a 16/11/2014].

RUSSO, J., ROY-BYRNE, P., JAFFE, C., RIES, R., DAGADAKIS, C., AVERY, D. **Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment.** Psychiatric Services. [Em linha]. nº48(1997), p. 1427–1434. [Consultado a 28/11/2014].

SHEPPERD, S. LANNIN, NA. CLEMSON, LM. MCCLUSKEY, A. CAMERON, ID. **Discharge planning from hospital to home.** Cochrane Database Syst Rev [Em linha]. (2013) 1: CD000313. [Consultado a 16/01/2015].

SICRAS MA, NAVARRO AR. **Valoracion del reingreso hospitalario en el servicio de medicina interna.** Med Clin. [Em linha]. nº101(1993), p.732-5. [Consultado a 18/11/2014].

SILVA, N. BASSANI, D. PALAZZO, L. **A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions.** Psychiatric Services. [Em linha]. Vol.60, nº.6 (2009), p. 786-791. [Consultado a 07/12/2014].

SOUSA, P. ET AL. **Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. (2008). Volume Temático:7.

SOUSA-PINTO, B. , GOMES, AR., OLIVEIRA, A. IVO, C., COSTA, G. RAMOS, J.SILVA, J. CARNEIRO, MC. DOMINGUES, MJ. CUNHA, MJ. COSTA-PEREIRA, A. FREITAS, A. **Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década.** Acta Med Port. . [Em linha]. Vol.16, nº6 (2013), p.711-720. [Consultado a 09/12/2014].

SPECTOR, WD. MUTTER, R. OWENS, P. LIMCANGCO, R. **Thirty-day, all-cause readmissions for elderly patients who have an injury-related inpatient stay.** Med Care. [Em linha]. Vol.50, nº10(2012), p. 863–9. [Consultado a 18/12/2014].

STEINBUSCH, P.; OOSTENBRINK, J.; ZUURBIER, J.; SCHAEPKENS, F. **The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study.** Health Policy. [Em linha]. Vol. 8, nº2-3 (2007), p. 289-299. [Consultado a 10/12/2014].

THE JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO). **The Measurement Mandate: on the Road Performance Improvement in Health Care.** Chicago: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (1993).

THOMAS, J. – **Does risk-adjusted readmission rate provide valid information on hospital quality?** Inquiry. [Em linha].Vol.33(1996), p. 258-270. [Consultado a 16/12/2014].

THORNICROFT, G., AND BEBBINGTON, P. **Deinstitutionalisation—From hospital closure to service development.** British Journal of Psychiatry. [Em linha]. n°155(1989), p.739-753. [Consultado a 18/11/2014].

TOWNSEND, J. DYER, S. COOPER, J. MEADE, T. FRANK, A. **Emergency hospital admissions and readmissions of patients aged over 75 years and the effects of a community-based discharge scheme.** Health Trends. [Em linha]. n°24 (1992), p. 136-39. [Consultado a 30/11/2014].

VAN WALRAVEN, C. BENNETT, C. JENNINGS, A. AUSTIN, PC. FORSTER, AJ. **Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review.** CMAJ. [Em linha]. n°183 (2011), p. 391-402. [Consultado a 09/12/2014].

VAN WALRAVEN, C. JENNINGS, A. FORSTER, AJ. **A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates.** J Eval Clin Pract .[Em linha].Vol.16.n°6(2012), p. 1211–8. [Consultado a 18/12/2014].

VIGGIANO, T., PINCUSB, H. A. & CRYSTALA, S. **Care transition interventions in mental health.** Current Opinion in Psychiatry. [Em linha]. n°25(2012), p. 551–558. [Consultado a 30/11/2014].

VIGOD SN, KURDYAK PA, DENNIS CL, et al. **Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review.** Br J Psychiatry.[Em linha].Vol. 201, n°3(2013a), p.187-94. [Consultado a 18/12/2014].

VIGOD SN, TAYLOR VH, FUNG K, KURDYAK PA.**Within-hospital readmission: an indicator of readmission after discharge from psychiatric hospitalization.** Can J Psychiatry.[Em linha]. Vol.59, n°8(2013), p. 476-81. [Consultado a 09/12/2014].

VIGOD, S. N., TAYLOR, V. H., FUNG, K., & KURDYAK, P. A. **Within-hospital readmission: An indicator of readmission after discharge from psychiatric hospitalization.** Canadian Journal of Psychiatry.[Em linha]. Vol.58, n°8(2013b), p.476-481. [Consultado a 09/12/2014].

VIGOD, SN. , KURDYAK, PA. SEITZ, D, HERRMANN, N. FUNG, K. LIN, E. PERLMAN, C. TAYLOR, VH. ROCHON, PA. GRUNEIR, A. **READMIT: a clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units.** J Psychiatr Res.[Em linha]. n°61(2015), p. 205-13.[Consultado a 09/12/2014].

WEINBERG, M. ODDONE, EZ. HENDERSON, WG. **Does increased access to primary care reduce hospital readmissions?** NEJM.[Em linha]. Vol.334, n°22(1996), p. 1441-47 [Consultado a 10/12/2014].

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.** Aust N Z J Psychiatry. [Em linha].n°45 (2011), p.578–85. [Consultado a 30/11/2014].

ANEXOS

ANEXO 1 – Listagem dos códigos da ICD-9-CM agrupados (290–319)

Mental Disorders 290-319

290-294 Organic Psychotic Conditions

- 290 Dementias
- 291 Alcohol-induced mental disorders
- 292 Drug-induced mental disorders
- 293 Transient mental disorders due to conditions classified elsewhere
- 294 Persistent mental disorders due to conditions classified elsewhere

295-299 Other Psychoses

- 295 Schizophrenic disorders
- 296 Episodic mood disorders
- 297 Delusional disorders
- 298 Other nonorganic psychoses
- 299 Pervasive developmental disorders

300-316 Neurotic Disorders, Personality Disorders, And Other Nonpsychotic Mental Disorders

- 300 Anxiety, dissociative and somatoform disorders
- 301 Personality disorders
- 302 Sexual and gender identity disorders
- 303 Alcohol dependence syndrome
- 304 Drug dependence
- 305 Nondependent abuse of drugs
- 306 Physiological malfunction arising from mental factors
- 307 Special symptoms or syndromes not elsewhere classified
- 308 Acute reaction to stress
- 309 Adjustment reaction
- 310 Specific nonpsychotic mental disorders due to brain damage
- 311 Depressive disorder, not elsewhere classified
- 312 Disturbance of conduct not elsewhere classified
- 313 Disturbance of emotions specific to childhood and adolescence
- 314 Hyperkinetic syndrome of childhood
- 315 Specific delays in development
- 316 Psychic factors associated with diseases classified elsewhere

317-319 Intellectual Disabilities

- 317 Mild intellectual disabilities
- 318 Other specified intellectual disabilities
- 319 Unspecified intellectual disabilities

ANEXO 2 – Algoritmo de Exclusão de Readmissões Planeadas

[HTTP://WWW.CMS.GOV/MEDICARE/QUALITY-INITIATIVES-PATIENT-ASSESSMENT-INSTRUMENTS/HOSPITALQUALITYINITS/MEASURE-METHODOLOGY.HTML](http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Measure-Methodology.html)

