

Este exemplar corresponde a versão final da Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, pelo médico Paulo Dalgalarondo. Campinas, 21 de fevereiro de 1990.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Prof. Dorgival  
Caetano  
Orientador

TÍTULO: REPENSANDO A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.

A PROPOSTA DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE HOSPITAIS GERAIS.

AUTOR: PAULO DALGALARRONDO

ORIENTADOR: PROF. DORGIVAL CAETANO

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina.

Janeiro - 1990

Tudo os Deuses dão, os infinitos,  
A quem amam, por inteiro:  
Todos os prazeres, infinitos,  
Todos pesares, infinitos, por inteiro.

Goethe

à Mônica, e ao que o amor nos deu.

## Agradecimentos

Ao Prof. Dorgival Caetano, pela orientação, apoio e incentivo recebido nestes anos de implantação da UIP do HC-UNICAMP.

Ao amigo de tantas esperanças compartilhadas, Luiz Percival Leme Britto, que muito mais que corrigir e rever a redação, rediscutiu comigo pontos fundamentais do trabalho.

Ao Prof. Maurício Knobel, chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-UNICAMP, pelos ensinamentos e apoios dados nestes anos iniciais de minha carreira como psiquiatra.

Aos amigos Mário, Neury, João Baptista, Márcia, Marilda e Marion, pela cumplicidade.

Aos Professores Wolgrand A. Vilela, Roosevelt M.S.Cassorla, Rachel V.Fávero, Isac G..Karniol, Fábio A.Adamo e Roberto S.Pinto de Moura, pelas tantas lições de vida e psiquiatria.

Ao monitor de psiquiatria Fabiano Provincial Domingues, pela extrema dedicação tanto na coleta como na elaboração dos dados.

Aos colegas Bruno J.B.Fontanella, Antônio Eduardo M. de Jesus e Aparecida Bernardete de Campos, pela ajuda na coleta dos dados.

Ao estatístico José de Souza Ramos, pós-graduando do IMECC, pela acessoria na elaboração estatística dos dados.

Aos profissionais da UIP do HC-UNICAMP, pela coragem de aceitar o desafio. Um agradecimento particular à Sra. Maria da Penha M. Crisp, pelo auxílio no preenchimento do livro de registros.

Aos colegas e funcionários do DPMP, pela confiança que depositaram em mim.

Aos residentes do DPMP de 1986, 1987, 1988 e 1989, pela dedicação e confiança no trabalho.

Aos pacientes internados em nossa unidade, pelo muito que nos têm ensinado.

Ao Prof. Everardo Duarte Nunes, pelas valiosas críticas e sugestões.

Ao Prof. Fernando Lopes Gonçales Jr., superintendente do HC-UNICAMP, e a toda direção do HC, pelo apoio irrestrito a nossa UIP.

À amiga Susan, pelo carinho de madrinha e também pelo incassável auxílio na sua língua ilógica, porém fascinante.

À Marilene D.Grillo Raposeiro, que com muita paciência datilografou as várias versões.

À Lídia Straus, cuja sensibilidade e ternura me tocaram num momento exato.

À meus pais, Fernando e Teresa, por me possibilitarem o sentimento de que a vida vale a pena.

À minha esposa Mônica, que apesar de não ser "psi", discutiu comigo capítulo por capítulo, reviu o português e, acima de tudo, tem compartilhado comigo o tempo amoroso que nos cabe.

## Resumo

O objetivo desta dissertação é fazer uma reflexão sobre a questão da internação psiquiátrica, mais particularmente sobre as unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais (UIPHGs). Para tanto, busca-se descrever e analisar a experiência de implantação de uma unidade de internação psiquiátrica no HC da UNICAMP, ao mesmo tempo em que se faz uma leitura crítica e razoavelmente abrangente da literatura específica sobre o assunto, visando a um embasamento teórico da análise.

O estudo mostra a pertinência e validade das UIPHGs, anotando vantagens, limites e dificuldades no seu estágio atual de desenvolvimento. Como uma das características centrais das UIPHGs é a brevidade da internação, deu-se atenção especial a essa questão.

Foi feito um estudo de casuística relativo à 300 internações nos dois primeiros anos da unidade de internação psiquiátrica do HC - UNICAMP, descrevendo as características sócio-demográficas, clínicas e assistenciais dos casos internados. A duração média das internações foi 19 dias. As variáveis - diagnóstico clínico, procedência, filiação religiosa e idade - mostraram-se mais evidentemente relacionadas à duração das internações.

## Abstract

The objective of this dissertation is to reflect on the question of psychiatric hospitalization with emphasis on psychiatric inpatient units in general hospitals. The experience of implanting a psychiatric inpatient unit in the University General Hospital of the State University of Campinas (UNICAMP) is described and analysed. To provide a theoretical basis for the analysis, a critical and reasonably thorough review of specific literature is presented.

The study shows the relevance and validity of psychiatric inpatient units in general hospitals, pointing out the advantages, limitations and difficulties in their present state of development. As one of the central characteristics of the inpatient units in general hospitals is the short length of stay, special attention has been given to this issue.

A casuistical study relating to 300 admissions in the first two years of the psychiatric inpatient unit of the University Hospital (UNICAMP) was made, describing the social-demographic, clinical and assistential characteristics of the inpatients. The mean length of stay was 19 days. The variables - clinical diagnosis, place of residence, religious affiliation and age - were closely to the length of stay.

O sério pontual é isto, o senhor escute, me escute mais do que eu estou dizendo; e escute desarmado. O sério é isto, da estória toda - por isto foi que a estória eu lhe contei - : eu não sentia nada. Só uma transformação, pensável. Muita coisa importante falta nome.

Guimarães Rosa

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado representa o esforço de refletir criticamente sobre minha experiência docente-assistencial empreendida nos últimos três anos, relacionada à implantação e desenvolvimento da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Trata-se, portanto, de reflexão sobre uma experiência vivida concretamente. Tal experiência englobou diversas perspectivas profissionais e pessoais: a do médico-psiquiatra em início de carreira, a um só tempo perplexo diante do mistério que é a doença mental e premido pela necessidade prática de diagnosticar e tratar pacientes; a do docente de psiquiatria preocupado em ensinar a estudantes de medicina e residentes de psiquiatria elementos que os ajudem a lidar com o adoecer psíquico; a do membro de uma comunidade universitária interessado em identificar o lugar e o sentido de um serviço médico universitário, no contexto atual das políticas de educação e saúde; e, fundamentalmente, a do profissional de saúde e cidadão que sonha com soluções mais dignas para o doente mental brasileiro.

Trata-se de um reflexão inicial e, portanto, inacabada, que buscou ser crítica, exercendo-se nela sempre que possível a prática do questionamento e da dúvida. O campo da saúde mental, com suas imensas dificuldades a nível da organização assistencial, é tão complexo e multifacetado que avaliações, julgamentos e soluções bem acabadas e supostamente universais merecem, pelo menos de início, um olhar de desconfiança. Por exemplo, se por um lado descreve-se no trabalho a rejeição histórica ao modelo centrado no macro-hospital

psiquiátrico, o próprio movimento oposto, de desinstitucionalização do doente mental, é colocado em questão e repensado criticamente. Se é clara e inequívoca a afirmativa de que as Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais - UIPHGs podem ser entendidas como uma proposta progressista, tecnicamente adequada e humanizante, apresentá-las como uma panacéia que solucionaria simplisticamente toda a difícil problemática da internação psiquiátrica, é uma ingenuidade técnica e política.

### **Projeto e Objetivos Gerais**

A dissertação foi dividida em duas partes. A primeira, mais teórica e genérica, vai do primeiro ao quarto capítulo, trazendo uma revisão da literatura referente a diversos aspectos da questão da internação psiquiátrica e uma discussão mais focalizada das UIPHGs e da problemática nova que elas suscitam. A segunda parte, mais empírica e específica, compreende os capítulos V e VI, referindo-se à descrição da experiência particular da Unidade de Internação Psiquiátrica do HC-UNICAMP.

No primeiro capítulo, faz-se uma breve resenha da evolução histórica da assistência aos doentes mentais, desde a Idade Média até os dias atuais. Tal histórico tem por objetivo localizar no tempo o debate sobre modelos assistenciais em saúde mental. Também tem a função de relativizar as propostas e apresentá-las associadas a jogos de forças econômicas, culturais e ideológicas, que são historicamente dadas. Não tem por objetivo rever a história da psiquiatria ou a constituição da noção de doença mental e sequer cobrir toda a literatura sobre o assunto.

No segundo capítulo, apresenta-se a discussão da literatura atual de alguns pontos relevantes da organização da assistência psiquiátrica nas sociedades modernas. Tanto a questão da demanda de serviços como os modelos assistenciais organizados para responder a essa demanda são discutidos.

Estes dois capítulos iniciais apresentam uma visão panorâmica de questões da assistência psiquiátrica mais relacionadas à internação, tendo antes a função de contextualizar os capítulos que os seguem, do que a pretensão de esgotar os temas de que tratam.

No terceiro capítulo, o surgimento e desenvolvimento da proposta de UIPHG é apresentado. Quatro contextos assistenciais que implementaram em graus diversos as UIPHGs foram examinados e comparados entre si. Esta justaposição de diferentes experiências de UIPHGs visou mostrar como uma mesma proposta assistencial ganha contornos e sentidos diferentes na medida em que muda o contexto assistencial mais amplo.

O quarto capítulo é dirigido à discussão de questões específicas e "internas" das UIPHGs, tratadas de forma genérica. Obviamente as UIPHGs só existem inseridas em contextos concretos e específicos, sendo que tratá-las de forma genérica, em abstrato, é um artifício estratégico da discussão teórica sobre as mesmas. Os temas aqui abordados foram escolhidos em função tanto da sua relevância para os autores da literatura especializada, como em função das questões que surgiram da experiência de instalação da UIP no HC-UNICAMP.

Já na parte II, no capítulo V, a experiência da UIP do HC-UNICAMP é apresentada de forma descritiva, desde o surgimento da proposta nos primeiros anos desta universidade até os dias atuais.

Fez-se um relato das principais questões, polêmicas e problemas da unidade nos seus três primeiros anos de funcionamento. Todo o relato foi feito como um "diário de bordo", inevitavelmente marcado por minha percepção subjetiva.

No capítulo VI, apresenta-se, a título de exemplo, um estudo de casuística referente a 300 internações realizadas na UIP, nos dois primeiros anos de funcionamento. Tal estudo visa apenas mostrar um dos aspectos da experiência assistencial, concernente ao perfil da clientela atendida. Nesse estudo foi dada uma ênfase especial a questão da duração das internações. A idéia foi poder detectar que fatores se associam a internações mais curtas ou mais prolongadas e assim fornecer subsídios para uma análise mais realista da internação de pacientes agudos e abrir a possibilidade de um planejamento assistencial mais específico.

No final da dissertação, algumas conclusões decorrentes, tanto da parte I como da parte II, são apontadas. Essas conclusões obviamente têm limitado poder de generalização, pois são sustentadas por uma experiência particular. Entretanto, e exatamente por descrever uma experiência particular, este estudo demarca o perfil da prática assistencial da UIP do HC-UNICAMP, estimula futuras investigações metodologicamente mais sofisticadas e aponta para equívocos e acertos cuja compreensão pode ser aproveitada por outras experiências.

### **Nota Metodológica**

O perfil metodológico do presente trabalho reflete algumas das minhas necessidades e inquietações teóricas, no sentido de ter

subsídios para refletir sobre minha inserção na prática acadêmica concreta.

Em toda a parte I, propus-me a fazer uma revisão crítica da literatura. Para tanto, lancei mão de um número grande de referências que podem ser divididas em dois grupos: o primeiro grupo se refere a literatura publicada em revistas médicas ou de áreas afins, na maior parte de língua inglesa. Esta literatura é vasta, detalhada e até certo ponto ingênua, tendendo a apresentar a proposta das UIPHGs como algo moderno e só por isso desejável. Tende a colocar os avanços na assistência psiquiátrica de forma linear, as soluções mais modernas superando "automaticamente" as mais antigas. Apesar disso, esta literatura é importante, pois nela encontra-se um debate detalhado sobre questões pragmáticas da internação psiquiátrica e das UIPHGs. Ela reflete também as preocupações de autores envolvidos em UIPHGs nos países desenvolvidos.

O outro grupo compreende uma série de autores - entre os quais Foucault, Castel, Rezende, Pitta-Hoisel, de Souza, Almeida Filho, que, apesar de não realizarem uma discussão específica sobre as UIPHGs, abordam a questão da assistência psiquiátrica numa perspectiva mais crítica, recusando a naturalização de questões históricas, sociais e políticas, tão frequente na literatura das revistas médicas. Autores como Bachrach, K.Jones e Hafner ocupam uma posição intermediária. Em resumo, lancei mão de dois tipos de literatura que até certo ponto são conflitantes. Entretanto, optei por não aprofundar o estudo desse conflito teórico, pois o meu interesse não foi epistemológico e sim centrado na questão de uma certa práxis psiquiátrica.

Na parte II, descrevi a experiência da implantação da UIP da UNICAMP. A descrição, apesar de refletir a minha participação nessa experiência, não segue exatamente o paradigma da chamada pesquisa participante. É mais o conjunto de anotações de questões que julguei interessante relatar, principalmente para o leitor que teve, tem ou terá algum contacto com esse tipo de proposta assistencial. O último capítulo, referente ao estudo de casuística, segue um padrão metodológico clássico dos estudos epidemiológicos de prevalência tratada.

## PARTE I

### ASPECTOS GERAIS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E AS UIPHGs

O principal interesse do estudo da "instituição" psiquiátrica está no fato de que a mesma representa um dos lugares onde se manifesta, sob sua forma menos velada, uma das contradições fundamentais das sociedades modernas: contradição entre uma ideologia humanista, liberal e racionalizadora por um lado e, por outro, a existência de instâncias oficiais que institucionalizam a segregação social e perpetuam as mais absolutistas formas de poder sobre o homem.

Robert Castel

## Capítulo 1

### ESBOÇO HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA AOS DOENTES MENTAIS

Para poder dimensionar o significado do movimento de criação e expansão de enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais, é proveitoso fazer um exame, mesmo que breve, da evolução histórica das estruturas assistenciais ao doente mental.

Ficaram de fora os períodos históricos anteriores à Idade Média, porque, para a maioria dos historiadores da psiquiatria (1,2), é apenas no final da Idade Média que começam a se estruturar sistemas ou instituições sociais específicas para a assistência ao doente mental.

Para a reconstituição desse processo histórico utilizei uma série de autores que enfocam períodos históricos diferentes e que têm embasamentos epistemológicos diferenciados.

Um dos autores mais conhecidos na área é Michel Foucault. Em 1961, ele publicou na França a sua "História da Loucura", na qual trabalhou com a questão da loucura na passagem da Idade Média para a Renascença e Idade Moderna. O filósofo francês visou reconstituir, através de sua epistemologia arqueológica, a idéia de loucura, paradigma da desrazão, no ocidente. Não se interessou propriamente pela loucura como fenômeno concreto, objetivamente dado, mas sim sobre a formação do discurso sobre a loucura. Sua abordagem original diferencia-se da de autores como Castel, Rezende e Cunha.

Castel tem sua preocupação centrada na constituição da medicina mental como disciplina teórica no final do século XVIII e século XIX. Este autor pensa a formação dessa disciplina na perspectiva das formações ideológicas da sociedade burguesa.

Os autores brasileiros Rezende, Cunha e Pitta-Hoisel, apesar de lançarem mão de teses foucaultianas, recorrem frequentemente

ao materialismo histórico. Rezende reconstrói a história da assistência aos doentes mentais na Europa, da Idade Média à época da desinstitucionalização e, no Brasil, da Colônia aos dias atuais. Seu texto, claro e elucidativo, vem se tornando referência frequente de autores nacionais. A historiadora da UNICAMP Pereira Cunha reconstitui a história do Juquerí, estudando a relação entre crescimento das cidades, marginalidade social e constituição do asilo psiquiátrico, no final do século XIX e início deste. Pitta-Hoisel, por sua vez, enfoca mais a história contemporânea da assistência psiquiátrica no Brasil, a partir do final da segunda grande guerra.

Autores como Alexander, Mora e outros, que têm uma abordagem mais próxima do idealismo foram também utilizados, pois seus trabalhos são ricos em informação concernentes à evolução da disciplina psiquiátrica.

Ao utilizar uma gama tão variável de autores, corre-se o risco de se confundir estilos e concepções muito diversas. Não obstante pode-se dizer que o objetivo básico de traçar um panorama dos modos como a loucura vem sendo tratada não está comprometido e, infelizmente ou felizmente, não existe uma única história bem estabelecida da questão da loucura e suas formas de tratamento.

## **1.1. A Formação do Complexo Assistencial Psiquiátrico**

### **1.1.1. Da Idade Média à Renascença**

Durante a Antiguidade e Idade Média, os insanos, quando não agressivos, vagavam livremente pelas cidades e pelos campos. Não havia grandes centros urbanos e os loucos não chegavam a cons-

tituir um problema social(1,2,3). A percepção da loucura e seu destino vinculava-se a uma concepção religiosa do mundo e do homem(1).

Na Idade Média a loucura era no essencial experimentada em estado livre; circulava, fazia parte do cenário e linguagens comuns. O tratamento que recebiam os doentes mentais dependia de hábitos e costumes locais. Sua sobrevivência era assegurada pela caridade pública ou por pequenos trabalhos realizados para particulares(2,4).

Para Rezende (1987:2), apesar de ser tolerado que vagassem pelos campos e pelos mercados das cidades, não devemos exagerar ou idealizar o limite da tolerância das sociedade pré-capitalistas aos doentes mentais(2):

"A imagem de loucos errantes, pobres, alvos da chacota e até mesmo da violência dos passantes, que não raro lhes atiravam pedras, não é incomum nos relatos históricos" (H.Rezende, op cit, pg 21).

Para Foucault (1967;4), o essencial da questão da loucura na Idade Média é seu estado de extraterritorialidade, de permanente circulação. A loucura era basicamente considerada como uma forma de erro ou ilusão; não era sistematicamente internada e comumente era enxotada de um lugar para outro(4).

Rezende(1987;2) ressalta que o próprio contexto social onde a loucura se situava tinha peculiaridades próprias. O número de insanos não era grande, as populações das cidades eram pouco numerosas e a duração média da vida era baixa (não havendo em número significativo os transtornos mentais relacionados à idade madura e velhice) (2).

As sociedades pré-capitalistas tinham um aspecto relativamente favorável aos doentes mentais. No mundo feudal, aptidão e inaptidão para o trabalho não eram critério essencial na determinação do normal e do anormal(2,4). Tanto o trabalho rural como o artesanal, para troca nos mercados ou consumo próprio, eram atividades básicas da economia feudal e tinham a característica de poder acomodar largas variações individuais, respeitando o tempo e o ritmo psíquico de cada trabalhador(2).

No final da Idade Média a loucura ainda era vista como algo pertencente às quimeras do mundo, relacionada a uma concepção mística da existência(1,3). Entretanto, o ocidente sofreria, lenta e progressivamente, um marcado processo de secularização, que iria mudar o lugar da loucura, tanto a nível de concepção teórica como do trato que recebe da sociedade(6).

Apesar de gozarem de uma certa liberdade e poderem circular, quando violentos ou excessivamente inconvenientes, os loucos eram conduzidos a cadeias, casas para pobres e hospitais gerais, geralmente administrados por religiosos.

Sobre os hospitais gerais aos quais os loucos eram enviados, convém discutir um pouco melhor.

Segundo Foucault(1986;7), o hospital que funciona na Europa desde a Idade Média até o final da Renascença não era de modo algum um instrumento de cura, não era concebido para curar. O hospital da Idade Média não era uma instituição médica e a medicina, nesta época, era uma prática não hospitalar. Até antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. O personagem ideal desse hospital não era o doente que se precisava curar, mas o pobre que estava morrendo. Assim era o

hospital medieval e renascentista, e assim permaneceria até o século XVIII: um lugar de internamento indiscriminado, onde se justapunham e se misturavam doentes, loucos, devassos, prostitutas etc. Ele ainda era, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto, de exclusão, assistência e transformação espiritual em que a função médica não aparecia. Segundo Foucault, o hospital como lugar de cura e de prática da medicina só iria se estabelecer por volta de meados do século XVIII(7).

### 1.1.2. O "Grande Enclausuramento"

Para Foucault(1967, 4), no final da Renascença, particularmente no século XVII, produziu-se na Europa um processo de exclusão, de internamento em instituições que pouco diferenciavam o tipo de desvio, de uma larga faixa de indivíduos socialmente marginalizados.

Para ele, o confinamento foi uma criação institucional própria do século XVII. Tomou uma amplitude tal que se diferenciou claramente das reclusões que se praticavam na Idade Média. Nesse século, criaram-se grandes instituições de internação(2,4).

Tal processo passou a confinar indiscriminadamente desocupados, ladrões, loucos, pobres desadaptados, em calabouços das casas de força, nas dependências dos hospitais gerais, nas "workhouses" e "Zuchthausern"(4).

Nesses espaços de reclusão, a dimensão social do louco e da loucura é pouco precisa e seu status mal diferenciado dentro da categoria genérica de desviante social(4).

"Pero casi nunca se precisó claramente cual era su estatuto, ni que sentido tenía esta vecindad, que parecia asignar una misma patria a los pobres, a los desocupados, a los mozos de correccional y a los insensatos" (M.Foucault, 1967, 4, pg47)

Desde meados do século XXVII, a loucura no ocidente passou cada vez mais a pertencer ao território das instituições de reclusão. Tal assenhoreamento fez parecer que este seria seu local natural, seu lugar de origem(4).

Este processo espalhou-se por toda a parte. Em alguns anos uma rede cobre toda a Europa. Howard (citado por Foucault, Historia de la locura, pg 53), no final do século XVIII, tratou de percorrer toda essa rede. Viajou através da Inglaterra, Holanda, Alemanha, França, Itália e Espanha. Realizou sua peregrinação visitando todos os lugares importantes de confinamento: hospitais gerais, casas de força, prisões, etc. Enquanto representante da filantropia ficaria indignado com o fato de que se confinavam nos mesmos muros insensatos, vagabundos, condenados de direito comum, jovens arruaceiros(4).

Foucault(1967, 4) associa o "Grande Enclausuramento" a mudanças de ordem sócio-econômicas e "morais" que ocorreram na Europa do século XVII(4).

O fim do feudalismo dá lugar ao mercantilismo e ao capitalismo nascente, que já se deparava com crises.

Para Foucault(1967;4) o processo disseminado de reclusão teve um sentido relativamente homogêneo em toda a Europa, pelo menos a princípio, tendo sido uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afetava o mundo ocidental em seu

conjunto: queda de salários, desemprego, escassez de moeda, conjunto de fatos relacionados provavelmente a uma crise da economia espanhola(4).

Deve-se lembrar que, para Foucault, os motivos das mudanças pelas quais a sociedade trata os doentes mentais não são simplesmente de base econômica.

De certa forma, as instituições de reclusão serviam para guardar os desocupados, vagabundos e toda gama de indivíduos inadaptados ao trabalho. Cada vez que se produzia uma crise, aumentando rapidamente o número de pobres, as casas de confinamento recuperavam, pelo menos por um tempo, sua primeira significação econômica(4). E, além dessa significação econômica e social, deve-se reconhecer, segundo ele, um sentido "ético" ou "moralizante" que o grande confinamento teria. Estes dois sentidos estão intimamente articulados(4).

O sentido moralizante relaciona-se à ética do trabalho que foi se estabelecendo na Idade Clássica. Para Foucault, trabalho e ociosidade traçam aqui uma linha divisória que separa dois mundos. Um deles, idealizado como norma ética; o outro, condenado. A pena para tal condenação é a exclusão. Na Idade Clássica, a ociosidade, e com ela a loucura, vão substituir a grande excluída (e também depositário do mal), que foi a lepra(4).

"Hasta el Renacimiento, la sensibilidad ante la locura estaba ligada a la presencia de transcendencias imaginarias. En la edad clásica, por vez primera, la locura es percebida através de una condenacion ética de la ociosidad y dentro de una inmanencia social garantizada por la comunidad del trabajo" (M.Foucault, 1967, 4, pg 64).

É esta população de segregados, isolados em instituições de tipos diversos, que os reformadores filantropos do final do século XVIII iriam encontrar. Eram dessas instituições que Pinel, Tuke e outros, procurariam libertar os doentes mentais. Movimento reformista, hoje muito discutido por historiadores críticos como Castel, e que examinaremos a seguir.

### 1.1.3. Iluminismo e Liberalismo Econômico. Pinel e o Tratamento Moral

No final do século XVIII o processo que Foucault denominou de "O Grande Enclausuramento" já fora muito difundido e encontrava-se bem assentado na sociedade européia. As populações marginais desadaptadas das cidades emergentes, não mais vagavam ao léu. O enclausuramento colocara-os num estado de imobilidade. As casas de reclusão, de correção, os hospitais gerais, estavam cheios de todo tipo de desviantes sociais. Mendigos, loucos, prostitutas, velhos doentes, ladrões, melancólicos, todos mesclados numa reclusão indiferenciada.

A Europa transformava-se rapidamente. A burguesia organizava-se enquanto classe social e exigia seu lugar de comando ideológico e econômico na nova sociedade. As cidades européias e da América do Norte apresentavam um crescimento populacional significativo.

É nesse contexto, de secularização acelerada, do Iluminismo como filosofia exemplar, de forte oposição dos ideólogos da burguesia contra o "mundo obscuro" do clero e da nobreza, que Cabanis,

Pinel e tantos outros, leigos e médicos filantropos, iriam se insurgir e clamar por reformas(8,9). Neste sentido Castel afirma que:

"sobre o pano de fundo da sociedade contratual instalada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de "servir", não entra no círculo regulado das trocas, essa "livre" circulação de mercadorias e homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgridem as leis" (R.Castel, 1978, 8, pg 19).

Pinel procederia à separação dos alienados dos outros desviantes deserdados, rompendo as correntes que prendiam os loucos nas casas de correção e tranferindo-os para outra instituição, criada especificamente para os insanos: o asilo de alienados(8).

Ato a um só tempo fortemente simbólico e concreto. Ato fundador de uma nova disciplina científica: o Alienismo(8,9).

A loucura, no auge do período em que a razão era glorificada, posta como valor máximo, paradigma da nova ordem social, era vista como paradigma da irracionalidade que deveria ser urgentemente corrigida(8,9).

"O indivíduo é sujeito autônomo enquanto for capaz de se dedicar a intercâmbios racionais. Ou então sua incapacidade de entrar num sistema de reciprocidade o isenta de responsabi-

lidade e ele deve ser assistido. O fundamento contratual do liberalismo impõe a aproximação entre o louco e a criança, a grande analogia pedagógica da medicina mental, no seio da qual toda a sua história vai se desenvolver" (R.Castel, 1978, 8, pg 46).

Surgia um novo sentido para a loucura, criava-se um novo espaço para o alienado e formulava-se uma nova sentença (corrigir a irracionalidade). Faltava criar um método para curar os alienados. Se a loucura é o inverso da razão, uma vontade desviada(10), deve-se proceder a um tratamento de correção, de normatização. Surgia o Tratamento Moral, que iria pautar o Alienismo florescente do final do século XVIII e início do XIX.

"A loucura, vontade perturbada, paixão pervertida, deve aí encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas" (M.Foucault, 10, pg 121).

Além da noção de restauração da razão através de uma vida regrada, disciplinada, estava no centro da ideologia do tratamento moral a idéia de isolamento do doente como instrumento terapêutico(11). Para Esquirol, alienista discípulo de Pinel, o isolamento seria muitas vezes uma necessidade urgente e absoluta, para segurança do indivíduo, da família e da sociedade, sendo ainda mais urgente nas classes sociais mais pobres(6,10,11).

O Alienismo, e com ele o Tratamento Moral, é visto por Castel(1978: 8) como um conjunto de procedimentos e técnicas de disciplinarização, de normatização, que surgem no asilo para alie-

nados e dão forma e sentido a este. Tratamento Moral, asilo e alienismo surgem e andam juntos, na luta pela razão que o iluminismo patrocina.

Julgamos relevante observar que apesar dos objetivos de reclusão, isolamento, disciplinarização e repressão operada nessa fase inicial do alienismo, o fato de reunir num só espaço e de propiciar as condições para uma observação sistemática dos alienados, possibilitou dialeticamente o início do conhecimento científico da doença mental. De modo análogo o surgimento da moderna Antropologia Cultural tem íntima conexão com o neocolonialismo inglês e francês do século passado (a necessidade de melhor conhecer o mundo sócio-cultural dos "primitivos" para melhor dominá-los), e também por um processo dialético esse fato facilitou o desenvolvimento de uma antropologia vigorosa e crítica no seio das ciências humanas atuais.

Ao longo de toda a Europa e também da América do Norte, fundaram-se centenas de asilos para insanos, a maioria baseados na filosofia do Tratamento Moral. Os mais famosos e exemplares são Bicêtre (para homens) e a Salpêtrière (para mulheres), em Paris, dirigidos por Pinel; o Hospital Bonifácio, em Florença, dirigido por Chiarugi e o Retrait, em York, dirigido por Tuke(3).

#### **1.1.4. O Declínio do Tratamento Moral**

Com o evoluir do século XIX várias mudanças da ordem social e econômica ocorreram no ocidente, influenciando de modo marcante a assistência psiquiátrica e as concepções teóricas sobre a doença mental(1,2,3,5).

Nas cidades, o crescimento populacional foi marcante, principalmente das camadas mais pobres. A industrialização dos países ocidentais também se deu num ritmo intenso. Nos EUA, foi expressiva a imigração de massas de trabalhadores para as cidades. Os centros urbanos avolumados, tornaram-se ainda mais repletos de indivíduos inadaptados, marginalizados do processo social. Alcoólatras, prostitutas, vagabundos, ladrões e doentes mentais aumentaram em número significativo(2,3,5,8).

As condições de vida das classes trabalhadoras piorava. O Darwinismo social pautava a vida urbana da segunda metade do século(2,3,5).

Apesar da necessidade crescente de dar conta dos doentes mentais, porquanto representavam um problema social para as cidades, o Tratamento Moral mostrou-se ineficaz para "curar" a doença mental. Os asilos para alienados tinham cada vez mais doentes crônicos, oligofrênicos, paralíticos(Paralisia Geral Progressiva, produzida pela neurosífilis). Nem mesmo a separação em instituições para agudos e para crônicos, na Alemanha, mostrou-se medida eficaz(3,5,8).

Por outro lado, o Tratamento Moral baseava-se numa visão da doença mental pouco convincente para a medicina da época, que ganhava status com a anatomia patológica, a histologia e o avanço da microbiologia(1,2,8).

A psiquiatria não podia mais restringir-se às classificações, tão caras a médicos como Esquirol(8). Ela devia, segundo os médicos da época, tal qual qualquer outra disciplina médica, explicar as doenças através das correlações da clínica com a anatomia patológica. Devia buscar identificar de qualquer forma as bases ma-

teriais da doença. Assim procede a prestigiosa neurologia, em período de grande desenvolvimento(1,2,8).

"A concepção teórica da doença mental não se vinculava mais diretamente à fenomenologia social da desordem. Inversamente, ela tende a se aproximar do tronco comum da medicina, cujas tendências organicistas se acentuam. Perspectiva na qual Morel inscreve conscientemente a sua obra" (R.Castel, 1978, 8, pg 261).

É a época em que a Neuropsiquiatria se anunciava, período tão bem caracterizado pelo famoso aforisma de Griesinger - doenças mentais são doenças cerebrais - (1,3).

Griesinger achava que tinha por missão libertar a psiquiatria alemã da especulação dos românticos. Para ele, embora em muitos casos a lesão cerebral não pudesse ser demonstrada pela anatomia patológica, a base da doença estaria em alterações fisiológicas do cérebro(1,3).

Alexander(1980, 1) diz que a doença sob investigação durante o século XIX e começo do século XX que mais inspirou psiquiatrias de mentalidade neurológica talvez tenha sido a sífilis (neurorossífilis). A prevalência de doentes com neurorossífilis certamente representava uma parcela significativa da população de internados.

No final do século XIX, o evolucionismo foi marcante tanto nas ciências naturais como nas ciências sociais. Jackson construiu uma neurologia evolucionista que até hoje é utilizada e respeitada. Morel com sua teoria da degenerescência, formulou uma teoria da doença mental na qual degenerações congênicas ou adquiridas se

transmitem hereditariamente, num processo Lamarckquiano, conduzindo às demências, idiotias e outras degenerescências, até a extinção da linhagem. Magnan, procurou expandir teoricamente a degeneração, das psicoses às neuroses e ao caráter dos povos e, Lombroso à criminalidade (1,2,3,8).

O alienismo cumpria um triste papel: fornecer subsídios (e mesmo protagonizar) aos ideólogos da eugenia, e de outras ideologias de controle social (num momento histórico de profundo "descontrole" social) (2,8).

Era nesse clima, de certo otimismo teórico (finalmente as doenças mentais poderiam ser positivamente dissecadas e cientificamente explicadas) e de marcado pessimismo terapêutico, com os asilos abarrotados e muitas vezes fornecendo condições sub-humanas de sobrevivência aos doentes mentais, que a psiquiatria e seus modelos assistenciais cruzariam o século.

#### 1.1.5. Século XX

Na virada do século, a psiquiatria estava fortemente centrada no macro-hospital psiquiátrico. Muitas dessas instituições foram construídas na maioria dos países ocidentais. A neuropsiquiatria domina a cena na concepção teórica da doença mental (1,2,3).

Nesse mesmo período, começou a surgir em Viena uma concepção de adoecer psíquico e de método terapêutico em certo sentido oposta a visão organicista. A psicanálise de Freud foi, lenta e paulatinamente, firmando seu espaço, questionando a separação tão marcada entre psiquismo sadio e patológico (12).

Também as críticas aos maus tratos, às péssimas condições de alojamento nos hospícios, começaram gradativamente a emergir tanto no meio médico como no leigo. Exemplar é o livro-depoimento de Clifford Beers, de 1908, no qual o autor, que foi paciente de várias instituições, relata as condições de vida dos internos. Tal denúncia teve repercussão importante(3,5).

Nas décadas de 30 e 40, os tratamentos de choque, tais como o choque insulínico de Sakel, a terapia convulsiva com pentilenotetrazol de Meduna e a eletroconvulsoterapia de Cerletti iriam oferecer novas possibilidades para a medicina mental. Abria-se a perspectiva de tratamentos mais eficazes, de não se ficar passivo perante prognósticos sombrios e, sobretudo, a possibilidade de se dar alta a um número maior de pacientes(3,13).

Apesar das críticas dispersas à macroinstituição psiquiátrica, foi apenas no final da 2ª Grande Guerra que surgiram propostas mais articuladas(14):

"A guerra recoloca a questão da razão e da desrazão em múltiplas faces. Afinal, quem eram os insanos?(....) Afinal, o que fora e o que deixara de ser patológico?" (Pitta-Hoisel, 1984, 14, pg 5).

Além desse questionamento, uma certa semelhança entre a prática asilar e os campos de concentração contribuiria na condenação da macroinstituição asilar.

"O contexto europeu de pós-guerra era, em síntese, de prementes necessidades materiais, de questionamento de valores

de toda ordem, de perplexidades e dúvidas, mas também de fortes expectativas e anseios libertários e de igualdade social. É dentro dele que emerge - saúde como um direito para todos e um dever do estado -" (Pitta-Hoisel, 1984, 14, pg 6).

Em 1946, publica-se nos Estados Unidos, o "National Mental Health Act" e, em 1949 é fundado o "National Institute of Mental Health". Estes dois acontecimentos apontavam para o início de uma fase de reformas. Uma nova geração de psiquiatras começava a pensar em termos de planejamento em saúde e em saúde comunitária(3,5,14).

A experiência da época da guerra de pequenas unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais militares, com internações de curta duração, favorecendo o retorno rápido de soldados ao fronte, mostrou a possibilidade, e mesmo uma certa superioridade técnica, desse modelo em relação aos macrohospitais psiquiátricos(5,11).

#### **1.1.6. A Desinstitucionalização**

##### **Renovações Filosóficas**

Após a 2ª Grande Guerra, cresce na Europa e América do Norte, um vigoroso movimento que iria marcar profundamente a prática assistencial psiquiátrica. Tal processo denominou-se Desinstitucionalização(2,3,5,14).

A idéia básica desse movimento era mudar radicalmente o lugar central da assistência psiquiátrica, do macrohospital psiquiátrico para a comunidade. O grande hospital era visto como ina-

dequado, inoperante, desumano e causador, ele próprio, de estigmas e transtornos mentais. A palavra de ordem tornou-se desinstitucionalizar o doente mental e tratá-lo na sua comunidade de origem(2,3,5,14).

Ao longo de todo o mundo ocidental, mas principalmente na Inglaterra, França e Estados Unidos surgiria um leque de propostas alternativas à assistência fornecida pelo macrohospital psiquiátrico(14).

Na Inglaterra, em 1946, Main, ao lado de Bion e Reichman, no Monthfield Hospital, introduziu a expressão Comunidade Terapêutica, trabalhada de modo mais sistemático por Maxwell Jones. A idéia era inovar a condução das instituições psiquiátricas, dando ao doente um papel mais ativo no seu tratamento(14).

Em 1959, a reforma psiquiátrica inglesa tomou forma através do "Mental Health Act", que preconizava a desinstitucionalização. As idéias de regionalização e equipe multidisciplinar passaram a ser defendidas com ênfase. Também discutia-se a questão das internações compulsórias(14).

Seria entretanto, na própria Inglaterra empirista onde surgiria paradoxalmente um movimento radical de questionamento da instituição psiquiátrica: a antipsiquiatria. Sua proposta era reduzir ao mínimo, ou até abolir de todo, a esfera médica no tratamento da loucura, com um discurso de conteúdo contrainstitucional vigoroso(10,14), crítica radical dirigida ao poder médico sobre o doente mental(10).

Na França do pós-guerra, a idéia de "setor" foi que ganhou força. Tratava-se, sumariamente, de "dividir" o manicômio numa série de unidades de internação para indivíduos que habitavam uma da-

da região geográfica, com uma média de 70.000 habitantes. Nessas regiões, ou setores, estruturas psiquiátricas externas, como ambulatórios, dispensários, hospitais-dias, emergências psiquiátricas, iriam se organizando e se articulando com o hospital psiquiátrico, sendo que idealmente, a mesma equipe atenderia nos diferentes espaços(14). Desejava-se a transformação dos asilos em "instrumentos terapêuticos", desenvolvendo-se a idéia de continuidade terapêutica e de psicoterapia institucional (geralmente de orientação analítica).

Em todo lado, a idéia era não só tirar o asilo do centro do sistema assistencial, mas também de transformá-lo, humanizá-lo e torná-lo terapêutico, se possível(14).

Nos Estados Unidos, já na década de 30, com a passagem do capitalismo liberal para o capitalismo monopolista, a ação racionalizadora do estado passou a se apresentar. Nesse momento, as condições de assistência psiquiátrica custodial eram muitíssimo precárias(5,14).

No pós-guerra, as críticas se acentuaram e "em 1955 um censo dos hospitais psiquiátricos públicos detectava um acentuado declínio das condições de assistência e clamava por rápidas medidas" (Pitta-Hoisel, 1984, 14, pg 19).

Seria apenas no governo Kennedy, através do "Community Mental Health Center Act", em 1963, em que se denunciava o asilo como estigmatizante, cronificador, ineficiente e caro, e se lançava as bases para a proposta de atenção comunitária à enfermidade mental(14,15).

O centro da assistência psiquiátrica devia deslocar-se dos "Public Mental Hospitals" aos "Community Mental Health Centers",

onde se procuraria forjar, além de uma assistência regionalizada, uma possível psiquiatria preventiva(15).

Centenas de Centros de Saúde Mental foram abertos nos EUA, na década de 60(5,15).

Na Itália, a situação não se modificou no pós-guerra e na década de 50. Apenas após o retorno de uma nova geração de psiquiatras, formados na Inglaterra, França e Estados Unidos, que mudanças substanciais passaram a ocorrer(14).

Ao contrário dos Estados Unidos, cujas propostas de reformas tinham um conteúdo mais técnico, pouco questionando a estrutura social e de poder das instituições, na Itália, as propostas de reforma eram fortemente politizadas, tendo em Basaglia seu mais famoso protagonista. Foi o movimento da "Psiquiatria Democrática Italiana"(14,16).

As reformas irão se radicalizar na Itália, através da lei 180 de maio de 1978 que visava à eliminação definitiva do manicômio, substituído por instituições extra-hospitalares e pequenas unidades de internação em hospitais gerais(14).

### **Renovações Técnicas**

Um outro aspecto importante da desinstitucionalização foi o relacionado ao surgimento e relativo sucesso das terapêuticas farmacológicas, baseadas nas novas drogas psicoativas.

No início da década de 50, Delay e Deniker apresentaram na França a clorpromazina, uma droga com ações marcantes e mais específicas que as anteriores sobre a psicose, estados de agitação e agressividade. Nesta década são descritos e inicia-se a utilização

em larga escala dos neurolépticos, dos antidepressivos tricíclicos, sais de lítio e benzodiazepínicos(14,17).

O impacto da psicofarmacologia produziu uma verdadeira revolução na assistência psiquiátrica. Tornou-se mais factível lidar com doentes graves (esquizofrênicos, deprimidos graves, maníacos, etc) fora dos limites hospitalares.

A introdução das drogas permitiu que um número enorme de pacientes tivessem alta ou se submetessem de tempos em tempos a internações bem mais curtas(3,5,14,18). Entretanto, segundo afirma Crowcroft:

"Poder-se-ia dizer que as formas atuais de tratamento físico são as responsáveis exclusivas pela liberdade que se concede hoje em dia aos psicóticos. Contudo a questão não é tão simples assim. Em certos hospitais, vários sintomas da psicose declinaram ou desapareceram antes do advento dos novos tratamentos físicos, por exemplo, os chamados traços catatônicos crônicos...." (Crowcroft, 1979, 18, pg 174).

Podemos pensar que o advento da psicofarmacoterapia foi um fator fundamental que se somou e de certa forma ajudou a viabilizar o processo de desinstitucionalização que já estava em andamento, através de reformas institucionais que incluem a socioterapia (terapia ocupacional, laborterapia, terapia do meio), a psicoterapia institucional, o tratamento ambulatorial, a regionalização da assistência, etc.(14,15,18,19).

## 1.2. Evolução da Assistência Psiquiátrica no Brasil

### 1.2.1. Séculos XVIII e XIX

No final do século XVIII, a economia da colônia basicamente rural era baseada no trabalho escravo. As cidades eram pouco populosas (por exemplo o Rio de Janeiro tinha cerca de 50.000). De modo grosseiro, podemos dizer que havia apenas duas classes sociais; uma minoria de senhores e proprietários e uma multidão de escravos(2).

Em consequência, o valor dado ao trabalho tinha um sentido próprio. Enquanto no Iluminismo europeu o trabalho era idealizado como atividade moralmente elevada, na colônia tinha até uma conotação pejorativa, depreciativa. Trabalho era atividade de escravo(2).

A situação do doente mental no Brasil colônia é análoga àquela do louco na Idade Média européia: os alienados na Europa do século XVI tinham status e destino social semelhante ao do Brasil no século XVIII(2), a saber, ficavam soltos, errando pelas cidades:

"aos loucos pobres, desde que mansos, se permitia errar pelas cidades, aldeias e campos, sujeitos aqui e ali aos motejos da criançada, vivendo da caridade pública(.....) No caso de exibirem comportamento violento ou atitude indecorosa eram recolhidos às cadeias onde podiam ou não receber maus tratos" (H.Rezende, 1987, 2, pg 31).

Já no início do século XIX, os alienados, quando inoportunos, eram conduzidos ou às prisões ou aos porões (ou a algum outro tipo de sala reclusa) das Santas Casas(2).

Com o evoluir do século, além dos proprietários e dos escravos, foi se formando um terceiro grupo social, incipiente no início, mas que lentamente se avolumava. São de um lado, brancos pobres e, de outro, negros libertados e mulatos, que, apesar de livres não podiam ser proprietários e assim não tinham uma situação social estável. Deste modo, ficavam a vadiar pelas cidades. Lentamente, o desvio social vai se configurando como problema social(2).

Apesar de assimilados junto aos desadaptados dos mais diversos tipos, reconhece-se nos loucos uma certa especificidade, "algo de não necessariamente voluntário no seu comportamento bizarro"(H.Rezende, 1987, 2, pg ).

A inauguração do primeiro hospício, com o nome do imperador, em 1852, no Rio de Janeiro, representa um marco institucional na assistência psiquiátrica brasileira(2).

A exemplo do Rio de Janeiro seguiram-se construções nos anos e décadas seguintes, de instituições similares em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará(2,11).

Fazia-se necessário retirar os doidos das ruas. Ao mesmo tempo, a caridade pública reclamava pelos maus tratos das prisões e dos porões das Santas Casas. Tornava-se necessária a construção de hospícios(2,20,21).

É interessante notar, entretanto, que, em meados do século XIX, a idéia de construir hospícios para alienados, importada da Europa, era apenas parcialmente ligada à filosofia do Iluminismo e à prática do Tratamento Moral(2).

"A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência apare-

ce, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza" (H.Rezende, 1987, 2, pg 39).

O Hospício D.Pedro I tinha capacidade para 350 pacientes e em pouco mais de um ano já estava totalmente lotado. As condições dos primeiros hospícios eram muito precárias. Assim como aconteceu com o Tratamento Moral, também neste caso as primeiras classificações do alienismo europeu não acompanharam o surgimento dos hospícios, separando-se os loucos por critérios leigos apenas (sexo, agitação, periculosidade suposta, etc.) (2). A reclusão foi o sentido único dos primeiros hospícios brasileiros(2).

#### 1.2.2. Final do Século XIX e Início do Século XX

Neste período observa-se um crescimento acelerado das principais cidades brasileiras(2,21).

A atividade comercial e bancária crescente, o comércio importador e exportador relacionado ao porto e a atividade industrial nascente produziram profundas mudanças sociais no Rio de Janeiro no final do século XIX. A população aumentou vertiginosamente, passando de 266.000, em 1877, para 522.000, em 1880, devido em grande parte a um grande contingente de imigrantes(2,21).

A urbanização acelerada conduz à deterioração das condições de vida, principalmente das camadas mais pobres. O saneamento é precário e há grande proliferação de cortiços e favelas(2,21).

Em São Paulo, o impacto e a velocidade com que o crescimento urbano e industrial se deu modifica a face da antiga e pacata Vila de São Paulo(21). Também aqui a população cresceu rapidamente

(31.000, em 1872, para 357.324, em 1910), sendo a grande imigração estrangeira e a rápida industrialização os motores básicos desse crescimento(21).

Seria nesse período que o Alienismo adentraria o hospício brasileiro. H.Rezende(2) estabelece o período imediatamente posterior à proclamação da república como o marco divisório entre a psiquiatria empírica (não organizada teoricamente) da República e a psiquiatria científica (organizada teoricamente). Neste processo, ocorreu laicização do asilo e a ascensão dos representantes da classe médica ao controle dessas instituições(2,20).

A entrada do alienismo no asilo brasileiro se dá num processo que na Europa foi sucessivo e que aqui se deu de modo simultâneo. Ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira começa a incorporar as categorias trabalho/não trabalho como elementos de distinção entre normal e patológico, também as teorias da degenerescência de Morel são importadas(2,21).

Lopes Rodrigues diz que nessa época quase 90% dos diagnósticos caíam na categoria genérica de "degenerado atípico" (Lopes Rodrigues, Apud H.Rezende, 1987, 2, pg 43).

Vários historiadores do alienismo brasileiro(2,20,21) sugerem que as teorias organicistas da degenerescência (Morel, Magnan, Lombroso) deram subsídios teóricos para políticas sociais de exclusão e controle social. Tratava-se de ideologias que visavam facilitar a normatização e disciplinarização do meio urbano. Identificar positivamente as aberrações do meio urbano, corrigi-las ou eliminá-las, formam um leque de ideologias e de políticas sociais adequadas ao capitalismo nascente nos centros urbanos-industriais da época(2,20,21).

"Em São Paulo particularmente, os hospícios - na sua forma moderna de espaços de internamento - surgirão simultaneamente às chaminés das fábricas que invadem a cidade nas últimas décadas do século e, assim como elas, conotarão simbolicamente o "progresso" que varre a antiga vila" (Pereira Cunha, 1986, 21, pg 28).

### 1.2.3. Do Início à Metade do Século XX. Grandes Hospitais Psiquiátricos e as Colônias Agrícolas.

O início do século XX e sua primeira metade vêem a implantação e o apogeu de grandes hospitais psiquiátricos. Em 1898, é fundado o Hospital Colônia do Juqueri, entregue à direção de Franco da Rocha; em 1903, o Hospício Nacional do Rio de Janeiro é entregue a Juliano Moreira(2,21,22). Esses dois médicos podem considerados patronos do alienismo brasileiro, tendo fundado verdadeiras escolas psiquiátricas, nas quais se realizavam com rigor descrições clínicas e os exames anátomo-patológicos. O modelo asilar e sua sustentação teórica se estabelecem com vigor(21,22).

Neste período, houve uma entusiástica adesão à política de construção de colônias agrícolas para doentes mentais. Tal proposta foi bem recebida numa sociedade supostamente de forte vocação agrária(2,14). Nessas colônias, buscava-se de alguma forma, recriar o ambiente rural pré-capitalista, que toleraria melhor os loucos, enquanto que as cidades os rejeitariam(2,14).

Muitos estados brasileiros incorporaram essas colônias agrícolas, ora como complemento nos hospitais tradicionais, ora como opção única(2,14).

O projeto, apesar de inicialmente entusiasmar aos médicos(2,14,22), iria revelar falhas que se acentuariam com os anos. A distância das colônias do local de origem dos pacientes, assim como o uso dessas instituições para abrigar uma gama grande de indivíduos marginais desadaptados (mendigos, orfãos, arruaceiros, etc.) contribuem para inchar essas instituições, tornando-as superlotadas, desarticuladas de qualquer outro tipo de estrutura assistencial(2,14).

Ao fim da década de 50, a situação era caótica. O Juqueri abrigava 14 a 15 mil doentes; Barbacena, 3.200; o Hospital São Pedro em Porto Alegre, mais de 3.000. Todos superlotados, com uma população muito superior a sua capacidade assistencial(2,14,22).

A filosofia da colônia agrícola também perdia certa força com a urbanização e industrialização crescentes. Reeducar para o trabalho agrícola não faria tanto sentido numa sociedade cada vez mais urbana e industrial(2,14).

A assistência psiquiátrica pública no Brasil apresentava-se muito apática em relação as reformas que vinham ocorrendo na Europa e América do Norte do pós-guerra. As reformas relacionadas ao processo de desinstitucionalização não atingiam o cerne da assistência psiquiátrica brasileira, que mantinha-se quase que exclusivamente asilar(2,14).

Houve, entretanto, exceções. É exemplar o caso de Ulysses Pernambucano, que, na década de 30, já preconizava, através de militância tenaz, melhores condições de trato aos internados, atenção aos egressos, ambulatorios, regionalização, hospitais abertos etc.(23).

Ao longo das décadas de 40 e 50, observa-se como as autoridades sanitárias assistiram passivamente às condições de deterioração dos macrohospitais psiquiátricos, a única alternativa pública à assistência de doentes mentais. Apesar da industrialização crescente ter promovido de modo acentuado a urbanização, as políticas de saúde mental pouco evoluíram(2,14).

Por volta de 1955, as novas drogas psiquiátricas começavam a entrar no mercado brasileiro, favorecendo o surgimento de um novo tipo de prática assistencial.

#### **1.2.4. 1964. Reorientação das Políticas Sociais**

O golpe militar de 1964 é um ponto de clivagem na vida social, econômica e política brasileira. Particularmente as políticas sociais tomam um rumo totalmente diferente(2,14).

A vitória da ideologia privatizante nas políticas sociais, particularmente na área de assistência médica, fez com que se orientasse o planejamento e diretrizes assistenciais para a contratação de leitos em hospitais privados. O INPS, criado em 1966 a partir da unificação dos IAPs, passa a conveniar de forma crescente o serviço de pequenos e médios hospitais psiquiátricos privados. O modelo mantém-se "hospitalocêntrico", porém agora o Estado compra serviços de particulares(14). No quinquênio 1965/1970, houve grande aumento de doentes na rede privada (de 14.000 em 1965 para cerca de 30.000 em 1970).

O interesse dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados (bastante lucrativos, diga-se de passagem) fez-se presente na determinação do perfil assistencial recente da psiquiatria bra-

sileira. Num momento em que a OMS preconizava e vários países propunham a desinstitucionalização, as autoridades brasileiras optaram por um modelo centrado no hospital privado(2,14).

Neste mesmo período, observou-se a tendência de expansão da assistência psiquiátrica, mais restrita ao doente "indigente" até a década de 60 (sem qualquer seguro social), para as classes trabalhadoras com previdência social e seus dependentes(14):

"embora o crescimento da demanda aos serviços psiquiátricos seja um fenômeno mundial, o crescimento da indústria de internações, na intensidade em que se apresenta, é um fenômeno tipicamente brasileiro" (Pitta-Hoisel, 1984, 14, pg 52).

A qualidade dos serviços privados de internação foi, desde o início, muito precária, pois quanto menor o custo da internação maior o lucro, já que o valor das diárias era relativamente fixo. O controle da duração das internações era muito permissivo. Neste período, o tempo médio de permanência na rede privada chegou a 3 meses, o que não era compatível nem com os recursos terapêuticos do momento, nem com a proposta de internações breves das políticas reformistas(14).

Parece que a única mudança substancial na assistência psiquiátrica pós-64 foi a transformação da internação psiquiátrica num "negócio lucrativo"(2,14).

No final dos anos 70 e no início da década de 80, incrementaram-se os discursos racionalizadores nos setores públicos. Faltou-se cada vez mais em rede ambulatorial pública, em controle de internações desnecessárias e do tempo de permanência nos hospitais

privados conveniados e até em hospital-dia, pensões e oficinas protegidas(2,14).

Entretanto, apesar do discurso oficial, Ana Pitta-Hoissel(14) relata que, em 1981, o INAMPS pagou 19 milhões de leitos-dia em psiquiatria, correspondendo à ocupação diária de 52.000 leitos (oficialmente contratados eram 45.000). 96% do total de verbas do INAMPS destinados a saúde mental foram pagamentos a terceiros( serviços privados). Do total da verba repassado ao setor privado apenas 4% foram gastos em serviços ambulatoriais(14).

Estes dados parecem corroborar a afirmação de H.Rezende(2); que bem resume o perfil da história da assistência psiquiátrica brasileira:

"exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje" (H.Rezende, 1987, 2, pg 36).

## Referências (Capítulo 1)

1. F.G.Alexander, S.T.Selesnick. História da Psiquiatria IBRASA, São Paulo, 1980.
2. H.Resende. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica. In; Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Edt. Vozes, 1987.
3. G.Mora. History of Psychiatry. In; Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. Edt by H.I.Kaplan and B.J.Sadock. Williams Wilkins, Baltimore, 1985.
4. M.Foucault. História de la Locura en la Época Clasica. México, Fondo de Cultura Economica, 1967.
5. H.H.Goldman. Psychiatric Epidemiology and Mental Health Services Research. In; Review of General Phychiatry. H.H. Goldman. Califórnia, Lange Med. Publ., 1984.
6. J.Espinosa. El nacimiento de los manicomios. In; Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial. Rec. por Ramon Garcia. Barcelona, Barral Edt., 1975.
7. M.Foucault. O nascimento do hospital. In: Microfísica do Poder M.Foucault. Rio de Janeiro, Edt. Graal, 1986.
8. R.Castel. A Ordem Psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro, Edt. Graal, 1978.
9. J.J.Saurí. História de las Ideas Psiquiátricas. Buenos Aires, Edc. Carlos Lohle, 1969.
10. M.Foucault. A Casa dos Loucos. In; Microfísica do Poder. M.Foucault. Rio de Janeiro, Edt. Graal, 1986.
11. M.A.Alves Brasil. A Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral. Tese de Mestrado apresentada à UFRJ. Rio de Janeiro, 1982.

12. S.Freud. Contribución a la historia del movimiento psicanalítico. In; S.Freud. Obras completas Vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu edt., 1975.
13. M.Fink. History of convulsive therapies. In; M.Fink. Convulsive Therapy: Theory and Practice. New York, Raven Press. 1985.
14. A.M.Pitta-Hoisel. Sobre uma Política de Saúde Mental. Tese de Mestrado apresentada ao Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1984.
15. G.Caplan. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro, Zahar Edt. 1980.
16. F.Basaglia. A Instituição Negada. Relato de um hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro, Edt. Graal, 1985.
17. I.G.Karniol. Algumas considerações sobre a discinesia tardia e em particular sua incidência e características num hospital psiquiátrico em nosso meio, seu diagnóstico diferencial e uma aproximação ao estudo dos prováveis mecanismos dopaminérgicos subjacentes. Tese de Livre-Docência. UNICAMP, Campinas, 1979.
18. A.Crowcroft. O Psicótico. Compreensão da Loucura. Rio de Janeiro, Zahar Edt. 1979.
19. L.Cerqueira. Socioterapia e Reinserção Social do Paciente Esquizofrênico. In; Psiquiatria Social. Problemas Brasileiros de Saúde Mental. São Paulo, Livr. Atheneu, 1984.
20. R.Machado, A.Loureiro, R.Luz, K.Muricy. Danação da Norma. Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Edt. Graal, 1978.
21. M.C.Pereira Cunha. O Espelho do Mundo. Juquery, A História de um Asilo. Rio de Janeiro, Edt. Paz e Terra. 1986.
22. P.Fraletti, Juquerí: Passado, Presente, Futuro. Arq. Saúde Mental - Est. de São Paulo, XLVI, (156-177), 1986/87.

23. L.Cerqueira. Ulysses Pernambucano. In; Psiquiatria social. Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Luiz Cerqueira. São Paulo, Liv. Atheneu, 1984.

## Capítulo 2

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES  
SOBRE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA. EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Neste capítulo são examinadas, questões atuais relacionadas à organização da assistência psiquiátrica, no sentido de melhor contextualizar a problemática da internação psiquiátrica no sistema assistencial.

Para poder dimensionar a necessidade de serviços psiquiátricos e o modo como se organizam, é necessário que verifiquemos a frequência com que os transtornos mentais ocorrem na população geral, o modo pelo qual os grupos sociais buscam (ou deixam de buscar) os serviços assistenciais e, finalmente, o que ocorre no interior desses serviços.

### **2.1. Frequência dos Distúrbios Mentais**

A frequência e distribuição dos transtornos mentais na população têm sido objetos de estudo da epidemiologia psiquiátrica. Muitas dificuldades metodológicas têm limitado o alcance deste campo de pesquisa. A definição de "caso", que envolve a adoção de um sistema e critérios diagnósticos, é talvez um dos pontos mais problemáticos. Noções como saúde/doença mental, desvio social/distúrbio médico, definição de sintoma, entre outras, constituem complexidade inicial da epidemiologia psiquiátrica. A utilização de instrumentos padronizados (questionários, escalas, etc.) e a adaptação desses instrumentos a diferentes contextos sócio-culturais, associados a problemas relacionados a técnicas de amostragem, representam questões metodológicas que devem ser enfrentadas adequadamente, para que os dados sejam confiáveis(1,2,3,4).

Os estudos mais antigos baseavam-se geralmente em levantamentos efetuados nas instituições assistenciais, revelando, ine-

vitavelmente o perfil da subpopulação selecionada que teria acesso aos serviços (prevalência tratada) (2,5).

Os estudos de campo, através de diversas técnicas de amostragem, tendem a revelar um perfil bem mais fidedigno de quanto, quais e como os distúrbios mentais se apresentam de fato nas populações (2,5).

Vários estudos de campo realizados entre 1950 e 1970, na Europa e América do Norte, revelaram uma prevalência global de transtornos mentais de 16 a 25% (1,2,6).

Mais recentemente, os procedimentos metodológicos têm sido refinados, estabelecendo-se projetos de pesquisa ambiciosos. Tome-se como exemplo o projeto patrocinado pelo "National Institute of Mental Health" (NIMH), dos EUA, utilizando diferentes áreas de captação de populações (Epidemiologic Catchment Area - ECA), um sistema diagnóstico com critérios de inclusão e exclusão mais rigoroso (DSM-III) e um instrumento de entrevista padronizado para esse sistema diagnóstico (DIS). Estes projetos têm revelado uma prevalência global de transtornos mentais por volta de 15% (1,2,6).

No Brasil, segundo revisão de Santana, Almeida Jr. e Mari (1988, 5) apesar da exiguidade e precariedade dos estudos, os levantamentos metodologicamente mais bem conduzidos revelam uma prevalência global em torno de 20% de transtornos mentais, para população adulta (acima 15 anos). Há controvérsia em relação a quanto cada um dos diferentes distúrbios participam da composição deste índice. Entretanto, uma aproximação não rigorosa indica: alcoolismo 4-6%, psicoses (esquizofrenia, PMD, outras) 1-2%, deficiência mental 1%, epilepsia 1% e neuroses e distúrbios de personalidade 13 a 14% (5,3,25).

## 2.2. Busca e Utilização de Serviços Médicos e de Saúde Mental

A procura e utilização de serviços médicos ou psiquiátricos relaciona-se com uma gama complexa de variáveis que define que determinado estado psíquico e comportamental passe a ser identificado como alterado, anormal ou doentio(7,8).

Isto significa que nas diferentes culturas há um processo complexo no qual o desvio mental ou comportamental passa a ser identificado como doença mental.

Além dos diversos universos de valores, hábitos e símbolos, a existência e acessibilidade de serviços médicos gerais e especializados é elemento determinante no comportamento de busca de serviços. Sabe-se, por exemplo, que na ausência relativa ou absoluta de serviços, o seu surgimento revela a chamada "demanda reprimida". Num processo aparentemente paradoxal, a demanda tende a aumentar na medida em que a disponibilidade de serviços cresce, até um hipotético "plateau", a partir do qual demanda e disponibilidade de serviços se estabilizariam(8).

Para a realidade dos EUA, Regier et al (2,9) estimaram que em relação àquelas pessoas com um transtorno mental recente, cerca de 30% não recebem qualquer tipo de tratamento, 50% são atendidas em serviços médicos gerais e 20% recebem algum tipo de tratamento médico-psiquiátrico especializado.

Os dados relativos aos três primeiros estudos do NIMH-ECA indicam que de uma prevalência global em torno de 15%, 31 a 34% dos pacientes ficam sem qualquer tipo de tratamento, 56% a 59% recebem alguma forma de assistência nos serviços gerais de saúde e 8 a 12% recebem assistência no setor específico de saúde mental(2,6,9).

No Brasil, não existem estudos desse tipo. Entretanto, Mari, Santana e Busnello têm encontrado através de questionários específicos uma alta prevalência de transtornos mentais em pacientes atendidos a nível de atenção primária (entre 45% a 55%) (5).

Em relação ao campo específico da assistência psiquiátrica, vários pesquisadores têm buscado identificar o perfil do uso de serviços de saúde mental (10,11). Um dos pesquisadores que estudou com mais rigor metodológico o processo de busca de serviços de saúde mental foi Lavik(10). Ele estudou esse perfil no sentido de verificar: a) quem são os usuários dos serviços de saúde mental; b) qual o perfil sócio-demográfico e clínico daqueles que utilizam os serviços com intensidade diferenciada.

O autor sueco utilizou uma metodologia puramente quantitativa, dando diferentes "scores" ao uso de determinados serviços (uma consulta ambulatorial = 1 ponto, um dia em hospital-dia = 2 pontos e um dia em serviço de internação = 3 pontos).

Obviamente, este tipo de pesquisa não avalia a qualidade dos serviços oferecidos. Além disso, esse tipo de estudo só é possível em países onde a assistência médica é claramente regionalizada (10,11).

Os estudos de Lavik, assim como estudos de outros pesquisadores, têm demonstrado que tanto variáveis sócio-demográficas como psicopatológicas têm peso determinante no perfil de consumo de serviços de saúde mental(10,11,12,13,14).

Um dos dados mais significativos identificado por Lavik é que 10% dos indivíduos que buscam serviços de saúde mental utilizam 75% do conjunto de recursos assistenciais. Este grupo tem um perfil relativamente específico: psicopatologia, severa geralmente um

diagnóstico de psicose, mais especificamente, de esquizofrenia e fatores sócio-demográficos bem definidos - sexo masculino, não-casado, desempregado e falta de habilidades laborais.

Aparentemente os fatores sócio-demográficos e clínicos têm contribuído de forma estatisticamente significativa na composição desses "grandes-consumidores" de serviços psiquiátricos(10,11,13). Entretanto, o próprio Lavik é muito cuidadoso, no sentido de não tirar conclusões precipitadas em termos de causalidade. Para ele, os fatores sócio-demográficos e os clínicos estão tão intrinsecamente relacionados que é praticamente impossível determinar relações de causalidade cronológica(10).

### **2.3. Variáveis Sócio-Demográficas e Doença Mental**

A relação entre variáveis sócio-demográficas e distúrbios mentais têm sido objeto de estudo de diversos epidemiólogos da saúde mental (7,15).

Em relação ao **sexo**, as mulheres têm leve predominância nas populações psiquiátricas. Esta diferença é mais significativa para transtornos mentais menos severos, como as neuroses e os distúrbios afetivos (ansiedade e depressão). Os homens estão um pouco mais representados nos distúrbios mentais mais severos, particularmente alcoolismo, drogadicção e distúrbios graves de personalidade. Em comparação com as mulheres, os homens com distúrbios psicóticos tendem a ser hospitalizados mais cedo em suas vidas e a permanecerem mais tempo internados (15,16).

Em relação ao **vínculo matrimonial**, tem-se verificado que os indivíduos casados, ou com outro tipo de vínculo matrimonial,

têm menores índices de distúrbios mentais que os indivíduos não casados. Esta diferença é mais significativa para os homens, onde o grupo de não casados apresenta índice de doença mental significativamente mais alto. Duas hipóteses têm sido sugeridas: a da "seleção", que supõe que indivíduos com distúrbios mentais (ou traços pré-mórbidos) tenderiam a casar menos; e a da "proteção", que vê no vínculo matrimonial um grau de integração social que protegeria as pessoas do surgimento de um distúrbio mental ou, na presença deste, agiria como fator de suporte, dificultando a desagregação social que muitas vezes os distúrbios mentais comportam (15,16).

Em relação à migração, estudos iniciais indicavam que grupos migrantes teriam maior índice de doença mental do que a população geral. Entretanto, estudos mais recentes têm revelado resultados bastante contraditórios. Os autores têm concluído que não se pode mais encarar a questão da migração como um fenômeno homogêneo. Para que essa área de estudo tenha maior validade há que se buscar especificar as condições sócio-econômico-culturais prévias dos migrantes, os motivos, modos e condições do processo de migração, o contexto social que irá receber o imigrante e sua nova inserção nesse contexto (15,19,20,21).

Em relação à migração campo-cidade é fundamental verificar as condições prévias dos migrantes (empregados, pequenos proprietários etc.), os fatores de emigração (mecanização do campo, proletarização do trabalho rural, mudança do sistema de propriedade, mudanças climáticas, pestes, etc.) e a situação dos grupos que já imigraram (favelados, moradores de guetos ou das periferias, operários, desempregados etc.). Sem uma melhor especificação, afirmam os autores, os estudos continuarão a revelar resultados pouco elucidativos (19,21).

Poucos estudos têm pesquisado epidemiologicamente a relação religião - doença mental. Também neste caso questões como filiação religiosa, religiosidade, sistema simbólico total, valores e representações sociais, intensidade de práticas religiosas etc., não podem ser tomadas de forma homogênea. Por exemplo, alguns estudos norte-americanos revelam que católicos tendem a estar representados de forma equilibrada nas populações psiquiátricas em relação às populações gerais, protestantes tendem a estar sub-representados e judeus sobre-representados (principalmente para distúrbios psiquiátricos leves). No entanto, é importante observar que esses estudos têm agrupado sob uma única rubrica grupos religiosos de diferentes origens e inserção social, o que provavelmente enviesará os resultados (15,22,23,24).

A variável sócio-demográfica mais significativa na determinação do perfil dos indivíduos com distúrbios mentais é certamente a classe social. Neste sentido, a grande maioria dos estudos tem trabalhado com o conceito de classe social tal como definido pela sociologia funcionalista, entendendo classe social como extrato social (7,15).

Esses estudos, desde os desenvolvidos na década de 30, com Faris e Dunham, passando pelo extenso levantamento e análise de Hollingshead e Redlich em New Haven no final dos anos 50, até as pesquisas mais recentes, têm indicado um predomínio claro e marcante de transtornos mentais, principalmente os mais severos, nos extratos sociais mais pobres (7,15,17).

De fato, Cockerham (1985, 15, pg 265) afirma: "o fato de que as classes sociais mais baixas tem mais distúrbios mentais tornou-se uma das conclusões mais claramente estabelecidas da epide-

miologia psiquiátrica do século XX". Dohrenwend e Dohrenwend, apud Morrissey(17), revisaram extensamente a literatura epidemiológica do século XX (80 estudos que relacionam doença mental à classe social). A grande maioria demonstra a relação distúrbio mental - baixo nível social. Essa relação é mais intensa para populações urbanas e urbanas-rurais mistas e para transtornos mentais mais severos (psicoses, alcoolismo, etc), perdendo força em relação às neuroses e desordens afetivas (alguns estudos apontam, inclusive, que esses distúrbios seriam mais prevalentes nas classes médias e altas) (17).

Várias hipóteses têm sido sugeridas na tentativa de explicar essa relação. As mais difundidas na literatura médica e sociológica funcionalista são as do "estresse social" e da "seleção social". A primeira enfatiza a dimensão pela qual o baixo nível sócio-econômico estaria relacionado a um contexto de baixa qualidade de vida, luta constante pela sobrevivência, carências múltiplas e desintegração sócio-familiar, atuando como fatores desencadeantes ou causais de doença mental. A segunda afirma que a doença mental (ou alterações pré-mórbidas menos intensas) desencadearia, ao longo do tempo, uma queda progressiva do "status" social dos indivíduos acometidos. A maioria dos autores desses modelos tende a pensar que os dois conjuntos de fenômenos devam ocorrer simultaneamente em maior ou menor grau (7,15).

As variáveis escolaridade, etnia, e habilidades profissionais estão intimamente dependentes do extrato social, acompanhando-o de forma evidente. Por exemplo, na maioria dos estudos, baixa escolaridade tem relação direta com classe social baixa (7,15).

Conforme já anotamos, a maioria dos autores que trabalham com epidemiologia psiquiátrica segue orientação funcionalista. No

entanto, alguns autores têm procurado trabalhar com a relação classe-social - doença mental utilizando o conceito de classe social do materialismo histórico, ou seja, em termos de inserção do indivíduo no processo produtivo. Este é o caso do trabalho realizado por De Souza(18), em 1980-81, em Salvador-Bahia, no qual o autor busca analisar as relações classe social - doença mental - assistência psiquiátrica. A apresentação de seu trabalho, mesmo que ligeira, interessa na medida em que mostra a possibilidade de estudo das relações classe social (e também outras variáveis sociais) - doença mental, dentro de um marco teórico que não se restrinja ao funcionalismo.

Este autor realizou um extenso levantamento de 4 diferentes serviços de internação em Salvador: Asilo Público, Hospital Psiquiátrico Conveniado com o INAMPS, Enfermaria Universitária e Clínica Privada. Para ele, além da distribuição desigual da doença mental em relação à classe social, também o destino institucional que os diversos indivíduos acometidos pela doença mental têm no sistema de atenção psiquiátrico é desigual. Ambos são determinados fundamentalmente por seu valor social (18):

"o valor social se configura como uma mediação que, por um lado se articula com as relações sociais de produção e, por outro, com o mundo das representações sociais. Evidentemente, este valor varia em função da inserção do indivíduo nos diferentes modos de produção coexistentes em uma dada formação social e das funções que ele desempenha no sistema produtivo. Dito de outra maneira, o valor social se define pela posição de classe dos indivíduos, distribuindo-se de forma claramente de-

sigual entre as duas classes fundamentais das formações capitalistas" (18, pg 17)

O valor social das classes sociais mais empobrecidas, nas quais se concentram as doenças mentais mais graves, estaria intimamente relacionado ao valor historicamente atribuído à força de trabalho. O valor da força de trabalho, por sua vez, depende do tipo e estágio de desenvolvimento do capitalismo e das relações de poder dadas pela organização e práticas políticas das diferentes classes em determinado momento histórico (18).

Por exemplo, para o caso latino-americano, inclusive o brasileiro, em função do desenvolvimento capitalista ter se dado aqui de forma tardia e dependente e da existência de uma superabundância de mão de obra, o valor da força de trabalho tornou-se muito baixo. Isto, associado a um conjunto de fatores historicamente dados (que não discutiremos aqui), fez com que o valor social dos grupos sociais mais pobres fosse muito baixo em nosso meio. Neste sentido, o investimento que a sociedade faz para reparar a força de trabalho incapacitada pela doença mental, ou mesmo de ampará-la quando a reparação não é mais possível, será certamente muito pequeno (18).

Apresentamos no quadro I, um esquema elaborado a partir das análises de De Souza. Nesse modelo, o "exército industrial de reserva" é definido conforme a conceitualização clássica do materialismo histórico. Já a definição de "massas marginais" é tomado das análises teóricas de L.Pereira e J.Nun apud De Souza(18), ainda dentro do campo do materialismo histórico. As massas marginais seriam compostas de um contingente de indivíduos ativa e potencial-

mente excluídos do processo econômico produtivo. Para esses autores, em oposição ao "exército industrial de reserva", o sistema econômico capitalista prescinde completamente desse grupo para seu funcionamento.

### Quadro I

Subgrupos Sociais	Exército Industrial de Reserva	Transição: Exército Industrial de Reserva/Massas Marginais	Massas Marginais
Tipo de Instituição Psiquiátrica	Ambulatórios, Serviços de Psicoterapia, Orientação, Clínicas Particulares.	Clínicas Particulares, Enfermarias Universitárias, Hosp. Psiquiátricos Convênidos (INAMPS)	Hosp. Psiquiátricos do tipo asilar, Hosp. Psiquiátricos Convênidos (INAMPS)
Grupos diagnósticos de pacientes	Neuroses, reações de ajustamento, distúrbios de personalidade.	Alcoolismo (fases Iniciais) Desordens Afetivas, Psicoses (benignas)	Psicoses (graves), Demência, Def. Mental, Alcoolismo (Fases terminais).
Função econômico-social	reparação e ajuste da força de trabalho	reparação/exclusão	exclusão
Função Ideológica	Normatização, Disciplinarização, Psicologização de contradições sociais.	Normatização/ Função "Ideológica Pura".	Função "Ideológica Pura": estado trata igualmente a todos".

#### 2.4. Variações Históricas Recentes da Epidemiologia das Doenças Mentais

Há uma impressão geral de que as doenças mentais estariam aumentando, principalmente nas últimas décadas. De fato, verifica-se um aumento considerável da demanda e utilização de serviços psiquiátricos. Nos países desenvolvidos, tal aumento é mais significativo nos serviços ambulatoriais e psicoterápicos. O perfil de distúrbios que geralmente demandam esses serviços são neuroses, distúrbios de personalidade, distúrbios psicossomáticos, depressões e alcoolismo. Hafner(8) recomenda cautela, de modo a não se afirmar precipitadamente que estes distúrbios estejam aumentando. Além de anotar o efeito produzido pela disponibilidade de serviços, ele aponta também o impacto da tendência cultural crescente de se fazer uma leitura psicológica (e as vezes psicologizante) de dificuldades existenciais e de queixas somáticas. Nem sempre seria fácil discriminar entre transtornos mentais menos severos e situações existenciais graves, dolorosas, mas não necessariamente psicopatológicas (8).

Entretanto, de acordo com o autor, pode-se afirmar com embasamento epidemiológico que tem havido um aumento significativo de alguns distúrbios mentais, particularmente os relacionados a dois períodos da vida. Os distúrbios psiquiátricos da senilidade, que se relacionam diretamente a tendências demográficas dos países desenvolvidos, e a drogadicção, alcoolismo e parassuicídio, relacionados à adolescência e fase inicial da vida adulta. Estes últimos grupos de distúrbios vinculam-se intimamente a mudanças sociais e culturais recentes (grandes centros urbanos, desemprego, mudanças do perfil da família etc.) (8).

No Brasil, deve-se salientar o aumento significativo, nas últimas décadas, de mortes por causa violenta, particularmente homicídios, acidentes de trânsito e de trabalho. Os homicídios constituem hoje a primeira causa de morte para adultos jovens do sexo masculino. Tanto no caso dos homicídios como dos acidentes de trânsito a participação do abuso de álcool ou drogas é significativo. Segundo Possas, esse incremento da violência na vida cotidiana do brasileiro relaciona-se ao acelerado processo de urbanização e industrialização, produtos de profundas transformações econômicas e sociais (25,26).

## **2.5. Problemática Atual da Assistência Psiquiátrica**

Como discutimos no capítulo 1, o modelo tradicional da assistência psiquiátrica centra-se no macro-hospital psiquiátrico. Este realiza, numa única estrutura, geográfica e administrativamente ilhada, uma gama extensa de funções médicas e sociais: tratamento de episódios psiquiátricos agudos e subagudos, asilo para pacientes crônicos sem família, muito pobres ou idosos, tratamento de longa duração para pacientes permanentemente sintomáticos, custódia para deficientes mentais com distúrbios de comportamento, prisão de indivíduos perigosos ou "indesejáveis", reclusão de pacientes involuntários, albergue temporário para pessoas sem casa, centro de reabilitação para indivíduos com deficiências físicas, orfanato para crianças e adolescentes abandonados etc. (27,28,29).

Quando se propôs a substituição dessa instituição por uma rede de alternativas assistenciais, buscou-se estruturar uma série de instâncias que dariam conta de todas essas funções, mas com um

sentido social diferente; os doentes mentais não seriam mais isolados de suas comunidades de origem. Bachrach(30) lança mão de seu conceito de "equivalência funcional" para designar esse leque de funções que deve ser reconstituído a nível comunitário.

Tem sido proposto neste sentido uma rede de estruturas, denominadas intramurais, intermediárias e extramurais. As **intramurais** incluiriam o hospital psiquiátrico, humanizado e modernizado para grupos específicos de pacientes (drogadictos, esquizofrênicos crônicos permanentemente sintomáticos, alcoolistas, etc.), a unidade de internação para agudos em hospitais gerais (UIPHG) e a unidade de emergência-triagem, com permanência prevista de 24 a 72 horas. Todas essas estruturas teriam um sentido marcadamente terapêutico, com uma equipe técnica bem treinada, oferecendo-se os serviços 24 horas por dia, permanecendo os pacientes na estrutura em tempo integral (dia e noite). As **estruturas extramurais** comportariam ambulatórios de psiquiatria geral, ambulatórios para egressos, centros de psicoterapia, centros de orientação (familiar, vocacional etc.), grupos de ajuda mútua (alcoólicos anônimos, neuróticos anônimos, etc.), emergências psiquiátricas em hospitais gerais. Finalmente as **estruturas intermediárias** incluiriam os chamados hospitais-dia, hospitais-meio dia, oficinas protegidas, hospitais-noite, pensões protegidas e clubes terapêuticos. De modo geral, mesmo nos países onde a desinstitucionalização ocorreu com maior expressão, as estruturas intermediárias, apesar de muito úteis, ainda são as mais deficitárias nos sistemas propostos (66,31,32,33).

Ainda nesse tipo de rede, propõe-se estruturas custodiais substitutas como abrigos para pacientes idosos ("nursing homes"), lares substitutos (principalmente para crianças e adolescentes) e

comunidades de ajuda mútua (geralmente para drogadictos e alcoolistas).

## 2.6. A Questão da Necessidade de Leitos Psiquiátricos

### 2.6.1. A Análise Crítica de Hafner

Como uma das questões que norteiam esta dissertação é discutir à internação psiquiátrica, vejamos como a oferta de leitos psiquiátricos se insere nessa discussão.

Hafner(34) realizou uma revisão bibliográfica ampla abordando a necessidade de leitos psiquiátricos. Visava com isso responder a pergunta se eles ainda são necessários, e se o são, quantos e de que tipo devem ser. O artigo de Hafner traz o sugestivo título de "Precisamos Ainda de Leitos Psiquiátricos?"(34).

De início, ele constata um declínio do número de leitos psiquiátricos na maioria dos países ocidentais e indaga quais seriam as razões para tal diminuição(34).

Para o autor, a necessidade de leitos psiquiátricos é um dado extremamente complexo, dependendo da morbidade psiquiátrica da sociedade em questão, das funções e serviços que se espera que o hospital psiquiátrico realize, da forma geral com que a assistência psiquiátrica se organiza, o que inclui a existência de recursos psiquiátricos alternativos ao hospital psiquiátrico e da existência e disponibilidade de serviços asilares não psiquiátricos. Além disso, questões sócio-culturais mais amplas, como tolerância em relação à doença mental, têm peso determinante (34).

Em relação à morbidade, houve neste século um decréscimo enorme da prevalência de neurosífilis, além do já referido aumento de alcoolismo, drogadicção e demências senis. Também, cabe notar, certas entidades clínicas "migraram" de disciplina médica, ficando, pelo menos em parte, fora da esfera da psiquiatria: a epilepsia é hoje predominantemente domínio da neurologia clínica; os tumores cerebrais e hematomas, da neurocirurgia; e, em muitos centros, o delirium tremens e a catatonia febril, da medicina interna (34).

Certamente, o fator mais importante na redução de leitos psiquiátricos foi a diminuição do tempo médio das internações, que se deu principalmente pela disponibilidade de tratamentos sintomatológicos mais eficazes (neurolépticos, sais de lítio, tricíclicos, ECT etc). Apesar da diminuição do tempo de internação ter sido acompanhada de um aumento sensível no número de reinternações, fenômeno denominado "porta giratória" ("revolving door"), houve, no cômputo geral, uma redução evidente do número de leitos psiquiátricos (34,35).

É polêmica a questão de se os serviços extramurais e intermediários poderiam substituir inteiramente os leitos de hospitais psiquiátricos tradicionais. Hafner, focalizando a esquizofrenia, com base na experiência de Mannheim (Alemanha), estima que de uma coorte de 100 esquizofrênicos internados por primeira vez, cerca de 20%, ao longo da evolução, irá requerer serviços de apoio mais intensos (hospital-dia, oficina protegida, pensão protegida, hospitalização psiquiátrica prolongada etc). Desses, cerca de 1/4 (5% dos 100 iniciais) irá apresentar sintomas permanentes de tal gravidade que requererá internação prolongada (mais de 1 ano). Para Hafner, tratar esse subgrupo de esquizofrênicos, bem como outros

doentes crônicos graves, permanentemente sintomáticos, fora de um hospital psiquiátrico, além de extremamente caro, é completamente irracional (34).

#### 2.6.2. Número de Leitos por Habitantes

A OMS, em 1976, procedeu a uma classificação de países, em relação à oferta de leitos psiquiátricos. No grupo A (Suécia, Irlanda e outras), incluem-se os países com alto índice de leitos psiquiátricos (4 a 6/1000 habitantes), no grupo B (Áustria, RFA, Inglaterra e outros) estão os países de índices médios (1,6 a 1,8/1000 habitantes) e no grupo C (Turquia, Marrocos e outros) os países com baixo índice de leitos psiquiátricos (menos que 0,5/1000 habitantes) (36).

Esta classificação descritiva não responde entretanto a questão de qual deveria ser o número de leitos psiquiátricos num sistema de assistência psiquiátrica bem planejado.

Vários autores, para efeito de estudos de planejamento em saúde, têm proposto que se dividam os leitos psiquiátricos em duas categorias: leitos de curta (até 3 meses) e média (3 meses a 1 ano) permanência e leitos de longa (mais de 1 ano) permanência (34,35,36).

Freeman et al, apud Hafner(34), num estudo publicado pela OMS em 1985 estimou que de modo geral, para os países europeus, um valor entre 0,5 a 1,0 leitos por 1000 habitantes seria uma cifra adequada. Para áreas que dispõem de uma rede de alternativas assistenciais bem funcionante, 0,5 leitos/1000 habitantes, ou menos, daria conta da demanda (34).

Fryers(37), estudando a área da grande Manchester (Inglaterra), verificou em 1974 um índice de 2 a 3 leitos/1000 habitantes. Este autor julga que o valor de 0,5 leitos/1000 habitantes, projetado para 1982, iria produzir um impacto negativo no sistema assistencial. Propôs, então para essa região, as cifras de 0,8-1,0 leitos/1000 habitantes, para leitos de curta e média permanência e 0,6 leitos/1000 habitantes, para leitos de longa permanência.

Hafner, trabalhando com um sistema de assistência psiquiátrica rico em alternativas como o de Mannheim (várias estruturas extramurais e intermediárias), propôs em 1987, os valores de 0,5 - 0,8 leitos/1000 habitantes (população acima de 15 anos) para leitos de curta e média permanência e 0,3 a 0,6/1000 habitantes (população acima de 15 anos) para leitos de longa permanência (34).

Finalizamos com Goldman(6), que afirma que o processo de desinstitucionalização parece estar mostrando, em relação aos leitos psiquiátricos, que se menos leitos podem significar algo melhor, nenhum não significa necessariamente algo ótimo. ("Although the evidence argues that "less is better", there is no evidence that "none is optimal") (6).

## **2.7. Alguns Aspectos da Assistência Psiquiátrica no Brasil.**

### **Estado de São Paulo e Campinas.**

#### **2.7.1. Brasil**

Os dados referentes a leitos psiquiátricos do anuário estatístico do IBGE referentes ao ano de 1985, indicavam que existiam no Brasil 123.355 leitos psiquiátricos, dos quais 74.031 eram pri-

vados (sendo a quase totalidade destes leitos conveniados com o INAMPS) e 49.324 públicos. Estes valores dão taxas de 0,90 leitos/1000 habitantes (0,36 públicos e 0,54 privados). Tais taxas colocavam o Brasil numa faixa intermediária entre países como Áustria, Alemanha e Inglaterra (1,6 a 1,8/1000 habitantes) e países como Turquia e Marrocos (menos de 0,5 leitos/1000 habitantes) (38). (Ver Tabela I)

Entretanto, a diferença entre as macrorregiões eram marcantes. O Sudeste tinha 1,53 leitos/1000 habitantes e o Nordeste 0,46/1000 habitantes. Também na área de saúde mental pode-se notar como a oferta de serviços de saúde acompanha muito mais o nível de desenvolvimento econômico do que a distribuição populacional e sua consequente demanda de serviços (Tabela I) (38). O estado de São Paulo, que continha 21% da população brasileira tinha 30% dos leitos psiquiátricos, enquanto a região do nordeste com 29% da população dispunha de apenas 14% dos leitos psiquiátricos (Tabela I) (38).

### 2.7.2. Estado de São Paulo

Dentro do próprio estado de São Paulo existiam diferenças inter-regionais muito significativas. Por exemplo, como salienta Pitta-Hoisel(39), para a região sanitária de Bauru existiam, em 1981, 4,21 leitos psiquiátricos por 1000 habitantes, enquanto que a região do Vale do Ribeira não contava com nenhum leito psiquiátrico. De fato, a regionalização é muito precária nos serviços psiquiátricos brasileiros.

Segundo dados do IBGE havia no estado de São Paulo em 1985 37.543 leitos (1,27/1000 habitantes), sendo 7.448 públicos

(0,25/1000 habitantes) e 30.095 privados-conveniados (1,02/1000 habitantes) (38).

Em relação a diagnósticos e tempo de permanência da população internada neste estado, segundo dados da CIS (Secretaria de Saúde do Estado) referentes ao ano de 1988, os diagnósticos mais frequentes eram: alcoolismo 30,2%, psicoses esquizofrênicas 23,2%, psicoses não-esquizofrênicas (orgânicas, afetivas, etc.) 21,8%, oligofrenias 5% e outros 20%. O alcoolismo está provavelmente sub-notificado, porque, como o INAMPS paga automaticamente até 30 dias de internação para alcoolismo e 60 dias para psicoses, estima-se que os médicos "diagnostiquem" psicoses em casos que de fato são alcoolismo. Para o tempo de internação os dados da CIS indicam: internações curta (0 a 1 mês) 46,7%, internações de 1 a 3 meses 36,0%, internações de média permanência (3 a 12 meses) 13,4% e internações de longa permanência (mais do que 1 ano) 3,9%. Para o alcoolismo tem-se: internações de até 1 mês 75%, e internações de 1 a 3 meses 22,3%. Atualmente há forte tendência a se conceber a internação para alcoolistas apenas para períodos de desintoxicação, tratamento de intercorrências e preparação para o tratamento ambulatorial, o que se realiza num período de uma a duas semanas (Tabela II e III).

Pode-se portanto afirmar que as internações em nosso estado tem um predomínio de psicóticos e alcoolistas e com média de internação acima do que seria recomendável. Esses dois grandes grupos de distúrbios representam seguramente o contingente majoritário de pacientes sujeitos ao processo de reinternações seguidas (fenômeno da porta giratória) (Tabela II e III).

### 2.7.3. Campinas

Em relação a Campinas, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde - CIMS, coordenada por Maciel e Villar em 1987, realizou levantamento de dados referentes a internações e serviços ambulatoriais em saúde mental. No ano de 1987, havia em Campinas seis instituições que forneciam internações psiquiátricas. Para uma população projetada de 911.598 habitantes havia 886 leitos psiquiátricos (0,97/1000 habitantes). Destes, por volta de 686 eram de curta e média permanência - até 1 ano (0,75/1000 habitantes) e 200 de longa permanência - mais de 1 ano - (0,22/1000 habitantes) (Ver Tabela IV).

Observando-se a tabela IV, pode-se notar como as instituições diferem quanto à população internada e quanto ao perfil assistencial. Os hospitais conveniados e o hospital filantrópico são instituições do tipo "hospital psiquiátrico tradicional" (prédios antigos, grandes enfermarias, baixas taxas staff-paciente etc.). Entretanto, no hospital filantrópico as condições de alojamento e cuidados eram sensivelmente melhores (por razões próprias da instituição) (Tabela IV).

Os hospitais universitários têm uma média para o período de internação bem inferior aos "hospitais psiquiátricos tradicionais". São unidades psiquiátricas em hospital geral e foram concebidas para prestar serviço de internação para pacientes agudos (UNICAMP) e triagem e internação de emergência (PUCCAMP). Entretanto, elas representam um percentual muito pequeno do total de leitos, apenas 6% (Tabela IV).

Estas duas instituições têm um perfil de população assistida marcadamente diferente. A PUCCAMP atende a uma população preponderantemente masculina (75%) e majoritariamente composta de alcoolistas (57%). A UNICAMP atende a uma população com leve predomínio de mulheres (55%) e diagnóstico de "psicose" preponderante (52%). É interessante notar a baixa frequência de alcoolistas na unidade da UNICAMP (7%). Tal perfil relaciona-se provavelmente ao fato do HC-UNICAMP ser uma instituição fortemente voltada para o ensino e a pesquisa, tendo maior interesse em internar os chamados "casos interessantes", rejeitando no ato de internação os alcoolistas crônicos. A PUCCAMP funciona como triagem para internação em "hospitais tradicionais", o que talvez explique a alta frequência de alcoolistas, que buscam entrar no sistema de internação. Além disso, o leito-dia da PUCCAMP é bem remunerado pelo INAMPS. Este reembolsa o leito psiquiátrico de emergência (até 72 horas) pelo valor de um leito de UTI (Tabela IV).

Nos "hospitais psiquiátricos tradicionais" conveniados com o INAMPS o predomínio é de "psicose" (23%, 52% e 63%) e de alcoolismo (33%, 35% e 36%). O alcoolismo está aqui provavelmente subnotificado, por razões já expostas. O hospital conveniado tem interesse nessa clientela, pois ela representa uma ocupação de leitos segura e pouco onerosa à instituição (Tabela IV).

O hospital filantrópico tem clara função asilar, apresentando um predomínio de leitos de longa permanência - mais de 1 ano (60%) e uma frequência significativa de pacientes com diagnóstico de psicose orgânica e oligofrenia (30%) (Tabela IV).

Para finalizar, consideraremos alguns dados referentes à assistência ambulatorial de Campinas e região sanitária - adminis-

trativa (ERSA-27), já que os serviços extramurais têm sido colocados como alternativa à internação psiquiátrica (39,40).

A região sanitária administrativa de Campinas engloba Campinas e mais 10 cidades vizinhas. Campinas conta com cerca de 50% da população do ERSA-27, que ao todo soma por volta de 2 milhões de pessoas. Aqui também se observa uma má distribuição de serviços. Embora Campinas contenha cerca da metade da população do ERSA-27, ela concentra 85% dos profissionais de saúde mental da rede pública ambulatorial e 89% das horas/profissional. No ERSA-27 existem 5 cidades, com 27% da população da região, que não possuem nenhum profissional de saúde mental em serviço público ou conveniado (Sumaré, Santa Barbara D'Oeste, Monte Mor, Nova Odessa e Cosmópolis) (Tabela V).

O documento da CIMS de 1987 aponta as principais dificuldades e falhas da rede de serviço ambulatorial (40) (Tabela V):

a) o atendimento psiquiátrico na maior parte das vezes se resume à prescrição de psicofármacos. Entretanto, o mais grave é que geralmente essas drogas são prescritas de forma inadequada, utilizando-se na maior parte das vezes a polifarmacoterapia e padrões de medicação em total desacordo com as normas existentes;

b) em 1987, a consulta psiquiátrica, em alguns serviços chegava em torno de 6 a 8 atendimentos por hora/psiquiatra. Com esse tempo só é possível esperar que o ambulatório funcione como entreposto de distribuição de fármacos;

c) o serviço de psicologia geralmente limita-se a avaliação de crianças, principalmente do grupo de "distúrbios de aprendizado", sem qualquer integração com a rede escolar;

d) o perfil global da atuação dos serviços ambulatoriais é de realização de atendimentos individuais. Não há programas específicos, nem planejamento assistencial. A resolutividade parece ser muito baixa;

e) não há integração entre os serviços de internação psiquiátrica e a rede de serviços ambulatoriais.

Tais críticas assinalam a dificuldade em se estruturar uma rede de assistência psiquiátrica extramural, que possa ser colocada como alternativa tecnicamente satisfatória a modelos médicos-psiquiátricos antigos e ultrapassados. Sem enfrentar tais dificuldades frontalmente, pouco se avançará na implantação do processo de desinstitucionalização do doente mental.

Tabela I

1985	Leitos Psiquiátricos			Leitos Psiq. por 1000 habitantes			
	População	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados
				Conveniados			Conveniados
				c/INAMPS			c/INAMPS
Brasil	135.564.400	123.355	49.324	74.031	0,90	0,36	0,54
Nordeste	39.005.200	17.825	5.405	12.420	0,46	0,14	0,32
Sudeste	59.134.200	90.531	38.873	51.658	1,53	0,66	0,87
Estado de							
São Paulo	29.541.900	37.543	7.448	30.095	1,27	0,25	1,02
Campinas							
dados p/1987	911.588	886	268	618	0,97	0,29	0,68

Fonte: Anuário Estatístico do IBGE 1987/188, Rio de Janeiro 1988

Tabela II

Tempo de Permanência no Hospital  
Período: 1988 - Sexo masculino  
Total

Diagnóstico - CID 9	Tempo de Permanência						Total
	0-1m nº %	31-90d nº %	91-365d nº %	1-5a nº %	+5a nº %	nº %	
Psic. Esquizofrenicos -295	879 39.0	1008 44.8	230 10.2	45 2.0	88 3.9	2250 20.5	
Alcoolismo -291, 303	4412 77.1	1192 20.8	102 1.8	12 0.2	3 0.1	5721 52.1	
Psic. não Esquizofrenia 290, 292, 293, 294, 296, 297, 298	582 44.4	512 39.0	172 13.1	23 1.8	21 1.6	1310 11.9	
Oligofrenia-317, 318, 319	185 35.1	170 32.2	69 13.0	40 7.6	63 11.9	527 4.8	
Psic. não especificadas 298,9	302 47.7	253 40.0	62 9.8	12 1.9	3 0.5	632 5.8	
Outros - 300, 301, 302, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 345, V. 40,9	319 60.1	151 28.4	34 6.4	6 1.1	20 3.8	530 4.8	
Total	6679 60.8	3286 29.9	669 6.1	138 1.3	198 1.8	10970	

Tabela III

Tempo de Permanência no Hospital  
Período: 1988 - Sexo Feminino  
Total

Diagnóstico - CID 9	Tempo de Permanência						Total
	0-1m nº %	31-90d nº %	91-365d nº %	1-5a nº %	+5a nº %		
Psic. Esquizofrenicas - 295	629 36.3	780 45.0	181 10.4	28 1.6	113 6.5	1731 25.8	
Alcoolismo - 291, 303	395 72.4	130 23.8	16 2.9	2 0.4	2 0.4	545 8.2	
Psic. não Esquizofrenia 290, 292, 293, 294, 296, 297, 298	454 21.3	567 26.7	1042 49.1	24 1.1	35 1.6	2122 31.7	
Oligofrenia - 317, 318, 319,	110 33.7	111 34.0	42 12.8	9 2.8	54 16.5	326 4.9	
Psic. não especificadas - 298,9	404 47.4	349 41,0	84 9.9	8 0.9	6 0.7	851 12.7	
Outros - 300, 301, 302, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 345, V.40,9	185 16.6	877 79.0	17 1.5	10 0.9	21 1.9	1110 16.6	
Total	2177 32.5	2814 42.0	1382 20.6	81 1.2	231 3.5	6685	

Fonte: CIS (dados obtidos no sistema RCI)

**Tabela IV - Serviços de Internação Psiquiátrica do Município de Campinas  
1987.**

	Nº de Leitos	Taxa de Ocupação	Média de Permanência	Nº de Profissionais Nível Sup.	Total
1.Sanatório Dr.Cândido Ferreira (Instituição Filantrópica)	216	88,4%	156	15	78
2.Casa de Saúde Dr. Bierrembach de Castro (Conveniada com o INAMPS)	279	43% (dado não confiável)	72	21	103
3.Hospital Tibiriçã (Conveniado com o INAMPS)	144	88,4%	44,6	7	30
4.Casa de Saúde "Vale da Alvorada" (Conveniada com o INAMPS)	195	99%	57,8	14	59
5.Unidade de Internação Psi- quiátrica do HC da UNICAMP (Serv. Universitário)	12	95	19,4	19	32
6.Unidade de Emergência Psiquiátricas do Hosp. da PUCCAMP (Serv. Universi- tário)	40	-	2,6	12	35
Total	886	-	-	88	247
(Leitos por 1000 habitantes) (0,97)					

Fonte: CIMS - Grupo de S. Mental, Sec. Estadual e Municipal de Saúde - 1987

**Tabela IV (Cont.) - Serviços de Internação Psiquiátrica do Município de Campinas - Perfil da clientela internada no ano de 1987.**

	Sexo dos Pacientes(%)		Porcentagem de diagnósticos dos pacientes internados em 1987				
	M	F	Alcool	Psicoses Funcion.	Psicoses Org.e Olig.	Neur.	Outros
1.Sanatório Dr. Cândido Ferreira (Instituição Filantrópica)	57	43	35	23	30		11
2.Casa de Saúde Dr. Bierrembach de Castro (Conveniada com INAMPS)	-	-	36	52		4	6
3.Hospital Tibiriçá (Conveniado com o INAMPS)	-	-	-	-		-	-
4.Casa de Saúde "Vale da Alvorada" (Conveniada com o INAMPS)	-	-	33	63		1	2
5.Unidade de Internação Psiquiátrica do HC-UNICAMP (Serviço Universitário)	45	55	7	52	9	17	15
6.Unidade de Emergências Psiquiátricas do Hosp. da PUCCAMP (Serv.Universitário)	75	25	57	27	5	4	7

Obs.: Não foram incluídas duas clínicas privadas, que não têm convênio com o INAMPS e que atendem uma clientela de nível sócio-econômico bem alto. Cada uma dessas clínicas tem por volta de 15 leitos.

Fonte: CIMS - Grupo de Saúde Mental. Secretárias de Saúde do Estado e do Município - 1987.

**Tabela V - Rede Ambulatorial Pública de Saúde Mental em Campinas e ERSA-27 (1987/88)**

		Nº de Serviços	Nº de Profissionais	Horas Profissionais por semana
Município de Campinas	Serviços de Saúde Mental em Centros de Saúde Geral	3	9	184
(Cerca de um milhão de habitantes)	Serviços Específicos de Saúde Mental	5	65	1.781
	Sub-Total	8	74(85%)	1.965(88%)
Cidades do ERSA-27 fora Campinas	Serviços de Saúde Mental em Centros de Saúde Geral	4	8	172
(Cerca de um milhão de habitantes)	Serviços Específicos de Saúde Mental	1	5	100
	Sub-Total	5	13(15%)	272(12%)
Total (Cerca de dois milhões de habitantes)		13	87	2.237

Fonte: Secretarias Estadual e Municipal de Saúde - CIMS - Campinas, outubro de 1987.

## Referências (Capítulo 2)

1. R.C.Bland. Psychiatric Epidemiology. Com. J. Psych. Vol.33, Out. 1988.
2. D.L.Regier. J.D.Burke. Quantitative and Experimental Methods in Psychiatry. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. Edt. by H.I.kaplan and B.J.Sadock, Baltimore, Willians and Wilkins, 1985.
3. B.R.Lima. Epidemiologia Psiquiatrica. Acta Psiq. e Psicol. Am. Lat., 33, 43-54, 1987.
4. A.J.Marseella. Cross-Cultural Research on Severe Mental Disorders: issues and findings Acta Psych. Scand. (Suppl.) nº 344, Vol.78, 1988.
5. V.S.Santana, N.Almeida Filho, J.J.Mari. Revisão dos estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil. J. Brasil. de Psiq. Vol. 37, nº 5,6 (partes 1 e 2), 1988.
6. H.H. Goldman. Psych. Epidemiology and Mental Health Services Research. In: General Psychiatry 2nd ed. Edt. by H.H.Goldman Baltimore, Prentice-Hall, 1988.
7. J.P.Morrissey. Social Psychiatry. In: General Psychiatry 2nd ed. Edt. by H.H.Goldman, Baltimore, Prentice-Hall, 1988.
8. H.Hafner. Are Mental Disorders Increasing over time? Psychopathology 18, 66-81, 1985.
9. R.L.Hough, D.A.Regier, et al. Utilization of Health and Mental Health Services by Los Angeles Mexican Americans and Non-Hispanic Whites. Arch. Gen. Psych. Vol. 44, aug. 1987.
10. N.J.Lavik. Utilizations of Mental Health Services Over a Given Period. Acta Psych. Scand. Vol 67, 404-413, 1983.

11. S.Sytema. R.Giel.; ten Horn G.H.M.M. Patterns of care in the Field of Mental Health. Acta Psych. Scand. 79, 1-10, 1987.
12. H.Hafner, der W.Heiden. The impact of a changing system of care on patterns of utilization by schizophrenics Soc. Psych. 18, 153-160, 1983.
13. M.Meller, et al. The use of psychiatric facilities by depressives. Results of the upper Bavarian Study. Acta Psych. Scand. 79, 23-31 1989.
14. S.Sytema, et al. Use of Mental Health Services in South Verona and Groningen. Acta Psych. Scand. 79, 153-162, 1989.
15. W.C.Cockerham. Sociology and Psychiatry. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry IV, Vol I (pp 265-273). Ed. H.I.Kaplan, B.J.Sadock, Baltimore, Williams Wilkins, 1985.
16. J.Halldin. Prevalence of Mental Disorder in an Urban Population in Central Sweden in Relation to Social Class, Mental Status and Immigration. Acta Psych. Scand 71, 117-127, 1985.
17. A.B.Holligshead e F.C.Redlich. Social Class and Mental Illness New York, John Willey and Sons Inc.,1958 (3rd. printting,1967).
18. A.L.de Souza. Bahia de todos os loucos. Um Estudo de Psiquiatria Social. Salvador, Contemp. Ed., 1984.
19. H.B.M.Murphy. Migration, Culture and Mental Health. Psychol. Med., 7 677-684, 1977.
20. W.Kuo. Theories of Migration and Mental Health: An Empirical Testing on Chinese-Americans. Soc. Scienc. and Med. Vol. 10, 297-306, 1976.
21. N.Almeida Filho. Epidemiologia Social das Desordens Mentais: Revisão da Literatura Latino-Americana. In Cidadania e Loucura. Petrópolis, Ed. Vozes. 1987.

22. D.B.Larsm, et al. Religious Affiliations in Mental Health Research Samples as Compared with National Samples. *J.Nerv. and Ment. Disease* Vol. 177, nº2, 109-111, 1989.
23. J.Kroll, W.Sheehan. Religious Beliefs and Practices Among 52 Psychiatric Inpatients in Minnesota. *Am. J. Psych.* 146, 1 Jan, 1989.
24. D.M.Ndetei, A.Vadher. Cross-Cultural Study of Religious Phenomenology in Psychiatric In-patients. *Acta Psych. Scand.* 72, 59-62, 1985.
25. C.Possas. *Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil.* São Paulo, Edt. Hucitec, 1989.
26. R.Gonzáles. Tendencias de la Salud Mental en América Latina. *Acta Psiq. e Psicol. América Latina*, 22, 232, 1976.
27. H.H.Goldman, C.A.Taube, D.A.Regier, M.Witkin. The Multiple functions of the State Mental Hospital. *Am. J. Psych.* 140: 3, March, 1983.
28. R.L.Okin. The Future of State Hospital: Should there be one? *Am.J.Psych* 140: 5, May, 1983.
29. *British Medical Journal (Editorial) Asylums Are Still Needed.* *Brit. Med. J.* nº 6002, pg 111, Jan., 1976.
30. L.L.Bachrach. Asylum and the Chronically Ill Psychiatric Patients. *Am. J. Psych.* 141:8, Aug, 1984.
31. H.Strotzka. *Elementos de Psiquiatria Social.* Rio de Janeiro, Bloch Ed., 1968.
32. A.V.Snezhnevski. Organización de la Assistência Psiquiátrica y Narcológica. In. A.V.Snezhnevski. *Manual de Psiquiatria.* Edit. Moscou Mir., 1987.
33. R.W.Manderscheid et al. A Review of Trends in Mental Health Servies. *Hosp. Commun. Psych.* Vol. 35, nº 7, July, 1984.

34. H.Hafner. Does we still need beds for psychiatric patients? Acta Psych. Scand. 75: 113-126, 1987.
35. P.Braun, et al. Overview: Deinstitutionalization of Psychiatric Patients. A critical review of outcome studies. Am. J. Psych. 136: 6, June, 1981.
36. P.E.Muños-Rodrigues, J.A.Ramos-Brieva, M.J.R.Borrego. Ocupacion de Camas Psiquiatricas en Madrid. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiq. 13(3) 131-135, 1985.
37. T.Fryers. Pychiatric in-Patients in 1982: how many beds? Psychological Medicine, 4, 196-211, 19, 1974.
38. Anuário Estatístico do IBGE. 1987/1988. Rio de Janeiro, IBGE, 1988.
39. A.M.Pitta-Hoisel. Sobre uma Política de Saúde Mental. Tese de Mestrado apresentada ao Depto. Med. Preventiva, Fac. Medicina, USP, São Paulo, 1984.
40. Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde - CIMS - Grupo de Trabalho de Saúde Mental. Propostas de Organização em Saúde Mental. Campinas, Outubro de 1987. (Texto Mimiografado).

### Capítulo 3

#### A CONSTITUIÇÃO DAS UIPHG<sub>s</sub>: DOS PRIMÓRDIOS AOS DIAS ATUAIS

### 3.1. Panorama Geral

Ao trazer a evolução das UIPHGs alguns autores citam como exemplos precoces experiências isoladas como a de Thomas Guy, em 1720, que montou uma enfermaria para doentes mentais em um hospital geral de Londres e a unidade psiquiátrica do Hospital Geral da Pensilvânia, fundada em 1755. A elas, podem-se acrescentar os "quartos fortes" das Santas Casas brasileiras no início do século passado e, com uma conotação um pouco mais médica, na metade do século passado, as clínicas psiquiátricas alemãs adjacentes a hospitais gerais, que tiveram em Griesinger um defensor ilustre(1,2,3,4).

Este tipo de internação, apesar de feita no hospital geral ou próxima a ele, não tinha o mesmo caráter que têm as internações nas unidades modernas, atreladas a toda uma filosofia terapêutica desenvolvida neste século.

O início das UIPHGs com o sentido atual é marcado pela abertura da Unidade de Internação Psiquiátrica do Albany Medical Center (Nova Iorque), em 1902. J.M. Mosher, seu fundador e primeiro diretor, postulava que:

- os distúrbios mentais são doenças no sentido médico;
- o tratamento precoce é importante e pode ser oferecido de forma mais adequada em hospitais gerais locais;
- é necessária a educação dos internos, enfermeiros e do público em geral em relação à doença mental. O melhor lugar para tal educação é o hospital geral;
- as consultas psiquiátricas junto aos outros especialistas médicos são benéficas a todos pacientes do hospital.

Outras unidades iriam surgir, muito esparsadamente, nas décadas de 20 e 30. Mas seria apenas na década de 40, com o final da 2ª Grande Guerra, que o movimento das UIPHGs apresentaria uma expansão significativa(1,2). Antes disso, muitas delas estavam acopladas a departamentos de Neurologia e Neurocirurgia, funcionando apenas como centros de diagnóstico e triagem para hospitais psiquiátricos ou para outros serviços(2).

A partir do final da 2ª Guerra, as UIPHGs vão se estabelecendo como alternativa de internação terapêutica, principalmente para situações clínicas agudas. As internações de curta permanência (meno de 1 ou 2 meses) constituem seu modus operandi básico.

Várias razões são apontadas como responsáveis por este movimento. Entre as mais significativas, pode-se citar:

- a experiência de pequenas enfermarias em hospitais militares para soldados em crise ou com distúrbio mental agudizado, que mostraria aos médicos a possibilidade de se montar enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais civis;

- a condenação quase que unânime do macrohospital psiquiátrico, tanto por médicos e planejadores de saúde, como pela opinião pública;

- a adoção, por parte de psiquiatras, de toda uma corrente de pensamento e proposta da saúde pública (Ao terminar a 2ª Guerra, cresce a produção e divulgação nos campos da saúde comunitária, medicina social, planejamento de saúde etc. Muitos psiquiatras passam a compartilhar dessas novas formas de pensar e organizar a assistência médica);

- o desenvolvimento de recursos terapêuticos que viabilizavam e tornavam mais ágeis o tratamento dos quadros psiquiátricos graves - particularmente a eletroconvulsoterapia nas décadas de 30 e 40 e a psicofarmacoterapia nos anos 50;

- o desenvolvimento das abordagens psicoterapêuticas (uso da psicanálise em instituições, técnicas grupais e psicoterapia breve) e socioterapêuticas (terapia ocupacional, laborterapia, terapia do meio e comunidade terapêutica) (1,2,5).

O surgimento e crescimento numérico das UIPHGs, apesar de terem sido um fenômeno mundial, não se desenvolveu com a mesma intensidade em todos os países. Foi um fenômeno mais significativo nos países desenvolvidos da Europa e América do Norte. Nos países subdesenvolvidos este processo foi, e ainda é, muito restrito. O modelo asilar continua sendo o dominante.

Mesmo entre os países desenvolvidos o processo não se desenvolveu homogêneamente. Em alguns, as UIPHGs tiveram crescimento numérico significativo e passaram a representar um papel de destaque no campo das internações psiquiátricas (principalmente de casos agudos). Isto ocorreu de forma mais importante nos EUA, Canadá, Inglaterra e mais recentemente, Itália.

Vejamos agora como se estabeleceram as UIPHGs em diferentes contextos, enfocando particularmente os casos dos EUA, Inglaterra e Itália, por se tratarem de realidades nas quais as UIPHGs tiveram e têm larga divulgação e, por apresentarem especificidades que as diferenciam claramente.

Em seguida examina-se a instalação das UIPHG's no contexto dos países subdesenvolvidos, com destaque para as realidades latino-americana e brasileira, que nos dizem respeito e interessam particularmente.

Os países do bloco socialista não serão abordados pela dificuldade de acesso à literatura específica.

### 3.2. As UIPHG's em Diferentes Contextos

#### 3.2.1. EUA

A primeira UIPHG nos EUA iniciou seu funcionamento em 1902, no Albany Hospital. Entretanto, o primeiro impulso de crescimento se deu a partir de 1933, quando a fundação Rockefeller patrocinou a abertura de várias unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais universitários. F.G. Ebaugh, chefe do departamento de Psiquiatria da Universidade do Colorado, diretor de uma destas unidades, publicou, em 1940, o primeiro livro sobre o tema(1,2).

Na década de 40, havia nos EUA cerca de 40 UIPHG's, principalmente em hospitais universitários(1).

Com o final da 2ª Guerra, deu-se a grande arrancada na implementação destas unidades(1,2,5). Conforme evidencia o quadro abaixo:

Ano	Nº de UIPHG's	Leitos em UIPHG's
1940	40	-
1952	205	7000
1963/4	536	18500
1970	766	27500
1976	840	29000

(Fontes: Referências 1,2,5,6)

De 1952 para 1976, o número de UIPGHs cresceu de 205 a 840 e os leitos de 7000 para 29000 (1,2,5,6).

Em 1955, os hospitais psiquiátricos públicos contavam com 49% de todos os leitos psiquiátricos e, em 1977, este percentual caiu para 9%. Neste mesmo período, o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais cresceu de 7000 para 29000 (6). Assim, o aumento vertiginoso das UIPGHs, foi acompanhado por um decréscimo de leitos e internações nos hospitais psiquiátricos (principalmente públicos). Houve de fato um decréscimo de 2/3 da população dos "Public Mental Hospitals" entre 1955 e 1977. A população de internos destes hospitais caiu de 560.000 para 184.000 neste período. Este processo deveu-se principalmente à política de desinstitucionalização, à diminuição da média do tempo de internação, ao uso de psicofármacos e à expansão de outros serviços ambulatoriais e de internação, entre eles as UIPGHs (em 1971, 43% de todas as internações psiquiátricas foi em UIPGHs) (1,2,5,6).

Para que se tenha uma idéia de como se organiza a assistência psiquiátrica nos EUA, cabe anotar como as internações psiquiátricas estão espalhadas pelos grandes serviços nesse país:

- UIPGHs (públicas e privadas);
- leitos psiquiátricos espalhados por enfermarias não psiquiátricas de hospitais gerais;
- hospitais psiquiátricos públicos;
- hospitais psiquiátricos privados;
- centros comunitários de saúde mental;
- hospitais da "Veterans Administration";

- centros de tratamentos residenciais.

A partir da década de 60, o crescimento das UIPHGs seria acompanhado de um gama de políticas sociais claramente diferenciadas (1,2,5,6,7,8).

Em 1961, a "Joint Commision on Mental Illness and Health", da "American Psychiatric Association" (APA), afirmou categoricamente que nenhum hospital geral devia se considerar completo se não comportasse uma unidade de internação psiquiátrica. As internações psiquiátricas deveriam ser feitas, sempre que possível, em hospitais gerais. Neste ano, a "American Medical Association" e a "American Hospital Association" endossariam e recomendariam a política de construção de UIPHGs(1,2).

Em 1963, o então presidente Kennedy, dentro de seu programa de políticas sociais, enviou mensagem ao Congresso condenando os macrohospitais psiquiátricos e recomendando que os Centros Comunitários de Saúde Mental (CMHCs) passassem a ser o centro da assistência ao doente mental(1,2,5). Apesar desta mensagem recomendar que tais CMHCs fossem sempre integrados a hospitais gerais regionalizados, não havia uma determinação explícita para que isto ocorresse de forma obrigatória. Conseqüentemente, o desenvolvimento das UIPHGs e dos CMHCs não ocorreu de forma integrada(1,2,5).

Os CMHCs são públicos, com uma abordagem fortemente multidisciplinar e uma filosofia que tende a reduzir a abordagem estritamente médica da assistência psiquiátrica. Sua população alvo, de início, seriam os egressos desinstitucionalizados dos hospitais psiquiátricos, particularmente os mais pobres. Também a prevenção, tal qual formulada por G.Kaplan, estaria no leque de seus objetivos(8,9,10,11).

No plano original de Kennedy, deveriam ser construídos cerca de 2000 CMHCs nos EUA no prazo de alguns anos (7).

Os CMHCs apresentaram dificuldades importantes na execução de seus objetivos. Ao se afastarem do modelo médico, acabaram também se afastando dos doentes mentais mais graves. Alguns autores(9,10,12,13) afirmam que os CMHCs passaram a atender uma demanda reprimida de distúrbios psiquiátricos menos graves - pessoas infelizes, mas não necessariamente doentes(9,10) - relegando às ruas os doentes mentais crônicos e mais pobres, antes internos crônicos, vítimas de hospitalismo. Estas dificuldades tornaram-se ainda maior nos anos do governo Reagan devido aos cortes financeiros aos programas sociais. Dos 2000 CMHCs inicialmente propostos, hoje estão funcionando apenas cerca de 563(12).

As UIPHGs públicas e as privadas vieram se diferenciando quanto ao perfil de clientela. As públicas tendem a atender uma população mais jovem, mais pobre e com distúrbios psiquiátricos mais severos (36% esquizofrênicos, 24% depressivos, em 1975). Já as privadas atendem pacientes mais velhos, mais abastados economicamente e, em geral, menos graves (43% depressivos, 20% esquizofrênicos, em 1975) (8,9,10). Muitas UIPHGs privadas nos EUA não aceitam pacientes involuntariamente internados, o que diminui a gravidade da população atendida (8,9,10).

Em 1976, das 840 UIPHGs, 141 eram públicas e 699 privadas, funcionando com os diversos seguros médicos privados (por exemplo Blue Cross) e públicos (MEDAID e MEDCARE) (1).

Em resumo, pode-se afirmar que nos EUA o desenvolvimento das UIPHGs mostrou o seguinte perfil(1,9):

- crescimento numérico intenso da década de 50 aos dias atuais;
- os leitos em UIPHGs cresceram proporcionalmente ao decréscimo dos leitos em hospitais psiquiátricos públicos;
- os leitos em hospital psiquiátrico público vem sendo substituídos por leitos privados em hospitais gerais;
- não houve integração satisfatória entre as UIPHGs e as CMHCs;
- as UIPHGs, subdivididas em públicas e privadas, foram formando perfis assistencial e de clientela distintos. Nos últimos anos é claro o predomínio das UIPHGs privadas.

### 3.2.2. Inglaterra

No final dos anos 40 e início dos 50, começou na Inglaterra o processo de desinstitucionalização. Maxwell Jones desenvolveu e propagou a chamada "Comunidade Terapêutica", uma forma radicalmente nova de gestão das instituições psiquiátricas, que incluía mudança de atitude do "staff" e dos pacientes. A política de "portas abertas" foi defendida para os hospitais psiquiátricos. No entanto o que está em questão é a reforma do macrohospital e a mudança de seu perfil de funcionamento, e não a proposta de fechamento dos hospitais psiquiátricos(15).

Foi no ano de 1959, com o "Mental Health Act of England and Wales", que as transformações passaram a ocorrer de forma mais clara. O conjunto de políticas previstas sob forma de lei neste ato, preconizava uma diminuição de 50% dos leitos nos hospitais psiquiátricos públicos, no prazo de 15 anos(16).

Seguindo a direção apontada pelo Ato de 1959, o ministro da Saúde, Enoch Powell, anunciou em 1963, uma política de desenvolvimento de unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais distritais e, em 1971, o departamento de saúde e segurança social reafirmou a política de redução dos hospitais psiquiátricos e desenvolvimento das UIPHGs distritais(16).

O crescimento da participação quantitativa das UIPHGs foi bastante significativo. De 15% das internações psiquiátricas em 1964, passou a 33.3% em 1977(17). (Ver tabela abaixo)

#### Internações Psiquiátricas na Inglaterra (1964 a 1977)

Ano	Internações	
	Nº	%
1964	23,151	14,9
1970	32,665	18,9
1971	35,000	20,2
1972	38,984	22,2
1973	39,678	22,8
1974	41,592	24,0
1975	48,119	27,5
1976	51,802	29,0
1977	58,335	33,3

Fonte: (Referência 17)

Esse crescimento foi desigual em relação às regiões do país, prevalecendo no noroeste, onde em 1977, 74,9% das internações ocorreram em hospitais gerais e sendo mínimo no Sudoeste, onde apenas 6,7% das internações foram feitas em UIPHGs. Este fato talvez se explique pelo surgimento das UIPHGs ter ocorrido em Manchester (17).

Algumas características da reforma psiquiátrica inglesa devem aqui ser destacadas.

**Primeiro**, tais reformas se deram num contexto político-social completamente diferente do Norte-Americano. Foi a política do "Welfare State", que preconizava a extensão dos serviços de saúde pública a toda população (aliás, uma das principais conquistas do Partido Trabalhista Inglês). Desenvolveu-se na Inglaterra um sistema de assistência médica público e universal, baseado fundamentalmente na atuação dos General Practitioners (GPs). A regionalização foi fundamental nesta política e abrangeu tanto a área de atuação dos GPs, como dos hospitais gerais distritais (16,17,18,19).

**Segundo**, toda reforma inglesa da assistência psiquiátrica, teve um caráter claramente regido pelo modelo médico. Apesar da conclusão da situação precária dos hospitais psiquiátricos, não houve no campo da assistência psiquiátrica uma crítica anti-institucional radical, nem a tentativa de desmontar o poder médico-psiquiátrico e as bases epistemológicas da psiquiatria, como, ocorreu na Itália(15,16).

Apesar de terem surgido centros de tratamento ambulatorial de saúde mental e hospitais-dia com participação de profissionais não médicos (assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicôlo-

gos etc.), a diretriz assistencial, mesmo destes centros, manteve-se orientada pelo modelo médico(16).

Os GPs passaram a ser responsáveis pelo atendimento da maior parte dos transtornos mentais menos severos (neuroses, reações de ajustamento, distúrbios de personalidade menos graves etc.). As internações passam a ocorrer em hospitais gerais distritais e hospitais psiquiátricos, hegemonicamente dirigidos por psiquiatras. Ao invés de negação do modelo médico, há um processo de modernização e racionalização assistencial. Nessa forma de organização da assistência, os diagnósticos clínicos e o uso de psicofármacos tiveram lugar de destaque(16).

Possíveis explicações para tal perfil seriam: um relativo sucesso do sistema médico inglês, a aceitação da psiquiatria como disciplina médica de direito pelas instituições médicas oficiais, e o caráter fortemente empírico-cientifista da cultura inglesa moderna (15,16,20).

Finalmente, sobre a questão mais específica das UIPHGs, pode-se dizer que: elas são na grande maioria públicas e regionalizadas, aceitando (ou devendo aceitar, conforme os planos) todo tipo de paciente psiquiátrico, sejam eles voluntários ou involuntários, graves ou menos graves, agudos ou crônicos. A única exigência na seleção dos internados é a de que pertençam à área de cobertura do hospital distrital (17,21,22). De forma resumida, as UIPHGs na reforma inglesa são:

- uma proposta com modelo claramente médico e com uma forte dimensão de planejamento (regionalização, hierarquização, etc.);

- são extensivas, cobrindo teoricamente toda a demanda da área;

- apesar do crescimento numérico e percentual significativo, não superaram quantitativamente as internações nos hospitais psiquiátricos tradicionais (que sofreram, entretanto, importantes reformas no seu funcionamento).

### 3.2.3. A Reforma Psiquiátrica Italiana

A política de desinstitucionalização do doente mental chegou à Itália num momento um pouco posterior ao dos EUA e Inglaterra, e com características bem distintas(23).

Até o final da década de 60, a assistência psiquiátrica era totalmente centrada nos velhos asilos, que apresentavam condições precaríssimas de funcionamento(25,26,27).

Nos anos 60, a participação de Franco Basaglia foi central no processo italiano. Psiquiatra acadêmico, fenomenólogo, ele abandonou a universidade para buscar soluções novas para os doentes mentais. Estagiando na Inglaterra e nos EUA, levou para a Itália, redimensionadas politicamente, as propostas de comunidade terapêutica e centros comunitários de saúde mental(23,24,25).

Em 1962, em Gorizia, próximo a Trieste, iniciou um processo de mudança radical em um hospital psiquiátrico tradicional de 600 leitos, desmedicalizando-o e questionando basicamente o poder médico e institucional sobre o doente mental(26,27).

Em 1973, com sua esposa, Franca Basaglia, e outros militantes, Basaglia fundou o movimento "Psichiatria Democratica", que

divulgaria junto a sindicatos, associações de classe, partidos políticos, imprensa etc., a denúncia radical ao asilo psiquiátrico e a necessidade de uma nova forma de lidar com a doença mental (25,26,27,28,29).

As origens e evolução das idéias e da prática política de Brasaglia e da "Psichiatria Democratica" articulam-se a alguns antecedentes históricos particulares da Itália:

- a condenação do estado facista, vivido com todo o seu terror, havia apenas duas décadas;

- a defesa da diferença, através da rica diversidade cultural das pequenas regiões italianas (uma certa influência anarquista, com seu elogio às diferenças e ojeriza ao planejamento central);

- a importação de correntes da contra-cultura, especificamente da anti-psiquiatria (Laing e Cooper, Szaz e Goffman, Castel e, num certo sentido, Foucault);

- fundamentalmente, a influência marcante de Antonio Gramsci na esquerda italiana. Este pensador e ativista marxista desenvolveu conceitos chaves como o de "hegemonia", "guerra de posições" e função dos "intelectuais orgânicos" na transformação da sociedade capitalista. Tais conceitos instrumentalizariam uma práxis política de esquerda que atingia não só as instituições políticas formais e os sindicatos, mas também um espectro bem mais amplo de instituições sociais: a escola, os centros universitários, as artes e a instituição psiquiátrica (23,25,29,30,31).

A "Psichiatria Democratica" teve seu ápice em maio de 1978, com a aprovação da Lei 180 (também chamada Lei Basaglia), que iria se inserir na lei de reforma sanitária nº 833 (23,24,25,29,32).

A Lei 180 afirma que:

1. fica proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos;
2. não serão permitidas novas internações em hospitais psiquiátricos de pacientes que nunca foram internados anteriormente;
3. os re-internos e internados que puderem ter alta, poderão permanecer nos hospitais psiquiátricos até o prazo de 31/12/1980. Depois disso deverão ser transferidos para outro tipo de instituição, e não poderão mais ser reinternados em hospitais psiquiátricos;
4. toda internação de pacientes psiquiátricos, que se fizer necessária, deve ser feita em unidades de hospital geral, de no máximo 15 leitos (que passaram a ser denominadas "Servizi di Diagnosi e Cura", SDC). Tais unidades não podem ser constituídas dentro de hospitais psiquiátricos, nem se pode internar pacientes psiquiátricos em enfermarias de neurologia ou neurocirurgia. Também não é permitido construir hospitais psiquiátricos dentro de hospitais gerais;

5. a permanência nessas unidades (SDC) deve ser a mínima possível, sendo que para pacientes internados compulsoriamente (com mandato do prefeito local) não deve ultrapassar 48 horas;
6. deve-se construir "centros psicossociais comunitários", regionalizados, com equipe multidisciplinar, ampla participação comunitária e não orientados segundo o modelo médico estrito. Tais centros passariam a ser o núcleo da atenção psiquiátrica;
7. deve-se regionalizar toda a assistência e dar participação importante às autoridades sanitárias locais, em termos de planejamento e execução (23,24,25,29,32).

A aprovação da lei 180 foi um fenômeno marcante e talvez único na história moderna das políticas de saúde. Tal lei foi idealizada e originalmente proposta por forças de esquerda, mas teve apoio, tanto da esquerda como da direita. A esquerda via nela a possibilidade de implementação de uma política anti-institucional, desmedicalizante e libertadora. A direita visava evitar que o movimento desencadeado pela "Psiquiatria Democrática" desembocasse num plebiscito como o do aborto (que possivelmente condenaria mais cabalmente o asilo e sua lei de 1904, atingindo por tabela as outras instituições tradicionais vigentes e o status quo). Os partidos de direita viam também na desativação dos hospitais psiquiátricos uma possibilidade de redução de gastos significativos pelo estado (23,24,32,33).

O impacto da reforma italiana, seu significado e consequências têm sido o tema de calorosas polêmicas. A própria implementação da lei tem enfrentado dificuldades importantes. Seus defensores apontam para a falta de vontade política de algumas autoridades em executá-la, a burocratização excessiva nos serviços regionais, os poucos recursos para a saúde e os preconceitos sobre a doença mental, ainda arraigados em profissionais da saúde e opinião pública geral. Os opositores à lei apontam para contradições internas da "Psichiatria Democratica" e da lei 180, como, por exemplo, o uso das unidades de hospital geral (SDC) numa proposta desmedicalizante, e acusam de ingenuidade extrema uma possível associação entre fim do hospital-asilo e fim da doença mental grave e crônica (23,24,29,33,34).

Os aspectos mais positivos da reforma italiana parecem ter sido: o decréscimo significativo da população de internos em hospitais psiquiátricos (embora tal tendência já viesse ocorrendo desde o final dos anos 60, desencadeada, segundo Cassano et al. (1985, 34), pelo uso de psicofármacos); o surgimento dos centros psicossociais como local bem mais humano de cuidado para os doentes mentais; e o surgimento das UIPHGs com a saída da psiquiatria de seu gueto para se integrar à medicina geral (23,29,33,35).

Entretanto, vários dados fazem com que a experiência italiana deva ser analisada com cautela.

A população de pacientes crônicos, que permaneceu internada nos hospitais psiquiátricos (em 1985 era por volta de 35.000) parece continuar sob condições muito precárias de assistência, pois o estado diminuiu ainda mais os poucos recursos a eles destinados (23,24,34,35).

Os centros psicossociais e as SDC que se instalaram a partir de 1978 estão concentradas no norte do país, mais rico e desenvolvido. O populoso sul permanece com uma carência importante de serviços psiquiátricos e ainda utiliza significativamente os hospitais psiquiátricos tradicionais. Analisando o processo italiano Kathleen Jones dizia: "atenção, Trieste não é a Itália"(24).

Apesar de terem sido planejados como centros comunitários para permanência diária e intercâmbio pessoal de experiências (equipe-pacientes), alguns centros tenderam a se transformar em simples ambulatórios de psiquiatria(23,24,34). As UIPHGs (SDC) são em número insuficiente, cobrindo uma demanda muito alta, o que as obriga a atender uma subpopulação de pacientes graves, muito selecionados, que muitas vezes têm de ficar contidos permanentemente nos leitos. Por exemplo, para a região de Florença, com 370.000 habitantes, existem apenas 8 leitos em hospitais gerais; em Salerno, com 1 milhão de habitantes, há 50 leitos e em Roma existem 45 leitos em SDC para 3 milhões de habitantes(23,24,25,29,34,35,36,38).

Talvez o ponto mais vulnerável da reforma italiana seja a falta de serviços ditos intermediários de moradia e custódia para o subgrupo dos pacientes crônicos, gravemente doentes, permanentemente sintomáticos ou sem família. Tal defasagem é mais dramática no sul do país(23,24,34,35,36,37).

Segundo K.Jones(23,24), quando se abole os asilos psiquiátricos numa sociedade moderna pode-se prever que o seguinte irá ocorrer:

os hospitais psiquiátricos passarão a ser utilizados com outros nomes (processo denominado por Scull de palavra-mágica). De fato, na Itália, alguns hospitais psiquiátricos passaram a se deno-

minar "abrigos" e os pacientes "hóspedes". Muitos idosos deixaram de ser pacientes psiquiátricos para ser pacientes geriátricos. A mudança de nome não necessariamente significa uma melhora no funcionamento da instituição;

- o stress familiar tenderá a aumentar, pelo peso que o cuidado de um doente crônico pode eventualmente representar. Tal fenômeno é difícil de ser avaliado, tanto na Itália como em qualquer país;

- as prisões tenderão a abrigar mais doentes mentais, sem entretanto ter recursos ou estruturas para isso. Parece ter crescido a população psiquiátrica nas prisões italianas;

- a população de doentes mentais sem casa ou equivalente tenderá a aumentar (Homeless Mental Ill);

- tenderá a aumentar o número de casas de repouso (nursing-homes) privadas. Isto também parece estar ocorrendo na Itália(23,24).

A reforma italiana, que no seu início foi claramente desmedicalizante e anti-institucional parece adquirir crescentemente uma dimensão técnica e novamente médica(23,24,29).

As unidades de hospital geral (SDC) tendem a seguir o modelo médico e a ganhar espaço (no início deveriam ser acessórias e periféricas em relação aos centros psicossociais) no sistema assistencial(36).

Além da carência de dados estatísticos, ainda é muito cedo para uma avaliação mais completa e definitiva da experiência italiana. As Unidades Psiquiátricas de Hospital Geral (SDC) são hoje uma realidade estabelecida na Itália. Entretanto, alguns anos deverão esperar para que seu lugar e repercussão na assistência médica e psiquiátrica sejam criticamente julgados(37,38).

#### 3.2.4. Países do 3º Mundo

Os países subdesenvolvidos comportam a maior parte da população do planeta (cerca de 4/5). Alguns são eminentemente rurais e outros, há algumas décadas rurais, apresentam-se em franco processo de urbanização. O crescimento populacional é intenso e a porcentagem de população infanto-juvenil geralmente a mais significativa(39,40,41).

Esse grande grupo de países caracteriza-se por índices altíssimos de pobreza, que se revela através do alto índice de mortalidade infantil, analfabetismo e carência de serviços básicos de saúde, moradia e transporte(39,40,41).

A morbidade física dessas populações é marcante. À alta frequência de doenças infecto-contagiosas (somando-se agora os níveis alarmantes da SIDA na África e Brasil ) e à desnutrição materno-infantil, associam-se índices iguais ou superiores de doenças comuns dos países desenvolvidos (doenças cardio-vasculares, neoplásicas, degenerativas e doenças mentais) (39,40,41,42).

Em relação às doenças mentais não existem estudos epidemiológicos metodologicamente adequados na maioria desses países. Entretanto, a maioria dos autores acredita que a frequência de dis-

túrbios mentais seja igual ou superior àquela dos países desenvolvidos (39,40,41).

Em 1975, a OMS calculava que nos países subdesenvolvidos cerca de 40 milhões de pessoas sofriam de doenças mentais sérias, tipo esquizofrenia e outras psicoses funcionais, 20 milhões sofriam de epilepsia e 200 milhões tinham algum grau de incapacidade por déficits mentais ou neurológicos (40).

A carência de serviços médicos é significativa e de serviços e profissionais da área de saúde mental é ainda pior (40,41).

De modo geral, pode-se afirmar que a psiquiatria executada nos países subdesenvolvidos é basicamente centrada no modelo asilar, para o qual grandes e antigas construções, superlotadas e com baixo índice de profissionais por pacientes são a regra (39,40,41).

Em função dessa realidade, a OMS, através de seus vários comitês, propôs em 1975 e 1984 uma série de alternativas para o campo da saúde mental, dentre as quais podem-se citar as seguintes recomendações:

- estabelecimento de uma política de assistência à saúde mental em cada país;

- evitar a construção de hospitais psiquiátricos asilares e remodelar (humanização, regionalização, modernização) os hospitais psiquiátricos existentes;

- ênfase das ações dos especialistas em saúde mental no treinamento e supervisão para assistência psiquiátrica por pessoal não médico e médico não especialista;

- integração da assistência psiquiátrica à assistência médica pública geral. Neste sentido enfatiza-se que os profissionais que atuam a nível da atenção primária participem ativamente da assistência em saúde mental; as emergências psiquiátricas devem ser, de preferência, atendidas em hospitais gerais e que nos hospitais gerais distritais possam realizar-se internações de casos agudos, em unidades de poucos leitos e de breve permanência (1 a 2 semanas) (40,41).

#### 3.2.4.1. América Latina

Na América Latina, os índices de pobreza e subdesenvolvimento são elevados, apesar da maioria dos países constituírem repúblicas "independentes" desde o início do século passado(43).

Além disso o grande crescimento populacional tornam o perfil da população basicamente jovem. Nos países latino-americanos, a urbanização acelerada vem ocorrendo de modo significativo, principalmente através da migração campo-cidade, formando grandes bolsões de miséria na periferia dos médios e grandes centros urbanos (favelas, "barriadas", "villas miserias" etc.). Em alguns países, a industrialização é rápida e intensa, porém, sob o modelo capitalista-dependente, o poder aquisitivo do proletariado nascente é bem inferior ao do norte-americano e europeu(43,44,45).

Todas essas transformações sócio-econômico-culturais produzem mudanças na estrutura familiar, no perfil comportamental, nos valores e representações sociais e possivelmente na epidemiologia das doenças mentais, difíceis, entretanto, de serem dimensionadas e analisadas(46).

A morbidade mental é, provavelmente, significativa. Alguns autores apontam que, no mínimo 17 a 18% da população geral teria distúrbios mentais que necessitariam de algum tipo de assistência. Os distúrbios mentais severos estariam por volta de 3 a 6% (44,45).

É ilustrativo observar alguns antecedentes históricos da assistência psiquiátrica na América Latina.

Na América Latina colonial, o primeiro hospício foi o de San Hipólito, na cidade do México, fundado em 1566. Nas colônias, os loucos eram geralmente recolhidos aos quartos fortes dos hospitais gerais religiosos, as chamadas "loquerias" (43,44).

O modelo assistencial que se formou no final do Século XIX e na primeira metade deste foi, como nos outros continentes subdesenvolvidos, centrado no macrohospital psiquiátrico (43,44,45).

As propostas de reformas surgiram nas décadas de 30 e 40, influenciadas na maioria das vezes pelos centros de produção de conhecimento da Europa e América do Norte e geralmente ligadas a escolas médicas e centros universitários. Elas incluíam centros comunitários de saúde mental, ambulatórios, hospitais abertos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais (43,44,45).

A primeira UIPHG na América Latina surgiu em 1941, no "Hospital Obrero de Lima", no Peru, sob a direção do Professor C.A. Seguin. Em 1942, no "Hospital Español" da cidade do México surgiu uma pequena unidade com ambulatórios e alguns leitos de internação de pacientes agudos (44,47).

Em 1954, no 1º Congresso Latino-Americano de Saúde Mental, em São Paulo, discutiram-se a necessidade e oportunidade de abertura de UIPHGs (48).

No Brasil, as primeiras duas UIPHGs foram criadas em 1954. Na Argentina em 1956 foi instalada a UIPHG do hospital "Policlínica Araóz Alfaro", em Lanús, com 32 leitos, dirigida pelo Dr.M.Goldemberg, e em 1959 a UIPHG do "Hospital Ferroviário Central" pelo Prof. Ferrari L. Luchina. Na Colômbia surgiram UIPHGs na década de 60(49,50).

Talvez o aspecto mais relevante das UIPHGs na América Latina seja a sua quase permanente ligação a escolas médicas e universidades. Tem sido geralmente experiências piloto que não se generalizam para a maioria da assistência psiquiátrica, permanecendo quantitativamente marginais em relação ao todo das internações psiquiátricas. Em outros países subdesenvolvidos de outros continentes, como, por exemplo, a Índia e o Senegal, parece que esse lugar das UIPHGs no sistema assistencial é semelhante(44,50,51).

Finalmente, um aspecto que tem tido prioridade nas propostas de reformulação da assistência psiquiátrica na América Latina é o da articulação dos novos serviços psiquiátricos aos serviços gerais de assistência médica(44,45,53).

#### **3.2.4.2. Brasil**

O modelo assistencial psiquiátrico brasileiro estabeleceu-se e mantém-se centrado no hospital psiquiátrico tradicional, antes público, agora privado.

Nas décadas de 60 e 70, essa realidade foi agudamente analisada por Luiz Cerqueira, que denunciou o anacronismo das políticas sanitárias brasileiras para saúde mental(54,55). De 1950 à 1970, a população brasileira total cresceu 82% e a população de in-

ternados psiquiátricos cresceu 213%, apesar do advento dos psicofármacos e da tendência totalmente oposta nos países desenvolvidos (55,56).

Luiz Cerqueira utilizou termos expressivos como "leitos-chão", que designa o número de pacientes internados que excede ao número de leitos normais do hospital, e "indústria da loucura", que se relaciona ao processo de internações desnecessárias ou excessivamente prolongadas dos hospitais psiquiátricos privados com fins lucrativos (em 1970, foram internados 18.932 pacientes neuróticos em hospitais psiquiátricos, com permanência média de 2 meses, a neurose sendo a terceira causa de internação) (54,55,56).

As UIPHGs surgiram no Brasil na década de 50. Em 1954, pela iniciativa do Prof. Nelson Pires, que se recusava a dar continuidade ao ensino de psiquiatria no hospital psiquiátrico tradicional, surgiu no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, a primeira unidade psiquiátrica de hospital geral, com ambulatório e 6 leitos femininos. Ainda em 1954, surgia uma UIPHG no Hospital dos Comerciários de São Paulo, sob direção do Dr. Laertes Fernão, defensor das UIPHGs. Em 1957, no Hospital Pedro II, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, surgia uma UIPHG com 20 leitos (48,51).

Nas décadas de 60 e 70, foram criadas várias UIPHGs, a maioria, segundo M.A.Alves Brasil(51), em hospitais gerais universitários.

No final dos anos 70 e início dos anos 80, vários documentos oficiais preconizaram, juntamente com outras propostas racionalizadoras, como diminuição de internações desnecessárias, ambulatórios e centros comunitários de saúde mental, hospitais-dia, a implantação de UIPHGs para internação de pacientes agudos (7,56).

Em 1982, Alves Brasil(51), baseado em sua hipótese de que no Brasil a maioria das UIPHGs estariam em hospitais de ensino, fez um levantamento para verificar quantas faculdades de medicina tinham UIPHGs. Das 75 Escolas Médicas existentes no país, 48 responderam a seu questionário, enviado pelo correio, sendo que dessas 48, nove possuíam UIPHGs (15,8% das que responderam) (51).

De modo semelhante, Botega(57) em 1988 também enviou um questionário pesquisando UIPHGs, serviços de interconsulta e ambulatórios desta vez aos 23 serviços que dispunham de Residência Médica. Dos 23 serviços, 20 responderam. Desses 20, 12 diziam possuir internação psiquiátrica em hospital geral (60% dos que responderam) (57).

Em 1987, Sampaio, apud Guilhermano(58), utilizando o cadastro da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, relatou que existiam no Brasil:

- 366 hospitais psiquiátricos com 92.000 leitos;
- 68 hospitais gerais com UIPHGs, com 2.190 leitos psiquiátricos;
- 4 hospitais gerais com 68 leitos psiquiátricos espalhados por enfermarias de outras especialidades médicas.

Desse levantamento, pode-se deduzir que 2,4% dos leitos psiquiátricos estavam, em 1987, em hospitais gerais (2.250 leitos). Ele não especificou entretanto, quantas UIPHGs eram privadas e quantas públicas, quantas havia em hospital-escola e quantas em hospital exclusivamente assistencial(58).

Na cidade de São Paulo, a Escola Paulista de Medicina tem sua UIPHG no Hospital São Paulo desde 1973 (desativada em 1976 e reativada em 1983). O Hospital do Servidor Público Estadual, que também é hospital de ensino, mantém sua já bem estabelecida UIPHG, através da liderança de C.Sonenreich. No Hospital das Clínicas da USP, há o Instituto de Psiquiatria, com seu pavilhão próximo ao hospital geral. Entretanto, tal estrutura não pode ser considerada UIPHG, pois funciona completamente independente do hospital geral (51,59).

Já no interior do estado, no HC da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), há, além de serviço de interconsulta, uma emergência psiquiátrica no PS Geral e um hospital-dia funcionando dentro do hospital geral. No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) há uma UIPHG, emergência psiquiátrica e hospital-dia. A Faculdade de Medicina de Marília está montando uma UIPHG (51).

Em Campinas, por sua vez, existem 3 UIPHGs. A do HC-UNICAMP, iniciada em dezembro de 1986, a UIPHG da PUCC, que visa funcionar como uma unidade-emergência, com média de internação de 3 dias, e uma UIPHG privada, no Hospital Santa Edwiges.

As propostas de reforma da assistência psiquiátrica e, com elas, a proposta de UIPHGs, surgiram na década de 50, têm tido um crescimento absoluto sensível (de nenhuma no início dos anos 50 a 68 nos dias atuais) e estão de volta na cena dos discursos oficiais. Não obstante, chama a atenção o fato das UIPHGs representarem uma minoria (2-3%) no conjunto de leitos psiquiátricos, estando concentradas em hospitais de ensino e universitários, funcionando geralmente como experiências-piloto.

Há grande dificuldade por parte dos responsáveis pelas políticas do setor assistencial psiquiátrico de transformar em realidade prática os discursos oficiais e de transpor para fora das instituições acadêmicas e de ensino tanto as UIPHGs como o restante do leque de propostas alternativas ao hospital-asilo.

Possíveis explicações para essas dificuldades seriam:

- o campo das internações psiquiátricas no conjunto assistencial é hoje predominantemente privado e lucrativo, tendo os interesses do "empresariado da internação psiquiátrica" tido maior força na determinação do que se sucede a nível concreto da assistência psiquiátrica;

- a rede de hospitais gerais conveniados (privados), não tem se integrado às propostas de planejamento dos setores públicos, nem tem tido interesse em participar da assistência psiquiátrica, mantendo uma certa discriminação em relação à doença mental e seus cuidados;

- o setor público (principalmente secretarias de estado e municípios) está mais orientado para os serviços extra-hospitalares (centros e postos de saúde), preocupando-se com o controle da entrada e duração das internações, e pouco atuando (ou podendo atuar) sobre os serviços de internação de forma direta. Talvez o setor público tenha deixado de lado a questão das internações por acreditar que a organização de uma rede ambulatorial extensa e eficiente iria diminuir automaticamente a quantidade de internações nos hospitais psiquiátricos. Além disso, as iniciativas do setor público têm sido

dificultadas seriamente pela burocratização, clientelismo e exiguidade de recursos financeiros;

- o setor acadêmico-universitário tem estado mais voltado para projetos e modelos teóricos (a maioria vindos dos centros desenvolvidos) do que para a possibilidade prática de aplicação desses modelos na realidade brasileira mais ampla. É como se as experiências-piloto (no caso as UIPHGs) se encerrassem em si mesmas, sendo validadas pelo simples fato de existir, não necessitando se expandirem ao nível da assistência da demanda geral, para demonstrar a validade do "experimento". A relação universidade-sociedade é aqui a questão-chave.

### Referências (Capítulo 3)

1. M.H.Greenhill. Psychiatric Units in General Hospital: 1979. Hosp. and Commun. Psychiatry. Vol 30 n.3, March, 1979.
2. T.P.Detre; D.J.Kufter. General Hospital Psychiatric Services. In: American Handbook of Psychiatry. Revised Edt. Silvano Arietti, Vol.V., New York, Basic Books Inc. Publ., 1975.
3. M.A.Alves Brasil. A Unidade Psiquiatrica em Hospital Geral Tese de Dissertação de Mestrado. Inst. de Psiquiatria, UFRJ, Rio de Janeiro 1982.
4. J.J.Lopes-Ibor Aliño. Psiquiatria de Hospital General: Viejas y Nuevas Perspectivas. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiq., 10, 3 (99-110), 1982.
5. Z.M.Lebensohn. General Hospital Psychiatry USA: Retrospect and Prospect. Comprehensive Psychiatry, Vol. 21, N.6, Nov/Dec, 1980.
6. S.E.Katz. Psychiatric Hospitalization. In. Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV Vol. I, 4th Edt. Edt. HI Kaplan, B.J.Sadok, Baltimore, Williams and Wilkins, 1985.
7. A.M.Pitta-Hoisel. Sobre uma Política de Saúde Mental. Dissertação de Mestrado - Dep. Med. Preventiva USP-SP, 1984.
8. L.L.Bachrach. General Hospital Psychiatry: Overview from a Sociological Perspective. Am. J. Psych. 138:7, July, 1981.
9. L.L.Bachrach. The Effects of Desinstitutionalization on a General Hospital Psychiatry. Hosp. and Comm. Psychiatry Vol. 32 n 11, Nov. 1981.
10. L.L.Bachrach. General Hospital Psychiatry and Desinstitutionalization: A System View. Gen. Hosp. Psych. 7, 239-248, 1985.

11. G.Kaplan. Princípios de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro, Zahar Edt., 1980.
12. A.S.Bellack; K.T.Mueser. A Comprehensive Treatment Program for Schizophrenia and Chronic Mental Illness. Comm. Ment. Health J. Vol. 22, nº 3, Fall, 1986.
13. H.H.Goldman. Psychiatric Epidemiology and Mental Health Services Research. In; Review of General Psychiatry. H.H.Goldman. Baltimore, Appleton and Lang Edt., 1988.
14. J.Freire Costa. Psiquiatria Preventiva e Representação da Doença Mental. In: História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Xenon Edt., 1989.
15. D.Bennett, I.Morris. Desinstitutionalization in the United Kingdom. Int. J. Ment. Health. Vol. 11, nº 4, pp 5-23, 1983.
16. K.Jones. Trends in the Organization of Mental Services in Great Britain in the Past 25 Years. Int. J. Ment. Health. Vol 16, nº 1-2, pp. 94-107, 1987
17. S.Mahadevan; D.P.Forster. Psychiatric Units in District General Hospitals and Traditional Mental Hospitals: Some Recent Evidence. Brit. J. Psych. 140, 160-165, 1982.
18. S.P.Mangen. Mental Health Policies in Europe: An Analysis of Priorities and Problems. Int. J. Soc. Psych. Vol. 33, nº 2, 76-82, 1987.
19. C.B.Ter Stege; M.Gittelman. The Direction of Change in Western European Mental Health Care. Int. J. Ment. Health, Vol. 16, nº 1-2, pp. 620, 1987.
20. R.G.G. Infante. Perspectivas atuais da Psiquiatria Britânica. Uma revisão crítica. J. Bras. Psiq. 29(2) 137-143, 1980.
21. P.W.Burvill. Psychiatric Units in General Hospitals. The Med. J. of Austrália. 2: 57-59, Aug, 1977.

22. P.Williams. The District General Hospital Psychiatric Unit and the Mental Hospital - Some Comparisons. Brit. J. Prev. Soc. Med. 28: 140-145, 1974.
23. K.Jones; A.Poletti. Understanding the Italian Experience. Brit. J. Psych., 146, 341-347, 1985
24. K.Jones; A.Poletti. The "Italian Experience" Reconsidered. Brit. J. Psych., 148, 144-150, 1986.
25. P.Crepet; A.Pirella. The Transformation of Psychiatric care in Italy: Methodological premisses, current status, and future prospects. Int. J. Ment. Health. Vol. 14, nº 1-2, pp. 155-175, 1985.
26. F.Basaglia. A Instituição negada. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1985.
27. F.Basaglia. A psiquiatria alternativa. Conferências no Brasil. São Paulo, Ed. Brasil Debates, 1979.
28. F.Basaglia. What is Psychiatry? (Che cos'è la psichiatria?) Int. J. Ment. Health. Vol. 1, nº 1-2, pp. 12-51,, 1985.
29. F.Ongaro Basaglia. Italy's aborted psychiatric reform. Int. J. Ment. Health. Vol. 14, nº 1-2, pp. 9-21, 1985.
30. R.F.Mollica. From Antonio Gramsci to Franco Basaglia: The Theory and Practice of the Italian Psychiatric Reform. Int. J. Ment. Health. vol. 14, nº 1-2, pp. 22-41, 1985.
31. J.Joll. As idéias de Gramsci. São Paulo, Ed. Cultrix. 1977.
32. M.V.Daker. Aspectos Gerais das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Italianas. J. Bras. Psiq. 36(1): 59-63, 1987.
33. A.Slavich. O Papel da Psiquiatria Democrática no Contexto da Psiquiatria Institucional Italiana. J. Bras. Psiq. 38(1), 23-26. 1989.

34. G.B.Cassano; M.Mauri; A.Petraca. The Current Status of Psychiatric Care in Italy. *Int. J. Ment. Health*. Vol 14, nº 1-2, pp. 174-183, 1985.
35. A.Scala; P.Gritti. The Impact of Psychiatric Reform on Inpatient Services in a Metropolitan Area of Southern Italy: The Naples Case. *Acta Psych. Scand.*, Supp. 316, 1985.
36. P.Crepet. The Italian Mental Health Reform Nine Years on. *Acta Psych. Scand.* 77: 515-523, 1988.
37. S.Mangen. The Italian Psychiatric Experience. Editorial Introduction. *The Int. J. Soc. Psych.* Vol. 35, nº 1, pp. 2-6, Spring 1989.
38. M.Maz.; F.Starace; D.Kemali. Implementing Psychiatric Reform in Southern Italy: The Case of Campania. *Int. J. Soc. Psych.* Vol. 35, nº1, pp 46-53, Spring 1989.
39. R.Giel; T.W.Harding. Psychiatric Priorities in Developing Countries. *Brit. J. Psych.*, 128, 513-22, 1976.
40. World Health Organization. Technical Report Series nº 564 Organization of Mental Health Services in Developing Countries Geneva, 1975.
41. World Health Organization. Technical Report Series nº 698. Mental Health Care in Developing Countries: A Critical Appraisal of Research Findings. Geneva, 1984.
42. J.M.Mann, J.Chin, P.Piot; T.Quinn. The International Epidemiology of AIDS. *Scient Amer.* Vol. 259, nº 4, Oct., 1988.
43. C.A.Leon. Psychiatry in Latin America. *Brit. J. Psych.* 121-36, 1972.
44. C.A.Leon. Perspectives on Mental Health Care for Latin America. *Int. J. Ment. Health*, Vol. 11, nº 4, pp. 84-97, 1983.

45. J.Marconi. Política de Salud Mental en America Latina Acta Psiq. Psicol. Amer. Lat., 22, 112-20, 1976.
46. N.Almeida Filho. Epidemiologia Social das Desordens Mentais: Revisão da Literatura Latino-Americana. In: Cidadania e Loucura. Petrópolis, Ed. Vozes, 1987.
47. C.C.Serrano. La Practica Psiquiatria en Hospital General. Gaceta Med. México, vol. 117, nº 7, 283-289, Julio, 1981.
48. A.P.Sampaio. Serviço Psiquiátrico do Hospital Geral de Ensino. Neuro biologia (Recife). Tomo XIX, nº 1 e 2, pp. 72-82, Março-Junho, 1956.
49. R.Kertesz, E.P.Gill, R.V.Udabe; M.Knobel. El Equipo Psiquiatrico en los Hospitales Generales en Argentina. La Prensa Médica Argentina. Vol. 55, nº 43-44, pp. 2093-99, 1968.
50. G.D.Shukla, A.Shukla, D.N.Mishra, P.Nigan. Utility of a Psychiatric Unit in a Teaching General Hospital - The First Three Years. J.A.P. India, Vol. 30, nº 12, 1982.
51. L.S. de Miranda Sá Jr. Possibilidades de uma Psiquiatria Democrática na América Latina. J. Bras. Psiq., 31(6): 373-76, 1982.
52. R.Gonzáles. Tendências de la Salud Mental en América Latina. Acta Psiq. Psicol. America Latina, 22, 232, 1976.
53. L.Cerqueira. Indicadores de Eficiência do Hospital Psiquiátrico (pg. 61-71) In: Psiquiatria Social. Luiz Cerqueira. São Paulo, Ed. Livraria Atheneu, 1984.
54. L.Cerqueira. Perspectivas do Hospital Psiquiátrico Brasileiro (pg. 87-93) In: Psiquiatria Social - L.Cerqueira. São Paulo, Ed. Liv. Atheneu, 1984.

55. L.Cerqueira. Prioridades em Assistência Psiquiátrica (pg. 95-102) In: Psiquiatria Social. L.Cerqueira. São Paulo, Ed. L.Atheneu, 1984.
56. M.Vaissman, S.Leucovitz: P.D.Amarante. A Saúde mental na Reforma Sanitária. J. Brasil. Psiq. 36(6): 347-352, 1987.
57. N.J.Botega. "Médicos: Lidando com o Psíquico, encaminhando ao Psiquiatra". Tese de Doutorado Apresentada à FCM-UNICAMP, Campinas, 1989.
58. L.G.Guilhermano. A Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital São Lucas, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Trabalho Final do Curso de Especialização em Psiquiatria - Fac. Medicina, PUC RGS, Porto Alegre, 1988.
59. G.C.Galender. A Unidade Psiquiátrica do Hospital São Paulo (Escola Paulista de Medicina). Bol. de Psiq. - SP, Vol. 18, nº 3-4, 61-63, Set/Dez 1985.

## Capítulo 4

### QUESTÕES ESPECÍFICAS E "INTERNAS" DAS UIPHGs

## Aspectos Gerais

Nos primeiros três capítulos, foi apresentada uma série de questões relacionadas à organização da assistência psiquiátrica, enfocando-se particularmente os aspectos externos das instituições. Saliaram-se problemas relacionados ao interjogo doença mental - sociedade - instituições psiquiátricas. Discutirei agora alguns pontos relativos à organização interna das UIPHGs, sem entretanto deixar de apontar, quando possível, os nexos desses problemas com as questões externas mais abrangentes.

Já foi dito que as UIPHGs representam uma proposta assistencial que se articula ao movimento mais amplo da desinstitucionalização do doente mental. Este movimento, desde seu início vem propondo alternativas às internações prolongadas nos hospitais psiquiátricos tradicionais, buscando evitar o hospitalismo, a cronificação, a perda da identidade social e da cidadania. A idéia mestra é oferecer um leque de alternativas assistenciais que substituam o hospício, mantendo os doentes mentais na sua comunidade de origem o maior tempo possível (1,2,3).

Desde seu início, após a 2ª Grande Guerra, diferentes julgamentos têm sido aplicados sobre esse processo. A visão mais difundida nos meios psiquiátricos e leigos é que se trata de um movimento de modernização e humanização da assistência, que visa à luta contra a segregação do doente mental e seu tratamento mais eficaz e racional (1,4).

Apesar dessa visão majoritária favorável, vários problemas e críticas têm sido apontadas. A mais frequente é que a desinstitucionalização transformou-se na abdicação por parte dos serviços de

saúde de tratar ou cuidar dos doentes mentais mais graves, mais crônicos e mais pobres. Ela estaria representando a tentativa de se economizar recursos financeiros às custas de um subgrupo de doentes que não reclamam, não se organizam e, portanto, não têm poder de pressão. Neste sentido é lembrado o episódio de fechamento de hospitais psiquiátricos na Califórnia, quando Reagan era governador daquele estado. Bachrach(5) afirma que o sucesso do movimento de desinstitucionalização em muitos locais se deu pela coalizão de forças políticas comumente conflitantes, ou seja, os reformadores sociais clamando pelos direitos civis dos doentes mentais e os administradores públicos com visão financeira estrita, buscando cortar gastos públicos a todo custo, particularmente nas áreas sociais (5,6,7).

Nos EUA, a proposta foi explicitamente fechar os hospitais psiquiátricos públicos e tentar remeter sua demanda aos setores privados, particularmente nos hospitais gerais (7,8).

Outra crítica é a que salienta que às propostas da desinstitucionalização subjaz uma concepção equivocada do processo saúde-doença mental. Para Detre e Kupfer(4), muitos planejadores se equivocaram ao assumir que a maioria dos pacientes que chegavam à internação nos hospitais psiquiátricos seriam doentes agudos, em crise, e que necessitariam de cuidados por período limitado de tempo. Para eles, a maioria dos doentes que ficam suficientemente perturbados a ponto de necessitar uma internação psiquiátrica tendem a ter uma longa história de disfunção social e não podem voltar a vida comunitária por si próprios sem a ajuda de uma vasta e bem organizada rede de serviços médicos e sociais. É discutível também a noção de que a intervenção precoce em ambientes terapêuticos não

estigmatizantes evitaria marcadamente a cronificação. De fato, sabe-se que os tratamentos farmacológicos e psicossociais podem melhorar a qualidade de vida dos doentes mentais e de suas famílias, mas não há evidências empíricas suficientes de que possam "curar" a doença mental ou evitar o seu curso crônico(4,8).

#### 4.1. População Alvo

Apontei para essas questões problemáticas da desinstitucionalização, porque elas se relacionam intimamente à definição de quem deve ser a população alvo das UIPHGs, isto é, qual a demanda assistida dessas unidades.

Seria esta demanda constituída dos mesmos doentes que antes eram internados nos hospitais psiquiátricos tradicionais, porém agora para curta permanência, ou seja, um grupo composto basicamente de psicóticos, doentes orgânico-cerebrais, alcoolistas graves, deficientes mentais etc.? Ou seria uma nova demanda, constituída de pacientes em crise aguda, como tentativas de suicídio, crises neuróticas, crises familiares, depressivas, doentes psicossomáticos etc.? Ou ainda, seria uma mistura dessas duas demandas(6,7,9)?

Outra maneira de formular essa questão é perguntar se as UIPHG destinam-se apenas a pacientes agudos e pacientes crônicos em episódios de reagudização ou destinam-se a todo tipo de paciente que por um motivo qualquer necessita internação.

Vários autores têm apontado o risco de, em se implantando UIPHGs num sistema assistencial que ainda mantém os hospitais psiquiátricos tradicionais (como, de fato, ocorre na grande maioria dos contextos) criar-se-ia um "sistema duplo" de internação, onde

as UIPHGs passariam a atender os casos mais agudos, com menos dificuldades sociais, menos incapacidades laborais e menos pobres, sobrando para os hospitais psiquiátricos uma clientela selecionada dos chamados "crônicos residuais", com disfunções orgânicas, déficits intelectuais, sem habilidades sociais e mais pobres. Este "sistema duplo" ao invés de integrar os doentes mentais, selecionaria um subgrupo mais grave, mais crônico, mais excluído e estigmatizado(4,5,8).

Neste sentido, cabe a discussão de se, além dos pacientes agudos, devem ou podem as UIPHGs tratar doentes mentais crônicos. Bachrach salienta que as UIPHGs, caso se proponham a tratar doentes crônicos, devem se preparar para tal função, tanto em termos estruturais (local, recursos materiais), como operacionais (treino da equipe, vínculos institucionais), pois esse grupo tem demandas diferentes dos agudos. Por exemplo, uma UIPHG que atenda grande contingente de crônicos deve estar intimamente articulada com serviços assistenciais intermediários (hospitais-dia, serviços de terapia ocupacional etc.) e serviços de apoio social (albergues, centros de orientação profissional etc.), pois moradia, alimentação, lazer e autonomia em funções sociais básicas são problemas cruciais e cotidianos desse subgrupo(10).

Ainda sobre a população alvo das UIPHGs há controvérsia na literatura em relação a viabilidade e oportunidade de se atender em hospitais gerais pacientes agressivos ou destrutivos, pacientes com distúrbio de personalidade sociopático e dependentes de drogas(3,4,,5,10). Também é polêmica a questão de quem deve atender o subgrupo dos doentes mentais sem lar e família ("the homeless mentally ill") (10).

Alguns autores propõem que as UIPHGs funcionem apenas como retaguarda para o hospital geral, recebendo apenas pacientes transferidos das outras especialidades médicas(3,4).

Richman e Harris(11) dividem os modelos de UIPHGs em dois tipos em relação à posição que ocupam na rede assistencial psiquiátrica e sua conseqüente população-alvo atendida. De um lado as unidades poderiam ser do "tipo pivô" e, do outro, do "tipo acessório".

As unidades "tipo pivô" funcionariam como eixo central do sistema assistencial psiquiátrico. Atenderiam todo tipo de paciente que requisesse internação, incluindo crônicos. Também não recusariam pacientes involuntários, agressivos e drogadictos. Para tal proposta a regionalização assistencial é essencial, além da íntima conexão com estruturas intermediárias (hospitais-dia, pensões protegidas, oficinas abrigadas etc.), extra-murais (ambulatórios, serviços para egressos etc.) e serviços sociais (albergues, asilos para idosos etc.). Neste caso, os hospitais psiquiátricos não se colocariam como retaguarda para pacientes difíceis ou crônicos, tendendo mesmo a ser extintos. A equipe dessas unidades-pivô necessitaria de um treinamento adequado para tornar-se capaz de lidar com os chamados casos difíceis. Este tipo de unidade tenderia a atender mais homens, com diagnósticos de psicoses. As unidades dos hospitais gerais distritais ingleses e a proposta italiana dos Serviços de Diagnóstico e Cura aproximam-se desse modelo(11,12).

No outro modelo, as UIPHGs seriam do "tipo acessório", tendo um lugar mais restrito na rede de serviços psiquiátricos. Tenderiam a apenas tratar pacientes agudos e suscetíveis de resposta relativamente rápida a intervenções médico-psicológicas. Neste caso, a regionalização seria útil mas não essencial, sendo funda-

mental a retaguarda oferecida pelos hospitais psiquiátricos tradicionais para os casos difíceis e para os crônicos, triados pelas UIPHGs. Esse tipo de unidade tenderia a só aceitar pacientes voluntários e não intensamente agressivos. Atenderiam mais mulheres e os diagnósticos mais frequentes seriam as neuroses, os quadros depressivos e as reações de ajustamento. As UIPHGs privadas dos EUA representam bem esse modelo(11,13).

Na realidade, a maioria das UIPHGs espalhadas pelos diferentes contextos assistenciais não se situa exatamente dentro desses dois extremos, tendendo para um lado ou para outro. De toda forma, o modelo adotado e sua conseqüente população-alvo são fatores essenciais na determinação do perfil de funcionamento da unidade.

#### **4.2. Critérios de Internação**

Os motivos que entram em jogo no processo de internação psiquiátrica são complexos e variáveis. De modo geral, a indicação técnica de internação relaciona-se a fatores que vão além do diagnóstico clínico. Vários autores salientam que os problemas comportamentais, afetivos e ideativos, além das expectativas, valores e tolerância do meio sócio-familiar, têm mais peso em decidir a internação do que o diagnóstico psiquiátrico em si. Também neste ponto, as diferentes classes sociais têm comportamento distintos. Por exemplo, em relação à via de chegada aos serviços de internação, as pesquisas revelam que os doentes das classes sociais mais pobres tendem a ser trazidos pela polícia, serviços judiciários ou serviços de assistência social, enquanto que os mais ricos tendem a vir ou espontaneamente ou trazidos pela família(14,15).

Modernamente, a internação psiquiátrica tem sido vista como o fornecimento temporário de um ambiente protegido, tecnicamente instrumentalizado para fornecer suporte e tratamento para indivíduos com estado mental ou comportamental desorganizado e perigoso para si ou para os outros. Este suporte temporário favoreceria a reorganização psíquica e social dos pacientes. Entretanto, a internação vem sendo cada vez mais restringida para pacientes gravemente doentes, pelo menos a nível teórico e de planejamento (14,15,16).

As principais condições que têm sido apontadas como indicação para a internação psiquiátrica de curta e média duração são as seguintes (4,14,15,16):

- comportamentos, estados mentais ou ideação que representam um perigo significativo para o paciente ou sua família e ambiente social (por ex., auto e heteroagressividade, destrutividade, ideação suicida ou homicida etc.);

- comportamentos ou pensamentos desviantes intoleráveis para o paciente ou seu ambiente social e que sejam passíveis de respostas a intervenções médico-psicológicas (por ex., comportamento bizarro de origem psicótica, idéias delirantes etc.);

- insucesso das tentativas de tratamento ambulatorial, sempre que no contexto da internação houver chance de sucesso (por ex., depressão refratária, esquizofrenia refratária etc.);

- condições psiquiátricas cujo tratamento deva ser iniciado num contexto de internação (por ex., farmacoterapia para indivíduos muito idosos, cardiopatas, ECT etc.);

- condições nas quais a remoção temporária do ambiente sócio-familiar é essencial ao tratamento (por ex., uma família gravemente disfuncional mantendo os sintomas do paciente);

- Nas vezes em que a avaliação diagnóstica não é possível a nível ambulatorial (por ex., diagnósticos diferenciais difíceis que necessitam observação 24 hs por dia);

- retirada do álcool ou outras drogas em indivíduos dependentes;

- doenças físicas complicadas por sintomas psiquiátricos que tornam impossível o tratamento em contexto médico-clínico ou cirúrgico;

- pacientes com nível de desorganização mental, apatia ou déficit cognitivo em tal grau que produza dependência intensa e impossibilite o paciente de cuidar de si ou ser cuidado por sua família;

Além dessas indicações para internação de curta e média permanência, para alguns autores ainda restam algumas poucas indicações para internação prolongada, tais como (10,16,17):

- indivíduos cronicamente desorganizados ou destrutivos em tal grau que não podem viver fora de um ambiente terapêutico estruturado (por ex., esquizofrênicos com sintomatologia grave permanente);

- indivíduos com episódios abruptos e severos de comportamento agressivo, descontrole dos impulsos e abuso de drogas (por ex., alguns sociopatas graves);

- indivíduos com dependência social marcada, cujas necessidades não podem ser satisfeitas a nível comunitário (por ex., idosos demenciados, deficientes mentais graves com distúrbios de comportamento, doentes mentais com doenças físicas incapacitantes etc.);

- indivíduos crônicamente homicidas ou suicidas.

Mesmo assim, é absolutamente inadequado o uso da internação psiquiátrica como meio de fornecer moradia, asilo ou lar substituto para indivíduos socialmente dependentes, cujas necessidades não são satisfeitas devido à ausência de serviços sociais alternativos. Asilar essas pessoas em ambiente médico, além de caro, é inadequado, pois o que necessitam é de suporte social e serviços asilares(17).

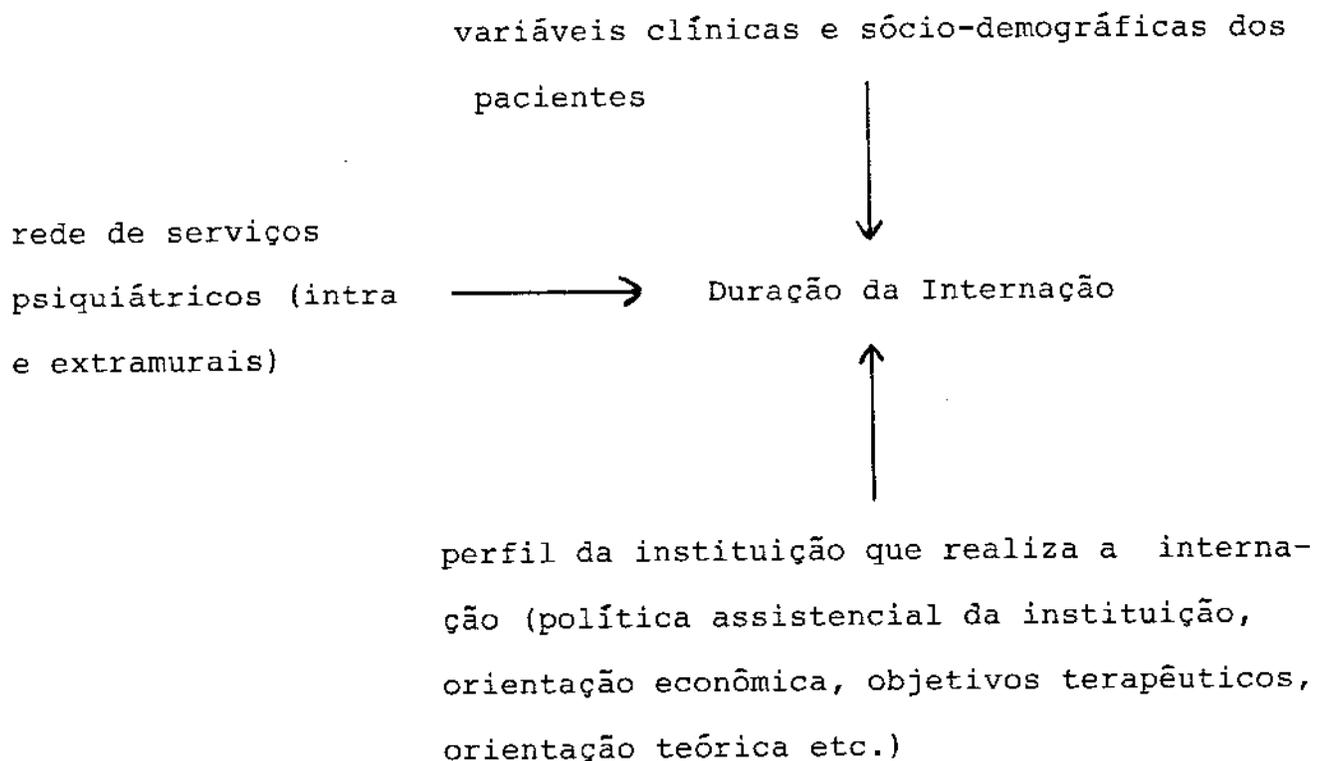
Finalmente, deve-se lembrar que apesar de ser muitas vezes necessária, a internação psiquiátrica tem também aspectos negativos, tais como: estigma que a pessoa recebe por se tornar um paciente psiquiátrico, diminuição da auto-estima, aumento da dependência e do comportamento regredido e também os custos financeiros que representa para o paciente, a família ou o estado(16,17).

### 4.3. Duração da Internação (DI)

A duração da internação DI é um dado de alta relevância para quem se propõe a estudar o fenômeno da internação psiquiátrica. A nível médico, é sumamente importante poder definir, em termos técnicos, qual é o tempo ideal de permanência para determinados tipos de pacientes. A nível econômico, que sirva de exemplo o fato de que os dias de internação consomem a maior parte das verbas do INAMPS destinadas a saúde mental.

Kirshner(18) afirma que no campo de pesquisa relacionado às práticas assistenciais, a (DI) é um dos dados mais fáceis de ser obtido, porém dos mais difíceis de ser interpretado. Representa a interação de um conjunto complexo de diferentes tipos de variáveis.

Os fatores que determinam o tempo de internação podem ser agrupados em 3 conjuntos, conforme o esquema abaixo(18,19,20):



#### 4.3.1. Variáveis Clínicas e Sócio-Demográficas

As pesquisas têm demonstrado que uma série de variáveis clínicas e sócio-demográficas podem contribuir para a determinação da duração da internação para diferentes pacientes. Abaixo são apresentadas as variáveis mais citadas pelos autores (18,19,20):

##### Variáveis Sociais e Demográficas

- incapacidades e inabilidades sociais
- dependência social
- problemas legais (comprometimento criminal)
- idade
- sexo
- classe social
- ocupação (profissão, emprego)
- estado civil
- etnia
- tipo de Previdência Social

##### Variáveis Clínicas

- diagnóstico clínico
- organicidade
- condição aguda
- estresse desencadeante
- internações anteriores
- duração das internações anteriores

Dessas variáveis as que parecem ser mais significativas são:

- **diagnóstico clínico** - Os distúrbios psiquiátricos maiores (por ex. psicoses) em relação aos distúrbios psiquiátricos menores (por ex. neuroses) apresentam menor variabilidade entre diferentes instituições em relação duração das internações. Também é significativa a maior duração das internações dos distúrbios maiores em relação aos menores (18,19,20).

- **organicidade** - Distúrbios orgânicos favorecem a maior DI(18);

- **duração das internações anteriores** - há uma certa concordância entre as durações das internações anteriores e a duração da próxima internação(21);

- **idade** - os indivíduos idosos tendem a ter uma duração de internação significativamente maior que os adultos jovens; adolescentes e crianças também pareceu ter uma DI um pouco superior aos adultos jovens(18,19,21);

- **problemas legais** - pacientes com comprometimento criminal têm tempo de internação claramente maior(18).

#### 4.3.2. Perfil da Instituição

Goodbam et al(20) afirmam que diferentes instituições servem a diferentes subpopulações e têm, portanto, diferentes funções dentro de um mesmo sistema assistencial. De Souza(22) demonstrou tal perfil diferencial em Salvador (Bahia), em 1981. Portanto, a comparação entre instituições no que se refere a seu perfil assistencial (o que inclui DI) é algo muito complexo, que deve levar em conta o "lugar" que tal instituição ocupa no sistema assistencial.

Pode-se citar os seguintes fatores institucionais que contribuem para a determinação da DI:

- existência ou não de uma política explícita de planejamento da duração das internações;

- orientação econômica e formas de pagamento: instituições públicas e privadas têm, geralmente, funcionamento e interesses diferentes; a forma de pagamento ou compra dos dias de internação são fundamentais na determinação da DI;

- disponibilidade e integração com outros serviços de internação e com os serviços extramurais;

- orientação teórica e objetivos terapêuticos: existem clínicas de orientação psicanalítica que propõem permanências mais longas, pois visam, através da terapia do meio (Milieu) e outras formas de psicoterapia, mudanças mais profundas na personalidade dos pacientes, além da simples redução dos sintomas;

- modelo de funcionamento e direção: Alguns autores salientam que instituições com modelo médico, com sistema hierárquico e de decisão claro e vertical, tendem a ter menores DI (pois decidem a alta mais rapidamente) em relação a instituições com modelo multidisciplinar predominante e maior horizontalidade na hierarquia e decisões (18,19).

Obviamente, o assinalamento de alguns fatores que contribuem na determinação da DI não esgota a complexidade dessa questão fundamental das internações psiquiátricas.

### 4.3.3. Internações de Curta X Longa Duração

A redução da duração das internações foi um dos fenômenos mais marcantes no processo de desinstitucionalização. Levantou-se a crítica de que essa redução dos períodos de internação favoreceria as reinternações, a persistência dos sintomas e a desadaptação social e familiar dos pacientes (18,19,21,23).

Em função dessas críticas e do desconhecimento das consequências clínicas e sociais da redução do tempo de internação, um grande número de pesquisas, metodologicamente bem controladas, vem sendo realizadas visando comparar os efeitos de internações breves em relação a internações prolongadas (23,24,25,26,27,28).

Nesses estudos, a definição de internação breve e longa é variável. Glick e Hargreaves compararam 30 x 90 a 120 dias de hospitalização, Caffey comparou 21 x 75 dias e Herz comparou 9 x 50 dias e assim por diante. De modo geral, a internação breve fica num valor menor que 30 dias e a internação longa maior que 50 ou 60 dias (23,24,25,27).

Essas pesquisas têm chegado a alguns resultados comuns, a saber (23,24,25,26,27,28):

- não há diferenças significativas entre os dois modelos de DI (breve e longa) em relação à sintomatologia pós-alta, evolução clínica e adaptação social;

- as internações longas parecem favorecer as reinternações subsequentes; este achado aparentemente paradoxal talvez possa ser explicado pelo fato do paciente ou sua família passarem a encarar a

internação como a melhor solução para seus problemas, e sempre que uma crise se anunciar a internação psiquiátrica é acionada como solução exemplar (23,24,25,27);

- o estado psicopatológico no momento da alta parece não ser um bom indicador preditivo de reinternações;

- o fator mais importante para se prever reinternações é a adesão ou não dos pacientes ("patient compliance") a tratamentos farmacológicos e psico-sociais no período pós-alta;

- para a grande maioria dos pacientes com distúrbios psiquiátricos maiores (por ex., esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, etc.) um período médio de 28 dias parece ser adequado;

- algumas críticas foram feitas em relação à política de internações muito curtas (menos que 10 dias), que favoreceriam a transferência de pacientes de UIPHGs para hospitais psiquiátricos tradicionais e aumentariam muito a carga sobre serviços intermediários (28).

Em resumo, em face ao conjunto de resultados encontrados nessa linha de pesquisa, deve-se salientar que (23,24,25,26,27,28):

- para hospitais convencionais e para a grande maioria dos pacientes que necessitam internação, é recomendável a política de redução do tempo de internação ao mínimo factível;

- o ponto chave para a redução das reinternações não é o aumento da duração das internações, mas sim a disponibilidade e uso de serviços extramurais eficientes.

#### 4.4. A Questão da Violência nas UIPHGs

Não é possível pensar a prática psiquiátrica sem refletir sobre a questão da violência.

A história das práticas assistenciais psiquiátricas muitas vezes se confunde com a história da repressão e violência da sociedade sobre os doentes mentais. Isolamento, aprisionamento, desapropriação de direitos e bens são práticas frequentes ao longo dessa história(29,30).

Ao lado da violência sobre a doença mental, existe a violência da doença mental. Doentes agressivos, impulsivos, auto ou heterodestrutivos não são raros. A questão não é simples: a visão romantizada da loucura enfatiza seu sentido poético de originalidade, criatividade e lucidez, atribuindo todo o mal e violência à sociedade; de outro lado a história verifica um racismo antilouco que identifica ontologicamente a doença mental à degradação e perversidade da espécie humana(29,30,31,32).

As internações compulsórias de pacientes involuntários, o uso de psicofármacos contra a vontade do paciente, as restrições físicas são atos violentos. Violência necessária? Talvez, mas que deve ser constantemente examinada criticamente, pois entre a violência necessária e a abusiva, produto de precário treinamento de profissionais, de más condições de exercício da assistência psiquiátrica e de sadismo e hostilidade da instituição ou dos profissionais, a demarcação nem sempre é clara e precisa(29,30).

Um ato de força como amarrar um paciente no leito, tran-  
cá-lo no quarto, sedá-lo com psicofármacos injetáveis, pode ter di-  
versos sentidos. Pode representar uma ação protetora em relação ao  
próprio paciente, aos outros pacientes ou aos profissionais, fun-  
cionando como uma contenção externa contra impulsos destrutivos do  
doente, inclusive tranquilizando-o, pois percebe que sua agressivi-  
dade nesse contexto é neutralizada. Mas pode também, estar repre-  
sentando um meio de atemorização que os profissionais usam para  
subjulgar e controlar os pacientes. (30,33)

Não se trata aqui de se discutir a questão da violência  
nos seus aspectos filosóficos, antropológicos, clínicos e psicodi-  
nâmicos, o que está além da dimensão e dos propósitos deste traba-  
lho. Interessa particularmente apontar as formas consideradas tec-  
nicamente mais adequadas através das quais, nas UIPHGs, os atos  
agressivos dos pacientes são geralmente lidados.

**Interação equipe-paciente:** quando um paciente começa a se  
manifestar de forma agressiva ou hostil, é conveniente que alguém  
da equipe se aproxime do paciente, pergunte o que está ocorrendo e  
discuta soluções possíveis para suas queixas e frustrações emergen-  
tes. É consenso que a atitude da equipe deva ser pronta (não aguar-  
dando que o paciente inicie a agressão física), tranquila, segura,  
sem demonstrar medo. Uma atitude ameaçadora e desafiante por parte  
dos membros da equipe parece ser muito inadequado e prejudicial,  
incrementando, ao invés de reduzir, os atos violentos. A função de  
"continente" das ansiedades, medos, frustrações e hostilidades dos  
pacientes, por parte da equipe, é fundamental neste ponto.

**Contenção Física:** eventualmente alguns pacientes se apresentam excessivamente agressivos, ameaçando ou mesmo atacando a si mesmos, a outros pacientes ou a membros da equipe. Nesse momento, faz-se necessária a contenção por meios físicos. Pode-se mandar que o paciente fique em seu quarto ou aí trancá-lo. Pode-se trancá-lo num quarto especial, que deve ser almofadado e resistente, sem móveis ou objetos com os quais o paciente possa se machucar ou destruir. Finalmente, pode-se amarrar o paciente em seu leito ou colocá-lo numa "camisa de força". Existem técnicas que permitem que isto seja feito sem machucar o paciente ou a equipe. Toda medida de contenção deve ser discutida entre os membros da equipe e, sempre que possível, explicada ao paciente ("nós estamos fazendo isso porque você está muito agressivo e pode se machucar ou machucar outras pessoas"). A duração da contenção deve ser a mínima necessária, reavaliando o paciente periodicamente, por exemplo, de 15 em 15 minutos.

**Contenção Química/Sedação:** atualmente, existem muitos recursos farmacológicos para se lidar com pacientes agitados ou agressivos. Os neurolépticos e benzodiazepínicos são os mais utilizados. Os neurolépticos, além de sedativos, têm ação antipsicótica e anti-agressiva. Apesar de serem instrumentos valiosos, seu uso abusivo não é raro, muito já se tendo falado das "camisas de força químicas". Em muitos serviços de internação é comum o médico deixar prescritas as drogas com a observação "se necessário". Isto acaba por passar a decisão de medicar o paciente para a enfermagem e, em muitos locais, para o atendente de enfermagem. Esse profissional, geralmente mal pago e mal treinado, pode usar abusivamente a sedação para "não ter problemas com os pacientes durante a noite".

De modo geral, a ação antecipatória, realizada antes que o paciente atue sua agressividade, é o mais recomendável. Uma anamnese bem feita nos dá indícios de quem é mais propício a atuar suas frustrações e manifestar seus conflitos e sintomas via agressão física. A história de atos agressivos e destrutivos no passado é o melhor fator preditivo de atuação agressiva(30,36).

**Suicídio:** Outro aspecto da violência em UIPHGs a se considerar é o suicídio. O risco grave de suicídio é uma das indicações formais de internação compulsória em psiquiatria.

A maioria das UIPHGs são planejadas para pacientes agudos, muitas vezes graves, portanto, o risco de se ter tentativas ou mesmo suicídios efetuados pelos pacientes internados não é pequeno(43).

As UIPHGs são geralmente pequenas (10 a 30 pacientes), com boa razão equipe/pacientes. Neste sentido, a interação equipe-pacientes, pacientes-pacientes e equipe-equipe, é muitas vezes intensa. A eclosão de um ato suicida pode ter um impacto muito importante, e às vezes devastador, sobre os pacientes e a equipe. Também cabe lembrar que já foi relatado um certo efeito de contágio dos atos suicidas (provavelmente por identificação), que nesse tipo de unidade pode eventualmente ocorrer(44).

Em função dessas especificidades, a questão do suicídio deve ser lidada com muita atenção e cautela, visando a uma ação preventiva, tanto a nível dos pacientes como da própria equipe(44).

#### 4.5. Voluntários x Involuntários, Unidades Abertas x Trancadas

Há uma polêmica atual, principalmente nos EUA, de se as UIPHGs devem ou não aceitar pacientes involuntários e, associadamente se devem ser abertas ou trancadas(37).

Uma unidade que receba pacientes internados contra vontade própria dificilmente pode funcionar de portas abertas, com livre circulação de seus pacientes. Do ponto de vista epidemiológico, os pacientes involuntários tendem a ser mais jovens, mais pobres, mais agressivos e, mais frequentemente, esquizofrênicos. Esses pacientes, com os quais é mais difícil de se lidar, são mais caros para a instituição e necessitam uma equipe mais numerosa e mais bem treinada(37,38).

Alguns autores, entre os quais Leeman(39), defendem as unidades abertas, destinadas apenas a pacientes voluntários. Assinalam a dimensão moderna, marcadamente terapêutica e humana das UIPHGs e temem que a aceitação de involuntários e o trancamento das unidades possam representar uma "hospicialização" das UIPHGs. Para eles, unidades trancadas representam uma diminuição da liberdade para o grupo de pacientes voluntários(37,38,39).

Em oposição ao grupo de Leeman, estão Pinsky et al e Miller(40,41). Estes autores afirmam que internar em hospitais gerais apenas pacientes voluntários (condição necessária para unidades abertas) é um posicionamento elitista e irracional. Elitista, pois os pacientes involuntários são geralmente mais pobres e mais gravemente doentes; irracional, pois esses últimos são exatamente os que mais necessitam de unidades de internação com profissionais bem treinados e em número suficiente. Seria contraditório mandar os

involuntários para os hospitais psiquiátricos tradicionais, onde geralmente a relação equipe/paciente é bem menor (40,41).

Uma unidade trancada tem as desvantagens de representar uma certa coação sobre os pacientes, e talvez contribua para diminuir a sua auto-estima, por se sentirem feridos no seu direito básico de ir e vir. Entretanto, a unidade trancada pode representar uma tranquilização para a equipe e mesmo para pacientes. Alguns pacientes auto ou heteroagressivos, com impulsos suicidas etc., sentem-se protegidos quando vêem uma barreira externa aos impulsos que eles próprios não podem conter. Anote-se que, para receber pacientes involuntários e funcionar trancada, uma UIPHG deve ter condições físicas e arquitetônicas compatíveis com esse objetivo, o que tende também a encarecer a unidade (37,40,41).

Apesar da política de portas abertas ser uma das bandeiras da desinstitucionalização, que fique claro que, ao se propor uma unidade aberta, deve-se ter em conta que automaticamente se estará estabelecendo uma seleção de pacientes, pela qual doentes mais graves e mais pobres tendem a ficar de fora.

#### **4.6. Os Modelos Terapêuticos das Internações Psiquiátricas**

Dentre os fatores que influenciam o perfil de funcionamento de uma UIPHG, o modelo terapêutico adotado é um dos mais relevantes (44).

Por modelo terapêutico entende-se o conjunto de referências, marcos teóricos, que define posicionamentos relacionados a: noção de sujeito; conceito de saúde-doença em psiquiatria; o

adoecer em saúde mental; objetivos terapêuticos; questões éticas etc.. A partir do referencial teórico adotado, diferentes práticas são implementadas, podendo configurar um todo coerente(46).

Apesar de algumas tentativas de investigação empírica visando identificar que modelo terapêutico em instituições psiquiátricas é melhor (principalmente no sentido de eficiência terapêutica), parece que a adoção de um ou outro modelo terapêutico baseia-se até agora em tomadas de posições, opções teóricas e doutrinárias fundamentalmente arbitrárias(45,46).

Podem-se agrupar os modelos terapêuticos em três tipos: Comunidade Terapêutica (CT), Modelo Médico e Ambiente Terapêutico ("Milieu").

#### 4.6.1. A Comunidade Terapêutica (CT) baseia-se em princípios do tipo:

- **participação ativa do paciente no processo terapêutico:** os pacientes devem deixar de lado a situação passiva que caracteriza a prática médica e psiquiátrica tradicional e participar ao máximo no sentido do planejamento de seu tratamento, execução de tarefas diárias, avaliação do tratamento e da instituição, participação no processo de tomada de decisões etc.;

- **instrumento terapêuticos:** podem ser usados diversos recursos terapêuticos (psicoterapia individual, farmacoterapia, terapia ocupacional etc.), mas o que é tido como central é a ação terapêutica da instituição como um todo;

- a compreensão do paciente como pessoa, a partir de uma psicologia que visa elucidar antes o sentido dos sintomas do que sua classificação, é a preocupação maior da equipe terapêutica; a doença e o diagnóstico, enquanto entidades generalizáveis, são colocadas em segundo plano em relação a particularidade de cada paciente enquanto subjetividade única;

- o estado emocional da equipe influencia decisivamente o estado psíquico dos pacientes e seu desenvolvimento terapêutico, o que faz com que a equipe precise de constante supervisão;

a tomada de decisões abandona a hierarquia rígida do médico-chefe e se horizontaliza, buscando a maior participação possível.

Esses são alguns princípios gerais, mais ou menos aceitos por todos que adotam o modelo. Pode-se ainda subdividir a Comunidade Terapêutica em dois tipos: um que funciona segundo a referência psicossociológica no sentido da proposta de Maxwell Jones(48), sendo a noção de aprendizado social (uso da interação humana no contexto terapêutico como forma de desenvolvimento da personalidade através de aprendizado cognitivo e emocional) o eixo central do processo terapêutico(46,47); o segundo relaciona-se às muitas experiências de comunidades terapêuticas de orientação psicanalítica. Nestas, tanto a compreensão da doença mental como as relações que se estabelecem entre os pacientes, entre estes e a equipe e no interior da equipe são lidas segundo uma óptica psicanalítica. A trama de relações que aí vai se estabelecendo é decodificada através das

noções de transferência, contra transferência, regressão, mecanismos de defesa etc. Neste sentido, por exemplo, Winnicott(49) sugere que comportamentos infantilizados e dependentes de muitos pacientes não sejam repreendidos ou desestimulados, mas sim amparados e entendidos como um fenômeno que ocorre dentro de um processo necessário de desenvolvimento do psiquismo(47).

Obviamente, não se trata de transpor mecanicamente o "setting" e a técnica psicanalítica para a instituição, interpretando psicanaliticamente os pacientes a todo momento, fora de contextos específicos do tratamento. Trata-se, isto sim, de uma aplicação indireta do saber psicanalítico.

**4.6.2. O Modelo Médico** situa-se teórica e pragmaticamente em posição diametralmente oposta à Comunidade Terapêutica. Seus princípios gerais são:

- as doenças mentais são entendidas dentro do referencial do campo epistemológico da medicina. As entidades nosológicas têm uma certa autonomia em relação aos sujeitos adoecidos;

- há clara preocupação com os sintomas no sentido de eles identificarem quadros clínicos precisos, que, por sua vez indicam a conduta terapêutica mais adequada; deste modo, o diagnóstico clínico descritivo é fundamental;

- os tratamentos de base somática, principalmente farmacoterapias e eletroconvulsoterapia, são os instrumentos terapêuticos prioritários;

- **na tomada de decisões** e administração da instituição a hierarquia e definição clara de papéis é enfatizada. O médico geralmente exerce a função de diretor da unidade;

- **postura profissional:** a relação equipe-paciente se pauta no modelo de relação médico - paciente tradicional. Aos profissionais cabe cuidar dos doentes, protegê-los, orientá-los, às vezes repreendê-los. Na interação equipe-paciente os profissionais guardam uma certa distância, buscando agir com objetividade e neutralidade;

- **objetivos terapêuticos:** a redução ou eliminação do quadro sintomático é a meta principal, não se buscando mudanças mais estruturais da personalidade. É enfatizada a eficácia objetiva do processo terapêutico.

Nos últimos anos surgiu uma proposta que exemplifica bem este modelo. São as chamadas unidades de terapia intensiva (UTI) psiquiátrica, que procuram adaptar, para doentes mentais graves e agudos, o modelo de alta tecnicidade e eficiência terapêutica das UTIs clínicas e cirúrgicas(50,51).

#### **4.6.3. Ambiente Terapêutico ("Milieu")**

Pode-se considerar o modelo "Milieu" uma proposta intermediária dos dois modelos anteriores.

Neste modelo, os fatores relacionados à interação equipe-paciente são importantes mas não os únicos nem estão hierarquicamente acima de outras técnicas terapêuticas (como a farmacoterapia, psicoterapia individual etc.).

O ambiente terapêutico é focado como um dos recursos dentro da multiplicidade de ações com sentido terapêutico(51). No Ambiente Terapêutico, utilizam-se recursos médicos (farmacoterapia, ECT etc.) de modo pleno; porém, à dimensão médica estrita vem juntar-se a outros recursos da prática psiquiátrica (psicoterapia, socioterapia etc.) (53).

Algumas características da Comunidade Terapêutica são utilizadas, como o incentivo à participação dos pacientes no processo terapêutico, a atenção ao estado emocional da equipe e a tentativa de identificação de possíveis significados pessoais para a sintomatologia mentais.

#### 4.6.4. Outros Modelos

Finalmente, deve-se citar outros modelos utilizados, embora mais raramente.

Alguns centros utilizam UIPHGs orientadas segundo o **Modelo de Terapia Familiar**. Aqui, toda a família participa plenamente do início ao fim da internação. Grupos multifamiliares diários ou semanais, terapia familiar intensiva, orientação familiar, são os recursos terapêuticos prioritários(54).

Outros centros utilizam as UIPHGs como **recurso de apoio à psicoterapia individual (geralmente psicanalítica)**. A internação nessas unidades visa ajudar o processo terapêutico de pacientes

mais graves ou em situações críticas em que a análise necessita de um recurso externo para seu melhor desenvolvimento(54).

Algumas instituições trabalham com modelos de psiquiatria alternativa. Unidades de internação com tratamento naturalista, sem psicofármacos, utilizando produtos naturais, ervas, hidroterapia, homeopatia, acupuntura, técnicas de meditação. Também modelos religiosos de compreensão e tratamento da doença mental são propostos.

#### 4.7. Os Modelos Terapêuticos Hoje

Nas primeiras décadas da desinstitucionalização, a Comunidade Terapêutica surgiu como uma proposta de inovação radical. Passou a ser o objetivo perseguido por aqueles que buscavam a humanização das instituições psiquiátricas. A difusão desse modelo foi imensa, principalmente na América do Norte, Inglaterra e França.

Em 1968, o próprio Maxwell Jones já fazia uma reflexão crítica, buscando a aplicação do modelo de forma mais realista:

"Uno de los aspectos más controvertidos de la comunidad terapéutica es la toma de decisiones por consenso(...) Lograr un acuerdo total sobre cualquier decisión administrativa difícil es imposible. El objetivo del proceso democrático de la toma de decisiones es que por lo menos la mayoría de la gente se identifique con el proyecto. La gente que lleva a la práctica una decisión va a tener más interés y contento si se siente identificada con el proyecto desde el comienzo" (48, pg 25).

Nos últimos anos, têm sido feitas críticas à Comunidade Terapêutica. Não a seus princípios, mas a sua viabilidade prática e, mais que isso, a sua eficiência terapêutica. Essas críticas geralmente articulam-se com uma forte tendência dos meios médicos-administrativos dos anos 80 de, cada vez mais, falar em racionalização dos custos, otimização dos recursos, "cost effectiveness". Uma tendência de alguma forma relacionada às políticas sociais do neoliberalismo(55).

A redução do tempo de internação (para médias de até 10-15 dias) obviamente dificulta que uma unidade de internação funcione com o modelo da Comunidade Terapêutica (CT). Mais ainda, a C.T. se relaciona de modo indireto a movimentos sociais e ideológicos como a luta pelos direitos civis e a contracultura, que marcaram os anos 60 e início dos 70 e que entraram em claro refluxo nos anos 80(56).

Neste sentido, o modelo médico está ganhando terreno, e uma das justificativas para isso parece estar na afirmação de seus defensores de que ele é mais eficaz e menos custoso que a Comunidade Terapêutica(56).

Muitas das UIPHGs da década de 50, principalmente nos EUA, seguiam modelos do tipo CT ou Milieu, de orientação psicanalítica. Com o passar dos anos, algumas têm adotado o modelo médico. O próprio fato de estarem situadas dentro do hospital geral de alguma forma favorece esta tendência. Como afirma M.Jones:

"En este contexto es dudoso que las muy pregonadas, pequeñas unidades psiquiátricas dentro de los hospitales generales, puedan escapar de la influencia dominante del gran hospital, de manera que logren desarrollar una cultura terapeutica acorde con la tarea de ayudar a los pacientes psiquiátricos".  
(48, pg 19).

Além disso nos últimos anos, tem surgido uma tendência de se propor técnicas, ambientes terapêuticos e políticas de planejamento terapêutico, específicos para grupos diagnósticos determinados. O tempo de internação em determinada UIPHG pode variar para os distintos grupos diagnósticos; o ambiente de calma e tolerância pa-

ra psicóticos agudos, não é o mesmo ambiente estimulante adequado para esquizofrênicos com sintomatologia negativa; excessiva tolerância parece não ser indicada para alcoolistas e drogadictos. Enfim, tende-se a propor condições ambientais mais específicas para distintos grupos diagnósticos(56).

#### 4.8. Questões Relacionadas ao Espaço Físico

Pode-se dizer que há uma íntima relação entre as formas pelas quais os homens e suas instituições organizam seus espaços, constroem seus edifícios, e o jogo de interesses e valores de determinados contextos sócio-históricos(57).

Os macrohospitais psiquiátricos erguidos no século passado e início deste, de aspecto grandioso e imponente, não por acaso se assemelham arquitetonicamente a prisões, grandes asilos ou quartéis(58).

Muitos eram construídos fora das cidades, em áreas rurais. Por trás da ideologia que associa os ares bucólicos do campo à vida saudável, está a intenção inequívoca de isolamento e exílio social dos doentes mentais(58).

Os grandes edifícios tinham muros altos, saguões enormes e longos corredores. As janelas, geralmente no alto das paredes, eram pequenas e as vezes com grades. Todo esse aspecto produzia no doente uma sensação de insignificância, impotência e opressão. As grandes enfermarias com centenas de camas iguais e grandes agrupamentos de doentes facilitava o processo de anomia ao qual muitos doentes eram inexoravelmente condenados. O controle e a vigilância pareciam ser as funções centrais nesses edifícios.

Em oposição a essa concepção de hospital, surge a proposta de centros de tratamento de pequenas dimensões, de preferência localizados dentro de hospitais gerais.

O espaço menor, destinado a abrigar os pequenos grupos de 10 a 30 doentes, teria a finalidade de, ao invés de favorecer o controle e a vigilância, estimular a interação entre as pessoas(58).

Os pequenos grupos se assemelham à família extensa, à vizinhança, à roda de amigos, e o ambiente menor teria mais semelhança com a casa do que com uma prisão ou um quartel. Neste sentido, a restauração e preservação da identidade social seria facilitada. Além disso, os hospitais gerais tendem a se situar dentro das cidades e serem mais acessíveis à população(57).

A localização das UIPHGs no hospital geral suscita alguma polêmica(59).

Alguns autores sustentam que tais unidades devam se estabelecer como anexos próximos ou vizinhos aos hospitais gerais, ressaltando a peculiaridade do doente mental, suas necessidades específicas e as particularidades da terapêutica em saúde mental. Nessa disposição, seria mais fácil a organização de salas para terapia ocupacional e áreas livres para passeios, ginástica etc. Também salientam a maior autonomia administrativa em relação ao hospital geral(59).

Outros autores, hoje majoritários, defendem que as UIPHGs devam ser estabelecidas dentro do mesmo prédio do hospital geral. Ressaltam que os principais objetivos de tais unidades são a integração da psiquiatria às outras especialidades médicas e a luta contra a estigmatização do doente mental, tentando situá-lo como um

doente igual aos outros. Além disso, argumentam que as especificidades da doença mental podem ser adequadamente lidadas dentro do hospital geral. A UIPHG pode ser semelhante às outras enfermarias e ao mesmo tempo ter suas especificidades(59).

Há ainda uma discussão relativa ao lugar das UIPHGs quando esta estiver localizada dentro do Hospital Geral. Caso o edifício tiver vários andares, discute-se qual o andar mais apropriado para a psiquiatria. A localização num andar intermediário é defendida por alguns, pois aumentaria a integração com as outras enfermarias. Isso parece uma transposição mecânica e exagerada da situação arquitetônica para a institucional. A localização no andar térreo parece ser a mais vantajosa, pois, além de facilitar o trânsito dos pacientes, que saem com certa frequência da enfermaria para passeios e licenças domiciliares, oferece mais probabilidade da UIPHG ter uma pequena área livre - com jardins, exposição solar e talvez até área para esportes - e diminui o risco de suicídio de pacientes que poderiam saltar de andares altos(59).

Se o hospital geral for térreo, com várias alas, convém que a UIPHG seja disposta de igual maneira que as outras alas das demais especialidades médicas(58).

Um dos pontos mais relevantes das UIPHGs, relativo à organização espacial é o seu tamanho. Lebensohn(60) afirma que o tamanho da unidade, em termos de número de leitos e espaço físico, é um fator decisivo na determinação da qualidade de seu funcionamento.

A maioria dos autores sugere que o número de leitos de uma UIPHG deva ser em torno de 10 a 15% do número total de leitos do hospital geral. As unidades devem ter em torno de 15 a 25 leitos. Se por ventura um hospital geral decidir destinar 50 leitos à psi-

quiatria, deve-se preferir organizar duas unidades com 25 leitos cada (59,60).

Uma UIPHG não precisa ser tão asséptica quanto uma enfermaria de cirurgia, pois a infecção hospitalar não é um problema significativo. As paredes não precisam ser todas da mesma cor e os quadros não são proibidos. Em muitas unidades, colocam-se murais onde os trabalhos gráficos dos pacientes são expostos. De modo geral, recomenda-se que as UIPHGs tentem constituir um ambiente mais caseiro, mais leve e aconchegante do que as outras enfermarias do hospital geral (60).

Entretanto, não se deve esquecer que uma UIPHG não é de fato uma casa comum ou uma pensão: é uma enfermaria de um hospital, onde as pessoas vão para serem tratadas por problemas sérios. Não deve haver muita ambiguidade nesta questão.

Enfatiza-se que tal ambiente deva favorecer a orientação têmporo-espacial dos pacientes. É importante, nesse sentido, que se disponham de forma bem visível relógios, calendários, espelhos e quadros com horário das atividades rotineiras dos pacientes. A organização espacial geral da unidade deve ser simples, bem iluminada e ventilada (58,60).

Também é importante ter em conta que agitações psico-motoras dos pacientes não são infrequentes; portanto, deve-se evitar móveis e objetos muito frágeis ou perigosos e os vidros devem ser do tipo temperado (58,60).

Diferentemente dos pacientes das outras especialidades médicas, a maioria dos pacientes psiquiátricos não fica durante a maior parte do dia no leito. Portanto, é fundamental a existência de salas de terapia ocupacional, espaço apropriado para grupo ope-

rativo, salas de estar com televisão, rádio ou toca-fitas. Também a maioria dos pacientes não se alimenta no leito, sendo preferível um lugar comum para que tomem as refeições numa mesa(58,59,60).

É conveniente que haja algumas salas pequenas para consultas ou psicoterapia individual. Também é importante um local onde a equipe possa se reunir sistematicamente e discutir seus problemas e os dos pacientes(60).

Quartos de até 4 ou 6 leitos são recomendáveis, mais do que isso parece ser inadequado. É conveniente que haja alguns quartos individuais, pois alguns pacientes ficam melhor sozinhos durante algumas fases do tratamento(58,60).

As UIPHGs são geralmente mistas em relação ao sexo dos pacientes, apenas os quartos sendo para um ou outro sexo, por questões culturais óbvias. A convivência de homens e mulheres é certamente favorável, inclusive para o processo terapêutico. Entretanto, é norma quase que universal que as relações sexuais entre os pacientes não sejam permitidas.

Pode-se concluir que em relação a organização espacial, critérios e determinações pré-estabelecidas de forma rígida não são convenientes. A flexibilidade é o ponto fundamental para a melhor organização das UIPHGs(58,59,60).

#### **4.9. A Equipe Terapêutica**

Se o espaço físico é importante na determinação do perfil de um serviço de internação psiquiátrica, a equipe de profissionais envolvidos com os cuidados aos pacientes é provavelmente o fator mais importante na determinação da qualidade do processo terapêutico. Em psiquiatria o fator humano é dimensão decisiva.

Os modelos tradicionais de internação psiquiátrica baseiam-se na dupla médico-enfermeiro. No que diz respeito à enfermagem, vale observar que na maioria dos serviços no Brasil há acentuada escassez de enfermeiros de nível universitário, predominando pessoal sem formação profissional adequada, principalmente pessoas leigas que por trabalharem no serviço acabam ocupando o lugar de atendentes de enfermagem.

No contexto tradicional, a divisão de papéis é clara. O médico detém o saber sobre a doença e a terapêutica. O seu poder de decisão é quase total. A enfermagem funciona como executante das determinações médicas. Ela também é responsável pelo cuidado e vigilância mais diretos. Aqui a divisão social do trabalho e do saber é, por tradição inquestionável.

Com o processo de reforma e modernização da assistência psiquiátrica surgiu a proposta, hoje largamente aceita, de equipe multiprofissional. Tal equipe em saúde mental incluiria: médicos-psiquiatras, enfermeiros-psiquiátricos, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Em alguns serviços com mais recursos, incluir-se-iam também fisioterapeutas, fonoaudiólogos, sociólogos, farmacologistas clínicos, professores de educação física, arte-terapeutas etc.(61).

Nessas equipes, pelo menos em tese, o saber e o poder seriam melhor distribuídos. Ao invés do processo vertical e autoritário de decisões, propõe-se uma certa horizontalidade e busca constante de consenso(61).

A idéia de equipe multidisciplinar articula-se também com a noção de multiplicidade de problemas, dificuldades e tarefas que a doença mental suscita. Não basta o diagnóstico e o tratamento

biológico, é preciso trabalhar no sentido de reabilitação social e laboral, desenvolver diferentes formas de psicoterapia, investir no trabalho com a família etc.(61).

Muitas dessas profissões são relativamente novas e o espaço e função que cada uma deve ou pode ter no tratamento de pacientes psiquiátricos nem sempre está bem delimitado. Acreditamos ser de fundamental importância que, à medida que essas equipes vão se formando, haja um desenvolvimento progressivo de identidades profissionais próprias. O desejável é uma delimitação clara, embora flexível, de objetivos e campo de atuação, que se contraponha tanto às posições rígidas, estanques e pré-concebidas, baseadas na insegurança profissional, como à confusão total de papéis, onde todos fazem de tudo de qualquer maneira.

Não discutirei em detalhes o campo específico de cada profissional. Prefiro abordar a questão tratando a equipe como um todo (embora pressupondo as especificidades de cada profissional) buscando descrever algumas questões do relacionamento dela com os pacientes.

#### **4.9.1. A Interação Equipe-Pacientes**

Os macrohospitais psiquiátricos caracterizam-se pela baixíssima razão profissionais/doentes. Neste sentido, a proposta das UIPHGs para pacientes agudos traz consigo a necessidade implícita de um aumento considerável dessa razão(3,59,62,64).

Não existe uma determinação precisa de qual deva ser a razão equipe/paciente em unidades de psiquiatria. Nos EUA, a maioria das enfermarias médico-cirúrgicas tem uma razão de 0,75/1 a 1/1.

Greenhill(3) afirma que naquele contexto as UIPHGs têm razões próximas a essas, porém sugere que para unidades psiquiátricas a razão ideal estaria por volta de 2/1.

Para nossa realidade é difícil afirmar categoricamente qual a razão mais desejável e a mais factível. Entretanto, uma razão muito baixa deve favorecer o uso abusivamente alto de restrição física e farmacológica, prejudicando o processo terapêutico de pacientes agudos(59,63).

Existem estudos que descrevem como a equipe utiliza seu tempo na unidade, ou seja, o quanto cada profissional se relaciona com os pacientes. Esses estudos revelam que o grupo de enfermagem (enfermeiros-padrão, auxiliares e atendentes) é o que mais interage com os pacientes. Desse grupo, os atendentes são os que mais tempo passam com os pacientes. Também a interação paciente-paciente aparece como significativa nos estudos(62,63,64).

A relação atendente de enfermagem-paciente é um ponto de importância relevante no processo terapêutico, mas muitas vezes negligenciado, pelo baixo status profissional dessa categoria(65).

Greenhill(3) entre outros autores, formulou a hipótese da "transferência institucional". Para ele, no processo de internação psiquiátrica se dá um fenômeno particular concernente a relação pacientes-profissionais. A transferência, que nos tratamentos individuais é do paciente com seu psicoterapeuta, analista ou médico, nas UIPHGs se daria, por exemplo, em direção à instituição e à equipe como um todo. Principalmente os psicóticos tenderiam a "trocar" a transferência pessoal com seu psicoterapeuta, penosa e instável, por uma transferência mais difusa com toda a equipe e a instituição. Diz ele:

"Os esquizofrênicos, que constituem a maioria dos nossos pacientes, sentem-se ameaçados por relações muito próximas, mas de alguma forma acham aceitável um relacionamento com o hospital como um todo, o que não demanda ligações muito pessoais" (3, pg 175).

A idéia de transferência institucional é interessante, mas suscita questões teóricas controversas, que não discutirei aqui. De toda forma, é consenso que a interação equipe-paciente é decisiva e merece ser mais pesquisada.

Um outro modelo valioso para pensar e trabalhar essa questão é aquele formulado por Winnicott(66). Baseado em sua teoria psicanalítica do desenvolvimento da criança, ele elabora as possíveis relações do ambiente com a saúde e a doença mental.

O ambiente é para ele o contexto humano de relações muito próximas, que facilitam a integração e o crescimento, ou dificultam, favorecendo o adoecer psíquico. Diz ele:

"Há tudo que é herdado, inclusive os processos de maturação, e talvez tendências patológicas herdadas; estas têm uma realidade própria, e ninguém pode alterá-las; ao mesmo tempo, o processo maturativo depende para a sua evolução da provisão do ambiente. Podemos dizer que o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturação. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial" (66, pg 81).

Para Winnicott(66,67), esse ambiente não é só importante no processo de desenvolvimento normal, mas também nos processos de tratamento de crianças, adolescentes e adultos que adoecem mentalmente. O modelo terapêutico se aproxima muito do modelo de cuidados maternos que favorecem o crescimento e a formação do indivíduo adulto:

"O ambiente não faz o lactente crescer, nem determina o sentido do crescimento. O ambiente, quando suficientemente bom, facilita o processo de maturação. Para isso acontecer a provisão ambiental, de modo extremamente sutil, se adapta às necessidades cambiantes se originando do evento da maturação. Tal adaptação sutil às necessidades cambiantes só pode ser propiciada por uma pessoa, e uma que no momento não tenha nenhuma outra preocupação e que "esteja identificada às necessidades do mesmo, como por um processo natural."(67, pg 201).

Obviamente, poder dispor de uma equipe que de alguma forma possa se identificar com algumas das necessidades afetivas dos pacientes, lidar com elas, principalmente no sentido de "continência" ("holding"), não é nada fácil e requer um trabalho ininterrupto com a própria equipe.

A idéia de "provisão ambiental suficientemente boa" de Winnicott parece muito fértil para a geração e elaboração de modelos institucionais de cuidados para com os doentes mentais.

Os pacientes psiquiátricos internados, quer pelo próprio processo da doença mental, quer pela situação mesma da internação, apresentam-se muitas vezes numa posição dependente e infantilizada.

É o que se denomina regressão psicológica. Obviamente, todo tratamento deve visar que o paciente evolua de uma situação de dependência extrema para o máximo de independência e autonomia possível, da regressão para a maturidade. Esse processo depende, entre outras coisas, de uma equipe com um mínimo de capacitação profissional, tranquilidade, confiança, envolvimento e satisfação no trabalho(17).

Friis (52) pôde identificar, através de cuidadoso estudo de fatores que influem na atmosfera da enfermaria, que muitas trocas de elementos da equipe ("staff turnover") são um dos fatores mais significativos na deterioração do ambiente terapêutico.

Katz(17) afirma que tensão e insatisfação intrainstitucional frequentemente são seguidas de aumento da sintomatologia dos pacientes, o que inclui tentativas de suicídio, fugas, aumento na duração das internações, abuso de drogas e atos violentos, e, por parte da equipe, absenteísmo e abandono do trabalho.

Boas condições emocionais para a equipe passam por boa remuneração, por seleção de pessoal adequadamente treinado e com características de personalidade próprias para o trabalho em saúde mental (tolerância, flexibilidade, sensibilidade humana etc), reciclagens, além de supervisão constante do trabalho e da situação afetiva da equipe, realizada preferentemente por um profissional experiente de fora da equipe.

O supervisor funciona como um elemento externo à equipe, que pode ajudá-la a identificar dificuldades, pontos cegos e conflitos que esta não consegue por si só superar.

A importância da supervisão está bem exemplificada no trabalho de Ritvo(68), que, de forma original, mostrou como uma UIPHG

de Denver (EUA) tinha um ritmo semanal cíclico. Os finais de semana, quando havia uma diminuição marcada da presença da equipe, eram sentidos pelos pacientes como abandono e rejeição, produzindo neles reações de ansiedade, raiva, depressão, isolamento e sentimentos de menos valia. Ritvo propôs com resultados bastante satisfatórios que a equipe trabalhasse e organizasse melhor a situação dos fins de semana, para que esse "suposto abandono" não comprometesse o tratamento como um todo.

#### **4.9.2. Liderança e Coordenação da Equipe**

O exercício de liderança e coordenação baseia-se na capacidade do coordenador de identificar demandas múltiplas, cambiantes e, às vezes, antagônicas dos diversos membros da equipe e dos pacientes, oferecendo-lhes soluções factíveis que ajudam o grupo e o trabalho a se desenvolverem.

Existe, no contexto específico das UIPHGs, para cada grupo de profissionais, uma rede de hierarquias que pode gerar confusões e conflitos. Por exemplo, um médico-residente, um assistente social ou um enfermeiro, estão sujeitos à hierarquia do coordenador da unidade (geralmente, mas não necessariamente, um médico-psiquiatra), a chefia de sua categoria (por exemplo, o preceptor dos residentes, à chefia do serviço social ou do serviço de enfermagem) e à diretoria do hospital geral como um todo. Katz (17) pergunta, com certa ironia, a quem deve o profissional a sua lealdade nesse emaranhado de hierarquias. Há o risco de excessiva burocratização e corporativismo em nome de uma suposta democratização do trabalho.

O aperfeiçoamento da prática institucional relaciona-se com a possibilidade de participação direta nas decisões no local de trabalho do profissional. Neste sentido, o crescimento do trabalho de equipe requer, ao invés da marca autoritária e paternalista de um chefe que pensa e decide por todos ou da ausência de hierarquias claras e da diluição do poder e das responsabilidades em sistemas excessivamente burocratizados, a atribuição explícita e equilibrada de responsabilidade e campos de atuação.

É conveniente, afirma Katz (17), que haja um coordenador, escolhido e aceito pela equipe, presente a maior parte do tempo, com capacidade de liderança e flexibilidade para compor demandas, às vezes complexas e contraditórias, e que saiba priorizar necessidades e delegar funções. Sugere, ainda, que se façam reuniões periódicas, tanto dos grupos profissionais específicos como da equipe multidisciplinar, com a participação do coordenador e da maioria do pessoal envolvido no trabalho. É nessas reuniões que os problemas e decisões mais relevantes devem ser discutidos e, se possível, resolvidos.

#### **4.10. As Unidades de Internação Psiquiátrica e seu Relacionamento com o Hospital Geral**

##### **4.10.1. Transtornos Mentais e Transtornos Físicos**

Entre os diversos fatores que contribuem para que se defenda a inclusão de serviços psiquiátricos em hospitais gerais, a sobreposição de transtornos mentais com doenças físicas talvez seja um dos mais relevantes (69).

Sabe-se de há muito tempo que a morbidade física em doentes mentais é significativamente alta e que os doentes das diversas clínicas de um hospital geral têm distúrbios e sintomas mentais com muita frequência. Ambos, transtornos somáticos em doentes mentais e transtornos psíquicos em pacientes somáticos, são tradicionalmente negligenciados na prática médica diária (69,70,71).

Também é significativo o aumento do uso de fármacos nas sociedades modernas, sendo que muitos medicamentos produzem efeitos indesejáveis na esfera mental e comportamental, como corticosteróides e outros agentes hormonais, hipotensores arteriais, diuréticos, anovulatórios orais, anticonvulsivantes e outros psicofármacos etc. O aumento do uso de fármacos e seus efeitos colaterais tornou-se um aspecto importante na interação entre fatores somáticos e mentais (69).

#### **4.10.2. Doenças Física em Populações Psiquiátricas**

Os sintomas mentais não são de forma alguma específicos das chamadas doenças psiquiátricas. De fato, irritação, apatia, depressão, ansiedade, alucinações, delírios, agitação psicomotora, pensamento confuso, mudanças recentes da personalidade, entre outros, são com muita frequência os sintomas iniciais e, às vezes, os mais proeminentes de um grande número de doenças primariamente somáticas. Muito dos sintomas das doenças psiquiátricas primárias podem ser significativamente agravados por doenças físicas (61,71).

Koranyi (69) reviu 12 importantes estudos, realizados de 1937 a 1979, que verificavam a frequência de doenças físicas em populações psiquiátricas internadas e ambulatoriais somando ao todo

mais de 4000 pacientes. A frequência de doença física significativa ficava em torno de 50%. Os transtornos somáticos relacionavam-se diretamente (no sentido de causa básica) às síndromes psíquicas em 9 a 42% dos casos.

Hall, apud Koranyi(70) revisando os trabalhos referentes apenas a populações psiquiátricas internadas, encontrou a frequência de 33 a 60% de doenças físicas.

O mesmo Hall(71) realizou, em 1979, um estudo metodologicamente cuidadoso, num hospital psiquiátrico público de Houston (EUA). Em 100 pacientes de baixo nível sócio-econômico, através de rigorosa avaliação clínica e laboratorial, encontrou 46 com transtornos somático causador ou claramente agravante dos sintomas mentais. Além desses 46, outros 34 tinham algum distúrbio físico que requeria tratamento médico. Nessas pesquisas, encontraram-se com frequência diabetes melitus, hipo e hipertireoidismo, arritmias cardíacas, hipertensão arterial, infecções bacterianas do trato urinário etc..

No Brasil, apesar da carência desse tipo de estudo, é de se supor que a frequência de distúrbios físicos em pacientes psiquiátricos deva ser maior que nos países desenvolvidos, dado à maior morbidade da população em geral.

Mais alarmante que essas cifras é o grau de não identificação das doenças físicas nos pacientes psiquiátricos. Na revisão de Koranyi, em cerca da metade dos pacientes que tinham doença física, esta não era conhecida pelo médico que os atendia. Esses dados são confirmados pelos trabalhos de Hall(69,71).

Alguns fatores são apontados para explicar a precária identificação da morbidade física nesses pacientes: as pessoas com

estado mental alterado tendem a não relatar de forma clara e precisa seus sintomas físicos; o psiquiatra, apesar de ser muitas vezes o único médico desses pacientes, tende a negligenciar a dimensão somática, não realizando, por exemplo, o exame físico que faz parte da avaliação médica básica; muitos médicos da atenção primária, pronto-socorristas, clínicos gerais etc. tendem a encaminhar os pacientes com sintomas psiquiátricos ao psiquiatra sem uma avaliação somática prévia e, finalmente, a maioria dos serviços de psiquiatria ambulatorial e de internação que não se situam dentro de hospitais gerais, não dispõem de recursos laboratoriais e de exames complementares em geral (raio x, eletrocardiograma etc.) (69,71).

Nesse sentido, Rozenthal et al (72), identificaram que no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de 1966 a 1985, apesar de em 17% dos pacientes, em média, ter-se a suspeita de síndrome orgânico-cerebral na ocasião da internação, cerca de 80% deles (inclusive os com suspeita) não eram submetidos a qualquer exame neurológico ou clínico complementar (o que dizer então de serviços não universitários de nosso meio!). Os autores explicam tal deficiência, entre outros fatores, pela não integração do IPUFRJ a um hospital geral.

Com uma anamnese bem colhida, exame físico e neurológico realizados com cuidado, exames laboratoriais básicos (hemograma; glicemia; dosagem de eletrólitos; dosagem de alguns metabólitos como uréia, creatinina, transaminases; exame de urina tipo I etc.) e de alguns hormônios (T3, T4, TSH, cortisol etc.), eletrocardiograma, eletroencefalograma e exames radiológicos mais comuns, a grande maioria das doenças físicas pode ser identificada nesse subgrupo de doentes (69,71,72,73).

Esses procedimentos são factíveis apenas no contexto do hospital geral. A disponibilidade de toda uma série de recursos técnicos da medicina geral pode contribuir na melhora da qualidade da internação psiquiátrica, tanto a nível do diagnóstico, quanto de recursos terapêuticos e de pesquisa.

#### **4.11. Processo de Implantação de Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais**

##### **4.11.1. Dificuldades**

A inclusão de serviços psiquiátricos em hospitais gerais nem sempre ocorre com facilidade e sem resistências por parte dos administradores e corpo médico(74).

Alguns dos fatores mais comuns apontados na literatura, que explicariam tais resistências são(74,75,76):

- preconceitos e estigmas relacionados à conceituação da doença mental e seu tratamento: para muitos, ainda, "lugar de louco é no hospício";

- preconceitos relacionados à periculosidade dos doentes mentais: há o temor de que doentes mentais possam representar um perigo de agressão física para os outros doentes do hospital e pessoal técnico. Tais temores não se sustentam perante as evidências de mais de 40 anos de UIPHGs nos países desenvolvidos;

- a doença mental e a psiquiatria, enquanto disciplina teórica, careceriam de status médico-científico, não cabendo trazer para o hospital geral, lugar de crescente tecnicidade, um problema que nada mais seria que uma forma de desvio ou marginalidade social;

- temor de que, ao se aceitar doentes mentais no hospital geral, estes viriam em número crescente e que não haveria como cuidar deles; temor de que os doentes mentais crônicos fiquem ocupando leitos caros e originalmente concebidos para tratar doenças curáveis;

- problemas decorrentes da internação de pacientes involuntários, o que contribuiria para piorar a imagem do hospital perante a população e autoridades locais;

- problemas relacionados a formas de pagamentos: em vários países, muitos seguros médicos e sistemas previdenciários têm uma política clara de pagar menos aos leitos psiquiátricos; a maioria dos seguros médicos privados no Brasil não cobre assistência psiquiátrica.

Hoirisch(77) utilizou uma metáfora médica para descrever essa difícil relação. Ele diz que as UIPHGs se constituem muitas vezes em um "corpo estranho" no hospital geral, o psiquiatra sendo visto como um intruso às custas da novidade de seu modelo e de sua clientela. Sua entrada pode suscitar rivalidades, competição personalizada e hostilidade referentes à luta pelo espaço institucional,

pelo poder, pela clientela e pela direção em cargos administrativos.

Diz ainda que esta rejeição institucional à psiquiatria pode ser vista em certos contextos, pois as unidades psiquiátricas e os psiquiatras acabam se instalando em locais distantes ou de pior qualidade no hospital geral, constituindo verdadeiros "guetos" (76).

Por causa disso, Consoli e Schmit(78) defendem que as UIPHGs só tratem de pacientes com distúrbios psicossomáticos, quadros de ansiedade e depressão com sintomatologia física emergente, intercorrências em alcoolistas e drogadictos e algumas tentativas de suicídio. Os quadros psiquiátricos clássicos ficariam para ser tratados em hospitais psiquiátricos. Para eles, tal estratégia facilitaria a integração com o hospital geral.

Outros autores afirmam que a discriminação em relação à psiquiatria já não é tão importante, principalmente nos países desenvolvidos. Schulberg e Burns(75), afirmam que nos EUA não há mais necessidade de convencer os administradores e corpo médico dos hospitais da oportunidade e vantagens das UIPHGs. O problema maior hoje está nas mãos dos psiquiatras de hospital geral. Eles não querem se responsabilizar por grupos de pacientes (crônicos, sem lar, involuntários etc.), que, no entanto, a população coberta pelo hospital pressiona no sentido de que sejam admitidos.

Alves Brasil(59) sugere que a integração dos serviços de psiquiatria ao HG se dê através de três níveis: a partir da estrutura física e funcional das UIPHGs, a partir da participação dos profissionais de saúde mental nos órgãos e conselhos consultivos e deliberativos do HG e, fundamentalmente, através do trabalho de consultoria interdisciplinar, ou seja, da interconsulta psiquiátrica e da psiquiatria de ligação.

#### 4.11.2. Os Serviços Psiquiátricos de um Hospital Geral

Nos hospitais gerais, a proposta de serviços psiquiátricos geralmente inclui: serviço de interconsulta psiquiátrica, unidade de internação, serviço de emergência (geralmente integrado ao pronto-socorro) e ambulatório. Esses serviços devem constituir um conjunto integrado, garantindo um mínimo de continuidade assistencial(59).

Os pacientes com distúrbios mentais chegam às UIPHGs principalmente pelos serviços de emergência psiquiátrica, de ambulatório de psiquiatria, de interconsulta psiquiátrica e diretamente transferidos de outras enfermarias.

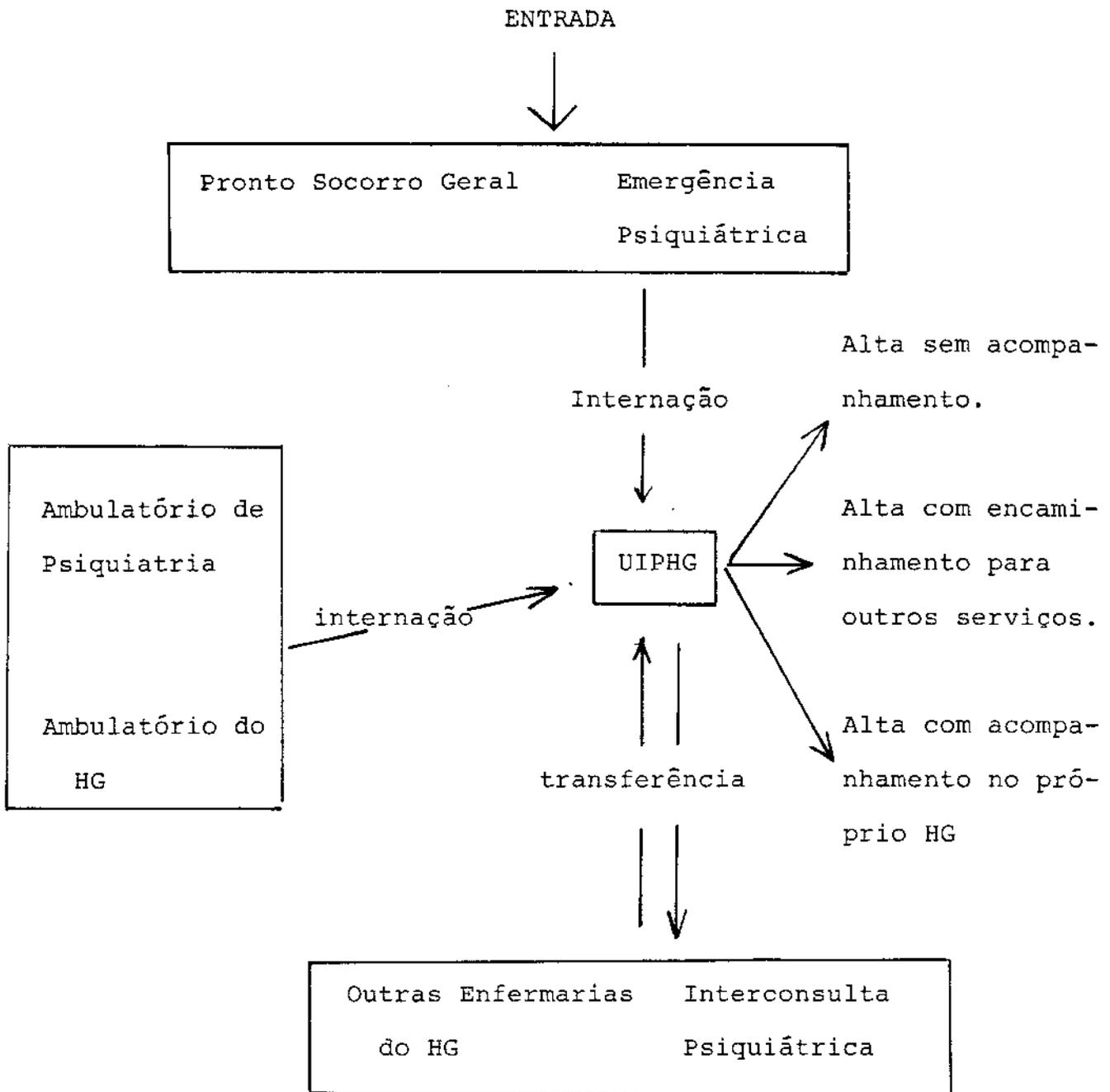
Atualmente, a maioria dos autores pensa que os serviços de emergência psiquiátrica em pronto-socorro de hospital geral são a porta de entrada tecnicamente mais adequada de pacientes com distúrbios mentais agudos. Este contexto é mais favorável à diferenciação de quadros psiquiátricos primários de síndromes mentais secundárias a doenças físicas. Além disso, Petitjean et al(80), em revisão recente, afirmam que 10 a 20% dos pacientes que chegam a um pronto-socorro de um HG têm distúrbios mentais que necessitam de algum tratamento especializado.

Caso o paciente atendido na emergência não necessite de internação, mas de algum tipo de tratamento psiquiátrico ou psicológico, pode ser, após avaliação e conduta terapêutica inicial, encaminhado a um serviço de atenção primária com profissional treinado em saúde mental (não necessariamente especialista) ou ao ambulatório de psiquiatria do HG, na dependência da gravidade e complexidade do distúrbio e da regionalização dos serviços.

Muitos dos pacientes que são acompanhados regularmente nos ambulatórios de psiquiatria dos HGs podem, num momento ou outro do tratamento, necessitar de uma internação, por recaída (por exemplo psicoses afetivas, esquizofrenias, neuroses graves etc.), necessidade de melhor avaliação (diagnóstico diferencial difícil), uso de terapêuticas não factíveis a nível ambulatorial etc. A internação será melhor aceita pelo paciente e sua família caso se dê no mesmo hospital, onde eventualmente o mesmo profissional que o acompanha ambulatorialmente poderá tratá-lo em regime de internação. Supera-se assim a inconveniência de um encaminhamento a um hospital psiquiátrico distante do serviço ambulatorial.

Os pacientes internados nas UIPHGs, após alta, podem ser acompanhados no ambulatório de psiquiatria do mesmo hospital e, se possível, com os mesmos profissionais que tenham realizado o tratamento na internação. Não há dúvida de que a continuidade assistencial é fundamental ao bom desenvolvimento dos tratamentos psiquiátricos, sendo particularmente importante para pacientes graves (psicóticos, limítrofes, neuróticos graves etc.)

Fluxograma dos Serviços de Psiquiatria de um HG



Além da importância estratégica para a integração da psiquiatria ao hospital geral, o serviço de interconsulta e psiquiatria de ligação se justifica pela alta morbidade psíquica em doen-

tes internados em hospitais gerais. Botega(81), em revisão recente, cita dois trabalhos cuidadosos que indicaram frequências de 20 e 23% de transtornos psiquiátricos em doentes "gerais" internados. Destes apenas uma minoria fôra, previamente ao estudo, identificada como tendo um distúrbio mental. A revisão clássica de Lipowski (1967) apud Botega(81), encontra frequências de 30 a 60% de problemas psíquicos que requerem tratamento em pacientes de enfermarias gerais.

O serviço de interconsulta também transfere, com certa frequência, pacientes das várias enfermarias para as UIPHGs. São pacientes cujo transtorno mental ou comportamental é melhor lidado no contexto especializado. Entretanto, Mannucci e Kaufman apud Alves Brasil(59), afirmaram que a transferência das várias enfermarias para a UIPHG diminui quando se dispõe de um serviço de interconsulta eficiente(58).

Alves Brasil(59) e também Botega et al(82), entre outros advertem que não é infrequente que tanto os ambulatórios de psiquiatria dos HGs como as UIPHGs, possam vir a funcionar como um receptáculo de pacientes ditos "díficeis", de diagnóstico médico incerto, não necessariamente com uma doença mental classificável, mas com dificuldades sociais, familiares ou emocionais ou que representam dificuldades para os médicos gerais, que não conseguem lidar com o referencial da prática médica tradicional.

Os serviços de interconsulta psiquiátrica e psiquiatria de ligação têm como função fundamental trazer para dentro da medicina geral a contribuição de um modelo novo de conhecimento e prática assistencial. Os serviços de psiquiatria (principalmente a interconsulta) trariam para a medicina geral elementos da psicologia

médica, da psicologia social, da psicanálise, da antropologia médica etc., contribuindo no sentido de reintroduzir na prática médica a pessoa do doente, sua subjetividade, sua história e vivências únicas. A psiquiatria poderia ampliar o conceito de saúde e doença, introduzindo a visão de multifatoriedade de causas e efeitos(59). A relação médico-paciente passa a ser objeto de estudo sistemático. Abrem-se perspectivas como a dinâmica interpessoal nas enfermarias, o impacto sócio-familiar das doenças e sequelas e o estudo de fatores psíquicos inconscientes em doenças físicas. A dimensão do psíquico, do psico-social e o campo da psicossomática se instalariam dessa forma no interior do hospital geral(59,81).

#### **4.12. As UIPHGs, o Ensino e a Pesquisa**

As UIPHGs têm sido instaladas em muitos países (inclusive o Brasil) preferencialmente em hospitais de ensino. Isto faz com que a dimensão da docência e da pesquisa ganhem um destaque especial.

Marchais(83) afirma que os serviços de psiquiatria em hospitais gerais (Service Libre d'Hôpital Général) conduzem a mudanças fundamentais no conhecimento e no ensino psiquiátrico. Para ele, há uma correspondência entre novas condições de observação e mudanças nas abordagens clínicas. Se "a patologia pode ser modificada pelo ambiente, este também irá influir marcadamente sobre o tipo de observação e o conhecimento produzido".

Para Marchais(83), as nosologias clássicas da psiquiatria demonstram-se demasiadamente rígidas no contexto dos serviços abertos de hospital geral, fazendo surgir a necessidade de catego-

rias diagnósticas mais flexíveis e funcionais. Também no HG o saber psiquiátrico deverá ser confrontado e enriquecido pelas outras especialidades médicas. Enfim, para este autor, um novo contexto assistencial significa um novo ponto de partida para a observação, conduzindo a produção e ensino de conhecimento original.

#### 4.12.1. O Ensino

Shukla et al(84) salientaram que a existência de UIPHG no hospital de ensino representou na sua experiência (Junsi-Índia) uma mudança radical no ensino da psiquiatria para estudantes de medicina. O hospital psiquiátrico tradicional projetava uma visão distorcida e pessimista da psiquiatria, mostrando aos alunos apenas psicóticos crônicos e deteriorados. Os estudantes voltavam dos hospitais achando a psiquiatria algo interessante mas basicamente inútil e impotente.

Nas UIPHGs os estudantes de áreas médicas podem entrar em contacto com doentes agudos, que apresentam resposta terapêutica mais favorável em períodos curtos. Apresenta-se e ensina-se uma dimensão mais dinâmica da prática psiquiátrica. Outra vantagem é a possibilidade de um contacto mais direto com os doentes mentais. Isto é fundamental para diminuir os preconceitos e estigmas que muitos estudantes de áreas médicas têm em relação a doença mental e seu tratamento.

As UIPHGs podem produzir também uma mudança marcante na formação de novos psiquiatras. A residência médica desloca seu eixo do macrohospital para os serviços psiquiátricos do hospital geral. Os residentes de psiquiatria saídos da escola médica, continuarão

no mesmo hospital de ensino, não sendo exilados, como seus pacientes, para os hospitais psiquiátricos. A psiquiatria torna-se assim uma especialidade médica mais próxima às outras especialidades. Esta relação de proximidade, entretanto, envolve conflitos de identidade ainda não bem resolvidos.

#### 4.12.2. A Pesquisa

A vinda das UIPs para os HGs abre um novo campo de pesquisa em saúde mental. Tal perspectiva pode ser bem aproveitada por estudantes de pós-graduação, principalmente se a unidade estiver em um hospital universitário.

Apresentam-se algumas possibilidades de tal campo (74,84):

a) a própria UIPHG como objeto de estudo: pode-se pesquisar sua dinâmica interna, o relacionamento equipe-pacientes, as técnicas e modelos terapêuticos etc.. Pode-se, também comparar UIPHG com outras propostas de tratamento para pacientes agudos;

b) estudos epidemiológicos (prevalência tratada) das populações internadas;

c) estudos experimentais avaliando técnicas e modelos terapêuticos;

d) estudo do impacto dos serviços psiquiátricos sobre o hospital geral;

e) pesquisas interdisciplinares com profissionais de saúde mental associados a profissionais de especialidades como farmacologia clínica, neurofisiologia e neuropsicologia, endocrinologia, medicina social, geriatria etc.;

f) pesquisas com utilização de metodologia e recursos técnicos (laboratórios, aparelhagem etc.) de outras especialidades médicas do HG, no estudo da doença mental e da dimensão psíquica das doenças físicas (psicossomática, psicologia médica, antropologia médica etc.).

#### **4.13. Psiquiatria e Medicina. Integração ou Assimilação**

Com a ida de profissionais e da prática da saúde mental para o interior do hospital geral, estabeleceu-se uma relação tensa, em que dois modelos podem se enriquecer, mas podem também entrar em conflito, competindo pela hegemonia teórica e prática. Segundo Fortes e Infante,

"a ida do psiquiatra para o hospital geral traz em si algo além de uma mudança de espaço físico. Os modelos de saúde e doença são questionados. A presença de dois discursos (um médico e um psicológico), duas formas de compreensão do adoecer(....) representa o primeiro choque de duas identidades bastante diferenciadas" (86, pg 274).

Alves Brasil(59) questiona se é possível a integração da psiquiatria à medicina geral, sem que uma das duas áreas perca algo da sua identidade:

"não se trata de "psiquiatrizar" o hospital geral e nem de "medicalizar" a psiquiatria, mas de fazer a integração de disciplinas tradicionalmente estranhas e de romper com as tendências de manter o paciente sob uma exclusividade terapêutica. Resta, porém, perguntar: É possível realizar esta integração?" (59, pg 70)

Para este autor, embora acredite na possibilidade de uma integração, a psiquiatria ao entrar no hospital geral em situação minoritária corre o risco de, para ser aceita realmente pelo hospital, ter que se moldar ao modelo médico tradicional (59).

Castel (87) radicaliza essa crítica a partir da análise da instituição psiquiátrica atual, apontando a "medicalização da saúde mental" como uma das tendências dominantes da modernização da psiquiatria. Ela se vê forçada na atualidade a assumir a postura do objetivismo médico e do positivismo científico, abandonando algumas das especificidades que caracterizavam sua prática e seu saber no passado.

Para o historiador do alienismo, este teria surgido como uma disciplina do psicológico e do social, ligado ao tratamento moral, incursionando pela neurologia e neuropatologia no final do século passado, quando se teria tornado neuropsiquiatria. Neste século, tem sido confrontado por disciplinas como a psicanálise, a psicologia social, a fenomenologia existencial e movimentos como a comunidade terapêutica, a psiquiatria social, a antipsiquiatria, a psicoterapia institucional, que de alguma forma impõem o subjetivo, o cultural, o político, no centro da disciplina. No final deste sé-

culo, entretanto, o desenvolvimento crescente de áreas da psiquiatria biológica como a psicofarmacologia, a bioquímica cerebral, as técnicas laboratoriais e neurofisiológicas de diagnóstico da doença mental, assim como o desenvolvimento da própria psiquiatria de hospital geral, estariam forçando a assimilação da psiquiatria pelo objetivismo médico(87).

O avanço da pesquisa em psiquiatria biológica é, para Castel, fato inquestionável. Entretanto, esse avanço tem funcionado como instrumento ideológico de naturalização da doença mental: "uma coisa é a pesquisa científica e outra o contexto ideológico no qual funcionam essas descobertas"(87, pg 95). A instituição psiquiátrica caminha no sentido de sua descaracterização como medicina especial, assimilação ideológica ao modelo médico, despolitização crescente e enfraquecimento da dimensão do subjetivo:

"O progresso da medicina mental é assim assimilado ao conhecimento das únicas condições que sejam cientificamente instrumentalizáveis. São remetidos para o esquecimento da história todos os esforços para alcançar a pessoa sofredora em sua relação problemática no sentido, na linguagem, no simbolismo e outras. Para o objetivismo médico, a psiquiatria, especialidade médica como outra, se deixou distanciar por causa desses investimentos "ideológicos" (quer dizer, psicanalíticos e políticos), mas atualmente está retomando seu atraso graças aos progressos do pensamento científico"(87, pg 95).

A crítica de Castel é útil, pois mostra como certos desenvolvimentos na história da psiquiatria e da assistência psiquiátri-

ca, aceitos de forma geral como progressistas e modernizadores, têm dimensões políticas e ideológicas que devem também ser consideradas. A radicalidade deste autor funciona como alarme contra posturas e análises ingênuas e acríticas.

#### 4.14. A UIPHG Comparada com o Hospital Psiquiátrico

Gostaria de terminar este capítulo discutindo algumas das vantagens e desvantagens das UIPHGs em relação ao hospital psiquiátrico.

Há uma discussão ainda inacabada relacionada à internação psiquiátrica. É questionado se as UIPHGs poderão ou não substituir completamente os hospitais psiquiátricos e, conseqüentemente, se estes serão um dia extintos. Tal polêmica tem sido marcada por posturas políticas e doutrinárias conflitantes, o que torna o debate mais complexo do que uma simples adesão a opções técnicas diferentes.

As principais vantagens das UIPHGs sobre os hospitais psiquiátricos são (3,4,59):

- **diminuição do estigma da doença mental** - o tratamento em hospitais gerais diminui o estigma do doente mental, que passa a ser encarado como um doente semelhante aos outros. Os hospitais psiquiátricos tradicionais, ao contrário, reforçam tal estigma. A diminuição do estigma e dos preconceitos aumenta a aceitação dos pacientes pelas suas famílias e pela população. Os hospitais gerais têm uma reputação bem mais favorável que os hospitais psiquiátricos. Em nossa sociedade, ter sido internado num hospital geral é

bem diferente para o "currículo" de uma pessoa do que ter estado num sanatório psiquiátrico;

- **proximidade e acesso ao HG** - ao contrário do hospital psiquiátrico, a maioria dos hospitais gerais estão mais próximos e acessíveis às populações atendidas. Há também maior facilidade de regionalização da assistência, através de hospitais gerais municipais e mesmo rurais. Esta maior proximidade favorece o tratamento mais precoce dos distúrbios mentais, diminuindo a cronificação;

- **melhor atenção à saúde física** - devido a localização das UIPHGs há maior disponibilidade de médicos de diversas especialidades e recursos laboratoriais, facilitando o reconhecimento e tratamento de doenças e intercorrências clínicas (somáticas). O ambiente do hospital geral ajuda a não "esquecer" da saúde física dos doentes mentais;

- **mais recursos diagnósticos** - os hospitais gerais dispõem com mais facilidade de aparelhos para eletroencefalografia, radiologia, tomografia computadorizada etc. Também são mais disponíveis dosagens sanguíneas de medicamentos, exames líquidos etc.;

- **maior intercâmbio interdisciplinar com outras especialidades médicas;**

- **maior integração da prática psiquiátrica nos cursos de formação de profissionais de saúde.**

Apesar dessas vantagens, alguns autores apontam algumas desvantagens das UIPHGs em relação aos hospitais psiquiátricos (4,59):

- **limitação e inadequação do espaço físico** - os hospitais psiquiátricos dispõem, com mais facilidade, de áreas mais adequadas a pacientes que, apesar de ter um distúrbio mental, apresentam condições de locomoção satisfatórias. Tais áreas seriam quadras esportivas, pátios ajardinados, salões para festas e bailes, hortas, pequenas oficinas, etc. Estas estruturas facilitariam a reabilitação;

- em muitas UIPHGs devido a **uma excessiva adesão ao modelo médico**, o tratamento é muito centrado em terapêuticas somáticas (farmacoterapia, eletroconvulsoterapia), que, apesar de eficazes em períodos curtos, se assemelham mais aos tratamentos clínicos e cirúrgicos. O hospital psiquiátrico pode oferecer, outros tipos de tratamento, como a comunidade terapêutica, a arte terapia, a labor-terapia, etc., que não se encaixam bem no modelo médico;

- **o hospital psiquiátrico poderia contemplar melhor as especificidades da doença mental**, não tendo que se ajustar a lógica do objetivismo médico, que funciona como "Leito de Procusto", onde tudo que foge à sua lógica é rejeitado como inoportuno e anti-científico.

Finalmente, outra questão problemática é relacionada a existência simultânea de UIPHGs e hospitais psiquiátricos, gerando o chamado sistema assistencial duplo, em que pacientes agudos vão para as UIPHGs e os crônicos para os hospitais psiquiátricos. Com

essa separação, os alunos de áreas médicas e residentes de psiquiatria não entram em contacto com o subgrupo de doentes crônicos, pois havendo UIPHGs, estas tendem a ser o campo exclusivo de aprendizagem e pesquisa nas escolas médicas. Isto pode criar um círculo vicioso, no qual, não se lida com doentes crônicos, não se aprende nem se pesquisa como lidar com doentes crônicos e, finalmente, não se deseja qualquer contacto com a doença mental crônica. Tudo isso pode favorecer o aprofundamento do abandono desses doentes e a manutenção da ignorância relativa às possibilidades de reabilitação.

#### Referências (Capítulo 4)

1. E.L.Bassuk; S.Gerson. Deinstitutionalization and Mental Health Services Scient. Amer. Vol 238, nº 2: (46-53) Feb., 1978.
2. L.L.Bachrach. A Conceptual Approach to Deinstitutionalization. Hosp. Comm. Psych. Bol 29, nº 9 (573-78), Sept. 1978.
3. M.H.Greenhill. Psychiatric Units in General Hospitals: 1979, Hosp. and Comm. Psych. Vol 30, nº 3: (169-82), march 1979.
4. T.P.Detre; D.J.Kupfer. General Hospital Psychiatric Services. In: American Handbook of Psychiatry. Revised Edition. Ed. Silvano Arieti, Vol V, New York, Basic Books Inc. Publishers - 1975.
5. L.L.Bachrach. General Hospital Psychiatry: Overview from a Sociological Perspective. Am. J. Psych. 138:7 (879-87), July, 1981.
6. L.L.Bachrach. The Effects of Deinstitutionalization on General Hospital Psychiatry. Hosp. and Comm. Psych. Vol.32 nº11 (786-790), Nov. 1981
7. L.L.Bachrach. General Hospital Psychiatry and Deinstitutionalization: A System View. Gen. Hosp. Psych. 7, 239-248, 1985.
8. H.H.Goldman; N.H.Adams; C.A.Taube. Deinstitutionalization: The Data Demythologized. Hosp. and Comm. Psych. Vol 34, nº2 (129-134), Feb. 1983.
9. P.G.Cotton; A.Bene-Kociemba; R.Cole. The Effect of Deinstitutionalization on a General Hospital Inpatient Psychiatric Service. Hosp. and Comm. Psych. Vol 30, nº9, (609-612), Sept. 1979.

10. L.L.Bachrach. The Homeless Mentally Ill in the General Hospital: A Question of Fit. Gen. Hosp. Psychiatry 8, 340-349, 1986.
11. A.Richman; P.Harris. General Hospital Psychiatry: Are its Roles and Functions Adjunctive or Pivotal? Gen. Hosp. Psych. 7, 258-266, 1985.
12. S.T.Keill. The General Hospital as the Core of the Mental Health Services System. Hosp. and Comm. Psych. Vol. 32, 11 (776-778), Nov. 1981.
13. G.H.Flamm. General Hospital Psychiatry: Structure or Concept? Gen. Hosp. Psych. 3, 315-319, 1981.
14. E.B.Feigelson. Hospitalization and Milieu Therapy. In. Comprehensive Textbook of Psychiatry III, Vol III. Chapter 32 Edited by H.I.Kaplan and B.J.Sadock. Baltimore, William and Wilkins, 1981.
15. J.A.Clausen. Sociology and Psychiatry In: Comprehensive Textbook of Psychiatry III. Vol I Chapter 5. Ed. by H.I. Kaplan and B.J.Sadock. Baltimore, Willians and Wilkins, 1981.
16. H.H.Goldman. Psychiatric Epidemiology and Mental Helath Servies Research. In Review of General Psychiatry. Ed. by H.H.Goldman Baltimore, Lange Medical book, 1988.
17. S.E.Katz. Hospitalization and Milieu Therapy. In. Comprehensive Textbook of Psychatry IV, Vol II. Chapter 31 Edited by H.I.Kaplan and B.J.Sadock. Willians and Wilkins, Baltimore, 1985.
18. L.A.Kirshner. Length of Stay of Psychiatric Patients A Critical Review and Discussion. J. Nerv. Ment. Dis. Vol. 170, N.1. (27-33), 1982.

19. J.A.Mattes. The Optimal Length of Hospitalization for Psychiatric Patients: A Review of the Literature *Hosp. and Comm. Psych.* Vol. 33, Nº 10, (824-828), Oct. 1982.
20. N.A.Goodban; P.B.Lieberman; M.A.Levine; B.M.Astrachan; V.Cocilovo. Conceptual and Methodological Issues in the Comparison of Inpatient Psychiatric Facilities. *Am. J. Psychiatry* 144: 11, November 1987.
21. J.E.Gruber. Paths and Gates: The Sources of Recidivism and Length of Stay on a Psychiatric Ward. *Medical Care* Vol. XX, nº 12 (1197-1208), Dec. 1982.
22. A.L.de Souza. *Bahia de todos os Loucos*. Salvador, Comtemp. Edit., 1984.
23. I.D.Glick; W.A.Hargreaves; J.Ornes; J.A.Showstack. Short vs Long Hospitalization. *Arch Gen. Psychiatry* Vol. 33, Jan. 1976.
24. E.M.Caffey; C.R.Galbrecht, J.kett; P.Point. Brief Hospitalization and After Care in the Treatment of Schizophrenia *Arch. Gen. Psychiat.* Vol. 24, Jan. 1971.
25. M.I.Herz; J.Endicott; R.Spitzer. Brief Hospitalization: A Two-Year Follow-up. *Am. J. Psychiatry* 134: 5, May 1977.
26. C.L.M.Catan. Effect of Length of Inpatient Treatment for Chronic Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 139,7, July 1982.
27. J.A.Mattes; B.Rosen, D.F.Klein. Comparison of the Clinical Effectiveness of "Short" versus "Long" Stay Psychiatric Hospitalization. *The J. of Nerv. and Ment. Discus.* Vol. 165, nº 6, 1977.
28. D. De Francisco, D.Anderson; R.Pantano; F.Kline. The Relation between Length of Hospital Stay and Rapid-Readmission Rates. *Hosp. Comm. Psych.* Vol. 31, nº 3, 1980.

29. J.Ochonisky. De la destructivité institutionnelle. L'Evolution Psychiatrique, 53, 3, p. 687-696, 1988.
30. V.Sreenivasan. Limitation of Freedom of Movement in Adult Psychiatric Units. The Position of the Canadian Psychiatric Association. Can. J.Psychiatry Vol. 28, Feb. 1983.
31. W.H.Reid; M.F.Bollinger; J.G.Edwards. Serious Assaults by Inpatients. Psychosomatics Vol. 30, n° 1, Winter 1989.
32. C.Karson; L.B.Bigelow. Violent Behavior in Schizophrenic Inpatients. J. of Nerv. and Ment. Dis. Vol. 175, n° 3, 1987.
33. L. Labrash; J.Cain. A near-fatal assault on a Psychiatric Unit. Hosp. Comm. Psycch. Vol. 35, n° 2, Feb. 1984.
34. P.E.Bornstein. The use of Restraints on a General Psychiatric Unit. J.Clin. Psych. 46:5, May 1985.
35. J.A.Noone; G.Molnar; C.Hopper-Small. Dislocation of Expectations. (Management of Violence on a General Hospital Psychiatric Unit.). Can. J. Psychiatry Vol 24, n° 3. 1979.
36. J.G.Edwards; D.Jones; W.R.Reid; C.C.Chu. Physical Assaults in a Psychiatric Unit of a General Hospital. Am. J. Psychiatry 145: 12, December 1988.
37. C.P. Leeman; L.I.Sederer; J.Rogoff; H.S.Berger; J.Merrifield. Should General Hospital Accept Involuntary Psychiatric Patients? A Panel Discussion. Gen. Hosp. Psychiatry 3, 245-253, 1981.
38. C.P.Leeman. Involuntary Admissions to General Hospitals. Progress or Threat? Hosp. Comm. Psychiatry Vol. 31, N° 5, May 1980.
39. C.P.Leeman. The "Least Restrictive Environment". From Rhetoric to Practice. Gen. hosp. Psychiatry 3, 229-232, 1980.

40. H.Pinsker; M.Raskin; A.Winston. The Treatment of Involuntary Patients in the General Hospital Psychiatric Unit. Gen. Hosp. Psychiatry 3, 301-305, 1981.
41. R.D.Miller. Psychiatric Units in Gneral Hospitals; Elitism Revisited. Hosp. Comm. Psychiatry Vol. 32, Nº11, November 1981.
42. M.H.Sacks; J.E.Nininger; V.La Torre. Patient and Staff Attitude toward Locked and Unlocked Units. Hosp. Comm. Psychiatry. Vol.33, nº 2, Feb. 1982.
43. R.Y.Pablo; C.J.Lamarre. Parasuicides in a General Hospital Psychiatric Unit: Their Demographic and Clinical Characteristics. Gen. Hosp. Psychiatry 8, 279-286, 1986.
44. P.G.Cotton; R.E.Drake; A.Whitaker; J.Potter. Dealing with Suicide on a Psychiatric Inpatient Unit. Hosp. Comm. Psychiatry Vol. 34, nº 1, January 1983.
45. A.F.Lehman; J.S.Strauss; B.A.Ritzler; R.F.Kokes; D.W.Harder; T.E.Gift. First-Admission Psychiatric Ward Milieu. Arch. Gen. Psychiatry Vol. 39, Nov. 1982.
46. C.M.S.Osório. Ambientoterapia: Atualização e perspectivas. Rev. Psiq. do Rio Grande do Sul. 4(3), 228-334, 1982.
47. J.Chazand. Introducción a la Terapia Institucional. Buenos Aires, Ediciones Paidós, 1980.
48. M.Jones. Más allá de la Comunidad Terapéutica. Aprendizaje Social y Psiquiatria Social. Buenos Aires, Ediciones Genitor, 1970.
49. D.W.Winnicott. Clinical Regression Compared with Defense Organization. In: Psychotherapy in the Designed Therapeutic Milieu. Edited by S.H.Eldred e M.Vanderpol. Boston, Little, Brown and Company, 1968.

50. R.Goldney; J.Bowes; N.Spence; A.Czechowicz; R.Hurley. The Psychiatric Intensive Care Unit. *British J. of Psychiatry*. 146, 50-54, 1985.
51. L.Warneke. A Psychiatric Intensive Care Unit in a General Hospital Setting. *Can. J. Psychiatry* Vol. 31, Dec. 1986.
52. S.Friis. Factor Influencing the Ward Atmosphere. *Acta Psychiatr. Scand.* 73:600-606, 1986.
53. J.Harden; R.E.Hales; et al. Inpatient Participation in Treatment Planning: A Preliminary Report. *Gen. Hosp. Psychiatry* 8, 287-290, 1986.
54. H.T.Harpin. A Family-Oriented Psychiatric Inpatient Unit. *Family Process* 18 (3), 1979.
55. P.Roy-Byrne; R..Pynoos; I.D.Glick. The Inpatient Psychiatric Unit as Consultation Service. *Can J. Psychiatry* vol. 31, Feb. 1986.
56. L.I.Sederer. Inpatient Psychiatry: What Place the Milieu? (Editorial) *Am.J. Psychiatry* 141:5, May 1984.
57. M.Augras. *O ser da Compreensão*. Petrópolis, Edit. Vozes, 1981.
58. A.Baker; R.Llewelyn Davies; P.Sivadon. *Servicios Psiquiatricos y Arqitetura*. Cuadernos de Salud Publica nº 1 Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1963.
59. M.A.Alves Brasil. *A Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro 1982.
60. Z.M.Lebensohn. *Facilities and Organization In: The Psychiatric Unit in a General Hospital*. Edited by M. Ralph Kaufman, New York, Interactional Universities Press, 1965.

61. M.R.Kaufman. The Psychiatric Unit in a General Hospital. (Section Onc: The Setting and Its Personnel). New York Int. Univ. Press, 1965.
62. E.Gfeller. Trends in Psychiatric Hospitalization. The Alabama J. of Med. Sci. Vol. 16, nº 3, July 1979.
63. L.G.Guilhermano. A Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital São Lucas da PUC do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1988 (Mimeo.)
64. D.Schanding; R.L.Garber; V.Siomopoulos. A Small Study on How the Staff of Inpatient Psychiatric Unit Spends its Time. Perspectives in Psych. Care. Vol XX nº 2, 1982.
65. R.Phillips. Problems of Front-Line Workers on Psychiatric Inpatient Units. Hosp. Comm. Psych. Vol. 33, nº 10, October 1982.
66. D.W.Winnicott. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1963). In. O ambiente e os processos de maturação. Artes Médicas, Porto Alegre 1988.
67. D.W.Winnicott. Os doentes mentais na prática clínica (1963) In. O ambiente e os processos de maturação. Artes médicas, Porto Alegre 1988.
68. J.I.Ritvo. Staffing Patterns and the Weekly cycle of Community Meetings on an Adult Inpatient Unit. Hosp. Comm. Psych. Vol. 33, nº 5, May 1982.
69. E.K.Koranyi. Somatic Illness in Psychiatric Patients. Psychosomatics, Vol. 21, nº 11, (887-891), November 1980.
70. E.K.Koranyi. Morbidity and Rate of Undiagnosed Physical Illnesses in a Psychiatric Clinic Population. Arch. Gen. Psych. Vol. 36, (414-419), April 1979.

71. R.C.W.Hall; E.R.Gardner; S.K.Stickney; A.F.Lecann; M.K.Popkin. Physical Illness Manifesting as Psychiatric Disease. *Archn. Gen. Psych.* Vol. 37, (989-995) Sept. 1980.
72. M.Rozenthal; P.Mattos; J.Laks; R.Piedade. Tem médico na casa? *J. Bras. Psiq.* 36(5) 289-292, 1987.
73. S.Krummel; R.G.Kathol. What you should know about physical evaluations in Psychiatric Patients. *Gen. Hosp. Psych.* 9, 275-279, 1987.
74. R.L.Okin; D.M.Kinzer; D.A.Mooney. Major Obstacles to the Development of Psychiatric Units in General Hospitals. *Hosp. Comm. Psychiatry* Vol. 34, nº 10, October 1983.
75. H.C.Schulberg; B.J.Burns. The Nature and Effectiveness of General Hospital Psychiatric Services. *Gen. Hosp. Psychiatry* 7, 249-257, 1985.
76. H.V. de Araújo; M.D.Da Costa Lima; J.G.M. de Medeiros. Expectativas do Corpo Médico de um Hospital Geral Universitário Frente a Implantação de uma Unidade Psiquiátrica. Trabalho apresentado no XIII Congresso Latino Americano de Psiquiatria (Mimeo.).
77. A.Hoirisch. L' unité psychiatrique comme corps étranger dans l'hôpital général. *Ann. méd. psychol.*, 142, nº 4, 1984.
78. S.Consoli; G.Schmit. Spécificité de fonction d'une unité psychiatrique d'hôpital général. *Ann. Méd. Interne*, 130, nº 6-7, pp 365-370, Juin-Juillet 1979.
79. S.Gerson; E.Bassuk. Psychiatric Emergencies: An overview. *Am. J.Psychiatry* 137:1, January 1980.
80. F.Petitjean, J.P.Tabeze, B.Ple, G.Bitoun. Implantation d'une Unité d'Accueil Psychiatrique sectorisé à l'hôpital général. *Ann. Med. Psychol.* Vol 41, nº 8, 1983.

81. N.J.Botega. Médicos: Lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra. Tese de Doutorado apresentada a FCM-UNICAMP, Campinas, 1989.
82. N.J.Botega, B.J.B.Fontanella, E.B.Gonçalves, R.R.Rodrigues. Ambulatório de Psiquiatria em hospital Geral. Alguns dados do HC-UNICAMP. Revista ABP-APAL, Vol 10, nº 2, (57-62), 1988.
83. P.Marchais. Rôle du Service libre d'Hôpital Général sur la connaissance en psychiatrie. Ann. Med. Psychol. Vol 138, nº6, 1980.
84. G.D.Shukla, D.N.Mishra, P.Nigam. Utility of Psychiatric Unit in a Teaching General hospital: A Study of Inpatient Psychiatric Referrances. J.Asso. Pshy. Ind. Vol. 28, October, 1980.
85. E.Leibenluft, P.Summergrad, A.Tasman. The Academic Dilema of the Inpatient Unit Director. Am. J. Psychiatry 146:1, January 1989.
86. S.L.Fortes, R.G.G.Infante. A Questão da Saúde mental. A Redefinição do Papel do Psiquiatra em Hospital Geral. Para Além da Psicossomática. J. Bras. Psiq. 35(5), 273-278, 1986.
87. R.Castel. A Gestão dos Riscos. Da Antipsiquiatria à Pós-Psicanálise. Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1987.

PARTE II

RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA.

A UIP DO HC-UNICAMP, SEU PERFIL E SUA CLIENTELA

Se têm a verdade, guardem-na!

Sou um técnico, mas tenho técnica só dentro da técnica.

Fora disso sou doido, com todo direito a sê-lo.

Com todo o direito a sê-lo, ouviram?

Fernando Pessoa

## CAPÍTULO 5

### A DESCRIÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA

A partir de agora passo a descrever a experiência particular de implantação e desenvolvimento da UIP do HC-UNICAMP, que teve seu início em dezembro de 1986.

Trata-se de uma experiência docente-assistencial na qual tive participação intensa desde o seu início. Tal participação envolveu atividades clínica, docente e administrativa, sempre com um envolvimento pessoal pleno. Não posso dizer assim que o que segue é descrição neutra, imparcial e isenta de subjetividade. Todo o relato está contaminado pela experiência subjetiva e representa certamente um ponto de vista, uma leitura pessoal, entre muitas possíveis, de uma experiência institucional coletiva. É neste sentido a apresentação de um trabalho descritivo e exploratório, que tem sua força e limitação demarcados por este perfil metodológico.

Segundo Lieberman e Strauss(1986, 1) é raramente possível gerar hipóteses sem os trabalhos exploratórios, porém é também praticamente impossível testar hipóteses (no sentido de rejeitá-las ou não) com desenhos exploratórios e descritivos apenas. Portanto, acredito que o objetivo deste trabalho seja o de levantar questões, suscitar hipóteses plausíveis e abrir caminho para pesquisas com desenho metodológico mais sofisticado(2).

Optei por relatar a experiência da UIP-HC-UNICAMP através de dois modos. O primeiro, que será apresentado neste capítulo, é a descrição pura e simples da origem e desenvolvimento da unidade.

O segundo modo, que será desenvolvido no capítulo seguinte, compreende um estudo de casuística das internações realizadas nos dois primeiros anos de funcionamento da unidade, analisando-se com destaque a questão da duração das internações.

### 5.1. Origem e Evolução da UIP do HC-UNICAMP

Para a reconstrução das origens da UIP do HC-UNICAMP, colhi depoimentos dos seguintes docentes: Maurício Knobel, Cláudio Fernandes, Rachel Vilela Fávero e Dorgival Caetano, todos professores do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP. O professor Fernando Lopes Gonçalves Jr. atual superintendente do Hospital das Clínicas - UNICAMP (HC) e, na época de implantação da Unidade, diretor clínico do HC, também muito gentilmente ofereceu o seu relato do momento de implantação da unidade.

Todos os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos.

Alguns relatórios, projetos e documentos foram também consultados (3,4).

#### Surgimento e Desenvolvimento de um Projeto

Segundo Rachel Vilela Fávero, a existência de uma Unidade de Internação Psiquiátrica no HC-UNICAMP esteve, no seu início, intimamente ligada à figura do Professor Zeferino Vaz, fundador e primeiro reitor da UNICAMP. Zeferino Vaz tinha interesse especial pela área de Saúde Mental, particularmente pelo campo da psicanálise (à qual ele se submeteu como analisando, por vários anos). Em Ribeirão Preto, no final dos anos 50 e início dos 60, Zeferino Vaz, então diretor da Faculdade de Medicina, fez questão de convidar um psicanalista para chefiar o departamento de psiquiatria. Nessa época, já defendia que casos psiquiátricos agudos fossem tratados no hospital

geral. Sua visão era a de que aspectos somáticos e psicológicos deveriam ser ensinados de forma integrada aos estudantes de medicina e enfermagem.

Vinda também de Ribeirão Preto, Rachel Vilela Fávero chegou à UNICAMP em junho de 1976, para aqui ensinar psiquiatria, numa perspectiva dinâmica. Aqui reencontrou o Prof. Zeferino Vaz, que, segundo ela, mantinha inalteradas suas posições em relação à integração psiquiatria - medicina. Rachel Vilela Fávero acredita que teria sido por influência de Zeferino Vaz que o projeto de construção(4) do novo hospital das clínicas da UNICAMP, situado no Campus, já incluísse uma unidade de internação psiquiátrica.

De fato, o citado projeto, datado de março de 1975, especifica claramente uma unidade psiquiátrica com 15 leitos e 453 m<sup>2</sup>. Nesse projeto, constata-se a recomendação de que o ambiente deveria ter um aspecto domiciliar com áreas para atividades cotidianas, salas para terapia ocupacional, sessões terapêuticas individuais e grupais. Também há referência a uma área externa para atividades físicas. A unidade deveria ser destinada a pacientes adolescentes e adultos, podendo ser aberta ou fechada(4).

Este projeto foi feito pela firma Norte-Americana "Arthur D. Little International, Inc."; tendo como figura central na sua execução a enfermeira Suzanne Kase, que, segundo Rachel Vilela Fávero, era muito favorável à existência de uma unidade de psiquiatria.

Segundo o depoimento de Cláudio Fernandes, uma outra pessoa esteve particularmente ligada à origem da Unidade de Psiquiatria do HC. No período de 1974-1975, o professor Clóvis Martins, vindo do Hospital do Servidor Público Estadual, chefou o DPMP da UNICAMP por

cerca de 1 ano. No Hospital do Servidor, ele havia criado uma unidade de internação psiquiátrica. Clóvis Martins defendia enfaticamente as UIPHGs, pois visitara várias delas em diferentes países e se entusiasmara com a proposta. Nessa época, o DPMP enviou vários ofícios à diretoria da FCM, solicitando uma UIP no futuro HC da UNICAMP. Segundo informa Cláudio Fernandes, para Clóvis Martins era essencial que a unidade fosse localizada dentro do hospital. Apesar dos esforços empreendidos, tal iniciativa teve pouco impacto prático, pois o professor Clóvis Martins permaneceu pouco tempo na UNICAMP e só muitos anos depois é que o novo HC se instalaria de fato.

Em outubro de 1976, Zeferino Vaz trouxe de Buenos Aires o psiquiatra e psicanalista Maurício Knobel para chefiar e reorganizar o DPMP da UNICAMP.

Segundo o depoimento de Maurício Knobel, em 1977, vários ofícios da chefia DPMP foram enviados ao diretor da FCM, reforçando a solicitação de uma UIPHG. Também pleiteavam-se alguns leitos na Santa Casa, pois esta era, na época, a única área de internação da Faculdade de Medicina.

No segundo semestre de 1978, por solicitação de Maurício Knobel, o chefe do Departamento de Neurologia, Prof. Nubor Facure, cedeu uma pequena sala de aula, vizinha da enfermaria masculina de neurologia, para que lá fossem instalados 4 leitos de psiquiatria. O DPMP via nessa pequena área o embrião da UIP no futuro HC.

Esses leitos, na visão de Maurício Knobel, apesar de terem uma função estratégica, criavam eventualmente alguns problemas operacionais. De início, não podiam ser denominados "leitos psiquiátricos", pois pelo convênio da mantenedora da Santa Casa com a UNICAMP, era proibida a internação de pacientes psiquiátricos. O DPMP denomi-

nou-os então "leitos de psicologia médica", para assim superar o empecilho burocrático.

Não havia enfermagem especializada, o que dificultava o manejo dos pacientes. Lá internavam-se basicamente pacientes depressivos, alcoolistas para desintoxicação e casos para investigação diagnóstica. Muitas vezes os leitos eram emprestados a outras clínicas.

No início dos anos 80, a construção do edifício do novo HC já estava em fase adiantada. Nessa época, fervilhava na FCM um debate interno entre os diversos departamentos, acirrando a competição por áreas dentro do futuro HC. O projeto original, obviamente, não era tomado como lei fixa e parecia a todos que quem pudesse mais teria mais.

A partir de 1981, o coordenador da pequena unidade da Santa Casa passou a ser Dorgival Caetano, que havia pouco antes retornado de seu doutorado na Inglaterra. Em 1985, ele tornou-se chefe do DPMP, mantendo a reivindicação de uma UIP no novo HC.

Segundo o depoimento de Dorgival Caetano, os anos de implantação do novo HC (1983 a 1986) foram muito críticos para a conquista da UIP. Havia a proposta, defendida por alguns docentes ligados à diretoria da FCM, de que a psiquiatria não fosse para o novo HC, que ficasse na Santa Casa, ocupando espaço deixado por outras clínicas e, assim, tendo uma enfermaria maior. Alguns setores da faculdade defenderam a tese de não se abandonar completamente a Santa Casa. Entretanto, nessa época, a reitoria decidiu cortar totalmente o convênio com a Santa Casa, inviabilizando essa proposta.

Outra proposta defendida por alguns docentes do Departamento de Cirurgia, era a construção de um bloco, contíguo ao novo HC, para a instalação de leitos psiquiátricos. Ao que parece esses do-

centes não desejavam leitos psiquiátricos dentro do novo HC, visto como um hospital moderno, sofisticado e de alta tecnicidade. Dorgival Caetano, apoiado pela opinião generalizada do DPMP, não aceitou qualquer alternativa que não incluísse uma UIP dentro do novo HC. O DPMP via nessa UIPHG a possibilidade de uma maior integração da psiquiatria à medicinal geral.

Nos anos de 1985 e 1986 houve muita discussão na Congregação da FCM e no Conselho Administrativo do HC, no sentido da distribuição de leitos para cada disciplina. É opinião unânime dos entrevistados de que nesse contexto, a participação tanto de Maurício Knobel como de Dorgival Caetano, um como professor titular e o outro como chefe do DPMP, foi decisiva.

Em 1985, o DPMP mudou sua administração inicialmente para o 5º andar do novo HC, ocupando lá 3 ou 4 salas, e, posteriormente, passando para o 4º andar. Era mais um movimento no sentido de "ganhar espaço" no novo HC. Em 1987, o DPMP receberia uma área administrativa num bloco vizinho ao HC.

Ainda em 1985, um outro fato contribuiu na luta pró-UIPHG. Neste ano foi cortado o convênio do DPMP com o Sanatório Cândido Ferreira (hospital psiquiátrico tradicional), onde os residentes de psiquiatria do DPMP e os alunos do 4º ano médico recebiam treinamento em psicopatologia e psiquiatria clínica. Sem leitos psiquiátricos (pois a Santa Casa estava em fase de desativação), a residência em psiquiatria corria o risco de ser descredenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica.

No ano de 1986, Maurício Knobel prestou concurso para professor titular de psiquiatria. Na banca examinadora estavam o Prof. Eustachio Portella Nunes, da UFRJ, e o Prof. José Aristodemo Pinotti.

Portella Nunes fez um depoimento defendendo a inclusão da psiquiatria no hospital geral. Nesse contexto, o então reitor da UNICAMP, Prof. J.A.Pinotti afirmou explicitamente que manteria as diretrizes nessa área do Prof. Zeferino Vaz, na época já falecido; isto é, a psiquiatria teria no novo HC a sua unidade de internação. Esta afirmação, somada aos projetos de construção influenciados por Zeferino Vaz, formavam a base da argumentação pró-UIPHG, que os professores M.Knobel e D.Caetano utilizavam para convencer os diretores da FCM e do novo HC.

Em meados de 1986, alguns docentes recém contratados do DPMP, já pensando na UIP, que pressupõe a existência de um plantão de psiquiatria defenderam que o Pronto Socorro do novo HC contasse com uma emergência psiquiátrica, e pleitearam que houvesse plantões de docentes de psiquiatria no HC. Em setembro de 1986, com o apoio do Prof. Ronan José Vieira, chefe do PS, iniciaram-se esses plantões.

Segundo o depoimento do Prof. Fernando Lopes Gonçales Jr., atual superintendente do HC e diretor clínico no ano de 1986, o período inicial de implantação do HC foi decisivo, e os docentes do DPMP foram muito hábeis ao realizar um esforço concentrado para conseguir a UIP. Segundo ele, se o DPMP não tivesse conseguido a sua UIP naquele momento, posteriormente seria muito mais difícil.

Fernando Lopes Gonçalves Jr. também relembra que com a construção do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) influenciada pelo então reitor Pinotti, foram liberadas as áreas do HC previamente planejadas para a tocoginecologia. Isto teria também facilitado a obtenção da UIP.

Apesar de todo esse contexto favorável à UIP, no segundo semestre de 1986, muitos entraves burocráticos e operacionais eram colocados pelos setores dirigentes do HC e da FCM à instalação propriamente dita da UIP. Nesse contexto, o então chefe do DPMP, Dorgival Caetano, convocou uma reunião do DPMP, convidando o superintendente do HC e o diretor da FCM. Nessa reunião, os docentes do DPMP exigiam a instalação imediata da UIP; caso contrário, poderiam até paralisar suas atividades docentes.

Em função de todo esse movimento, em outubro-novembro de 1986, a área correspondente a 18 leitos foi destinada a psiquiatria. Foi feito um treinamento de cerca de 4 semanas, com os enfermeiros que iriam iniciar a UIP. No dia 04/12/86 a unidade foi aberta, com 4 leitos e o projeto de em alguns meses estar funcionando com capacidade plena.

## 5.2. A UIP do HC-UNICAMP em Funcionamento

Os pontos apresentados a seguir ilustram as principais características, dificuldades e polêmicas encontradas no três primeiros anos de funcionamento da unidade.

### 5.2.1. A Instalação Física da Unidade

O HC-UNICAMP é um edifício moderno, de 6 andares, localizado no campus universitário, no distrito de Barão Geraldo, a cerca de 10 Km de Campinas. A UIP localiza-se no quarto andar, com capacidade para 18 leitos para pacientes e mais um quarto com dois leitos, inicialmente previsto para pacientes mas que têm sido utilizados pelos médicos plantonistas. O quarto andar do HC é subdividido em duas grandes áreas, separadas pelo hall dos elevadores e acesso às escadas, ligadas entre si por dois corredores laterais. Cada uma dessas áreas tem centralmente um pátio em torno do qual estão as enfermarias e outros serviços. Estes pátios têm alguns bancos, canteiros com arbustos, e recebem luz solar indireta, sendo uma área comum do edifício por onde transitam médicos, alunos, funcionários, pacientes etc.. Uma das 2 metades do 4º andar pertence à pediatria. A outra é compartilhada pela UIP, enfermaria de emergência e alguns laboratórios.

Uma vez que o pátio não é de uso exclusivo da psiquiatria, a porta de entrada e saída da UIP fica trancada, sendo que apenas os profissionais têm acesso à chave. Os pacientes mais tranquilos têm seu acesso ao pátio franqueado e pacientes mais graves podem sair da unidade apenas quando acompanhados de algum profissional. Eventual-

mente quando só estão internados pacientes tranquilos (o que é pouco frequente), a porta fica destrancada e há livre acesso ao pátio.

No espaço interno da unidade existem oito quartos, com duas camas cada, e um quarto grande com quatro camas. Todo quarto tem um banheiro privativo. Há um posto de enfermagem localizado centralmente e uma sala grande com uma mesa retangular em seu centro, onde são servidas as refeições e realizados os trabalhos de terapia ocupacional e grupos operativos com os pacientes. Nessa sala foi colocada uma televisão e um armário para o material de terapia ocupacional.

A planta da unidade não foi arquitetonicamente planejada para a instalação de uma UIP, pois nos três andares onde existem enfermarias, a estrutura e divisão arquitetônicas são rigorosamente iguais. Apesar de modernas e adequadas a pacientes com doenças somáticas, em alguns aspectos as instalações mostram-se pouco adequadas para doentes mentais. Por exemplo, há poucas áreas comuns dentro da unidade, as luminárias nos quartos são baixas e facilmente quebráveis, as camas padronizadas do hospital são altas e com rodas nos pés (nós as retiramos) e de modo geral os objetos, móveis, portas, janelas etc, são frágeis e facilmente destrutíveis. A estrutura parece ser ideal para pacientes que passam a maior parte do tempo no leito.

#### **5.2.2. A Formação da Equipe Terapêutica**

A UIP iniciou seu funcionamento com cerca de oito enfermeiros, cinco auxiliares de enfermagem, cinco atendentes de enfermagem, uma terapeuta ocupacional (que anteriormente exercia função desloca-

da no serviço social), uma assistente social (do DPMP), quatro psiquiatras docentes do DPMP e cinco médicos residentes de psiquiatria. Após cerca de um mês de funcionamento apenas dois dos quatro docentes permaneceram na unidade (eu e o Prof. Dorgival Caetano). No ano de 1987 e no primeiro semestre de 1988, nós dois conduzimos a unidade, sendo que no segundo semestre de 1988 o Prof. Wolgrand A. Vilela veio se juntar a nós. Em maio de 1989, o Prof. Neury J. Botega e o Dr. João Baptista Laurito Jr. se incorporaram a equipe.

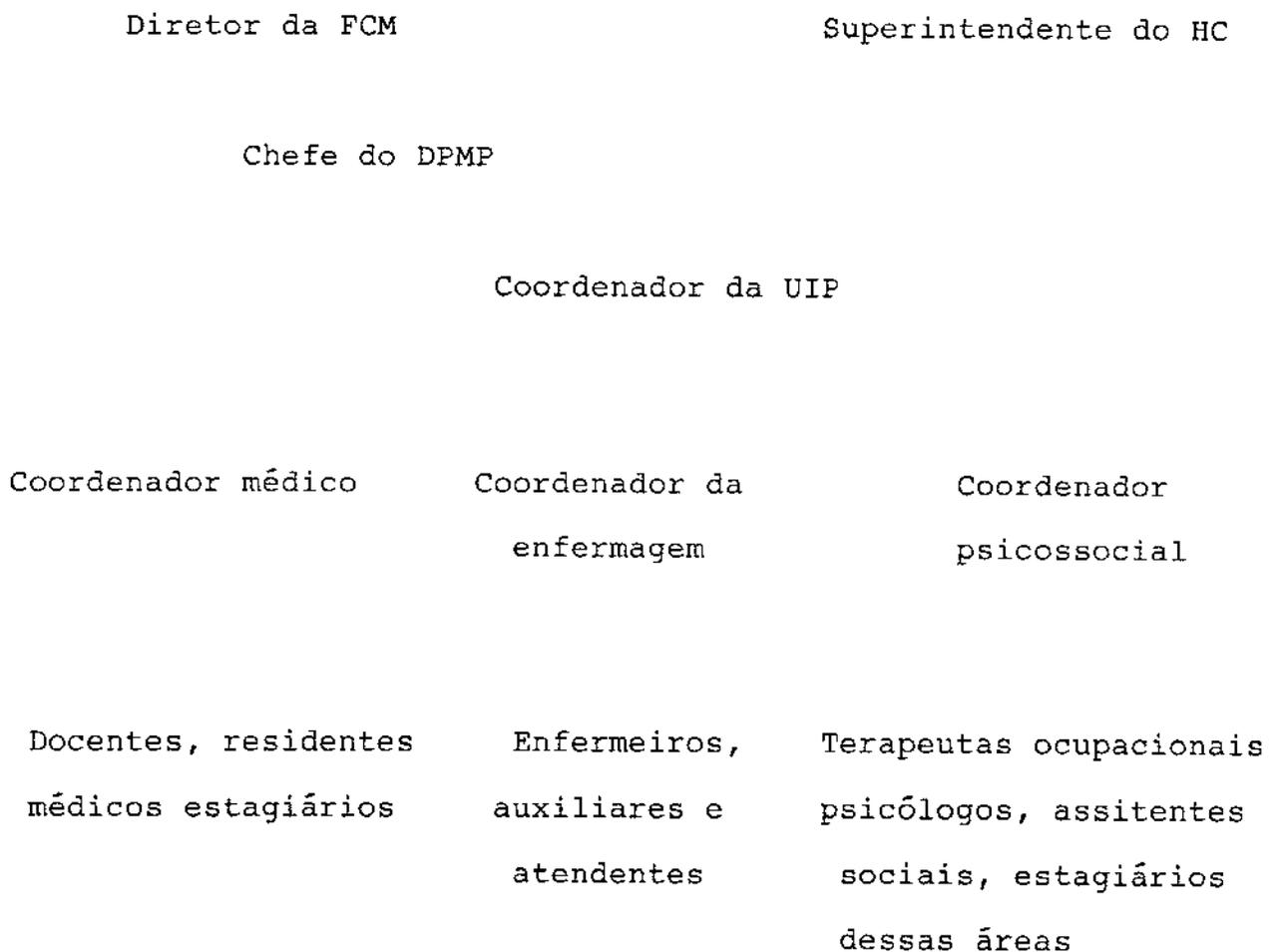
O coordenador da unidade, desde seu início até o momento atual, é o Prof. Dorgival Caetano. Buscou-se, e ainda mantém-se esta proposta, o trabalho em equipe, sendo as decisões mais relevantes tomadas em reuniões multidisciplinares, visando sempre que possível à discussão aberta e ao consenso.

Além dessa equipe, chamada equipe básica da unidade, temos contado com uma equipe de plantonistas, que permanecem no hospital 24 horas por dia. Os plantonistas, um docente e um residente, têm por função o atendimento das emergências psiquiátricas que chegam ao pronto-socorro e das intercorrências que surgem na UIP ou em outras enfermarias do HC. Os plantonistas geralmente realizam as internações na UIP, porém, uma vez o paciente internado, passa a ser da equipe básica a responsabilidade pelo trabalho terapêutico.

Completando a equipe básica, alguns meses após o início de funcionamento da unidade, vieram para a equipe uma psicóloga (também anteriormente em função deslocada no HC) e uma outra terapeuta ocupacional (contratada por um convênio do DPMP com a Secretaria de Saúde do Estado). Pela origem institucional dos profissionais pode-se observar que houve um aproveitamento de profissionais já inseridos na UNICAMP, num esforço para se constituir uma equipe multidisciplinar a partir dos recursos humanos disponíveis naquele momento.

Em relação às hierarquias internas da equipe, no início tínhamos um coordenador geral da unidade e uma enfermeira-chefe. Passado cerca de um ano, decidimos dividir a equipe em três subgrupos: o grupo de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e atendentes), o grupo médico (docentes e residentes) e o grupo "psicossocial" (terapeutas ocupacionais, assistente social e psicólogo). Cada subgrupo deveria ter um coordenador escolhido por seus pares anualmente. Decidimos também que o coordenador da unidade seria escolhido pela totalidade da equipe técnica na mesma época da eleição do chefe do DPMP (que é realizada a cada dois anos).

A idéia, de forma geral, era ter um organograma da seguinte forma:



- \* Também subordinados a diretoria de enfermagem do hospital
- \*\* Assistente Social também é subordinada a diretoria do serviço social do hospital.

Neste cronograma verifica-se que há uma rede de hierarquias internas e externas à unidade. O que tem se notado é que eventualmente tem surgido alguns descompassos e mesmo conflitos entre as hierarquias internas e as externas. Comentarei um pouco mais sobre isso no final do capítulo.

### **5.2.3. O Modelo Terapêutico e as Técnicas Terapêuticas Utilizadas**

Deve-se assinalar aqui que não houve, por parte da equipe, previamente à instalação da unidade, uma definição explícita de que modelo terapêutico seria utilizado. Havia um certo consenso de que trabalharíamos em equipe, numa perspectiva multidisciplinar, moderna e compreensiva. Tais pontos de partida, deve-se reconhecer, são pouco precisos. Não houve uma opção nem pelo modelo "comunidade terapêutica" nem pelo modelo "médico estrito". Uma posição intermediária foi se estabelecendo de forma automática.

Sem uma filiação explícita a um ou a outro modelo, penso que a formação profissional dos docentes envolvidos e a composição da equipe em termos de categorias profissionais envolvidas, definiriam de forma automática o modelo terapêutico adotado.

Por exemplo, o Prof. Dorgival Caetano teve sua formação básica em psiquiatria fenomenológica e clínica. Apesar de ter conheci-

mentos de psiquiatria dinâmica, tem um perfil profissional mais próximo da psiquiatria clínica. Eu fui residente do DPMP-UNICAMP, que tem uma orientação teórica eclética. A minha formação psiquiátrica teve evidente influência dos professores Dorgival Caetano, Wolgrand A. Vilela e Isac G. Karniol, de orientação fenomenológica e clínica. Conseqüentemente a isso, a orientação psiquiátrica da UIP ficou sendo predominantemente fenomenológica e clínica. Neste sentido, o diagnóstico clínico e o uso de psicofármacos têm formado a base da terapêutica psiquiátrica da unidade.

A composição da equipe, com dois terapeutas ocupacionais, também favoreceu a uma abordagem sócio-terapêutica, e a atividade terapêuticamente direcionada ocupou lugar de destaque. Além disso, tem havido o interesse de vários elementos da equipe de enfermagem em fazer da relação com os pacientes no dia-a-dia um elemento terapêutico.

Tomamos do modelo "comunidade terapêutica" o procedimento de nos reunirmos em equipe sistematicamente, tanto para discussões clínicas como para decisões administrativas. Entretanto, não se adotaram algumas práticas desse modelo, tais como discussões e assembleias com pacientes para tomada de decisões sobre rotinas e problemas da unidade e monitorias específicas para os pacientes nas quais lhes fossem delegadas funções como limpeza, manejo da televisão, cuidado com outros pacientes, etc. Essas monitorias chegaram a ser tentadas, mas a operacionalização foi muito difícil, principalmente pela brevidade do tempo de internação.

Em função do perfil psiquiátrico que a unidade adotou, solicitamos no ano de 1988, ao psicanalista Roosevelt M.S. Cassorla que nos supervisionasse em alguns casos, nos quais elementos dinâmi-

cos nos parecessem mais relevantes. Isto foi feito por cerca de um ano.

Um ponto que trouxe perplexidade a parte da equipe foi a introdução da eletroconvulsoterapia, após seis meses de funcionamento da unidade. Os profissionais da equipe, à exceção dos médicos, ficaram divididos quanto à adequação desse recurso terapêutico, talvez devido ao estigma que esse recurso terapêutico carrega. Após alguns meses, vendo os resultados do tratamento, a equipe passou a aceitar com menos preconceitos a ECT. Temos realizado a ECT no centro cirúrgico do hospital, com anestesia geral (etomidato) e curarização (succinilcolina), sendo a aplicação, na maioria das vezes, unilateral, no hemisfério não dominante. Como é sabido, esta técnica diminui muito a confusão e amnésia pós-ECT, o que torna o processo mais aceitável para os profissionais da saúde e para os pacientes.

Pode-se dizer que, de modo geral, as técnicas terapêuticas utilizadas têm sido: farmacoterapia, ECT, terapia ocupacional, grupos operativos e, através do contacto individual dos residentes com os pacientes, a psicoterapia de apoio e eventualmente a psicoterapia de orientação analítica. Os residentes têm sido orientados a ouvir, de forma paciente e empática, os pacientes. Nas supervisões os docentes têm buscado ajudá-los nas suas dificuldades na relação médico-paciente.

#### **5.2.4. Fantasias e Temores Iniciais**

É importante ressaltar que, de modo geral, a equipe que iniciou a UIP, apesar de contar com alguns profissionais experientes, não tinha nenhuma experiência prévia em UIPHGs.

A internação de doentes mentais no hospital geral produziu na microcultura do hospital, constituída pelos médicos, alunos e funcionários de outras clínicas, uma certa perplexidade.

No início, um dos pontos que mais suscitou polêmica foi o relacionado a uma possível periculosidade dos doentes mentais associada à ameaça e à segurança dos profissionais e dos outros pacientes.

Houve algumas reuniões da equipe da unidade em que alguns membros sugeriram que houvesse guardas disponíveis na porta da unidade, pois esta contava com uma equipe composta predominantemente por mulheres e talvez ficasse difícil conter os pacientes num momento de agitação. Alguem chegou até a falar de colocar grades separando o posto de enfermagem da área dos pacientes, pois isso daria mais segurança à equipe.

Havia dentro da própria equipe muita fantasia no que concerne à periculosidade dos pacientes, fantasias que foram se desfazendo perante os dados da realidade.

Essas fantasias também estiveram presentes em alguns profissionais de outros departamentos. Numa reunião da congregação da FCM, alguns docentes do departamento de pediatria protestaram contra o fato da UIP estar no quarto andar. Solicitaram que se instalasse uma porta de separação entre os dois pátios, pois "os doentes mentais poderiam atacar as crianças". Essa porta não foi instalada e com o tempo esses colegas pediatras verificaram o quanto seus temores eram infundados, mesmo porque a equipe da UIP não deixaria que um paciente com risco de agressividade transitasse livremente pelo pátio.

Lentamente pudemos acompanhar, como a unidade foi se incorporando "culturalmente" ao hospital como um todo.

### 5.2.5. As Rotinas de Funcionamento da Unidade

#### A Internação

As internações, na sua maioria, tem sido feitas através do pronto-socorro, pelos residentes e docentes de plantão. Houve uma solicitação de que as internações fossem feitas com uma discussão com os enfermeiros. Alguns plantonistas tem seguido essa orientação, outros não.

De modo geral, a proposta tem sido a de internar qualquer tipo de paciente que necessite de cuidados psiquiátricos a nível de internação. Têm sido aceitos pacientes de qualquer gravidade, voluntários ou involuntários, agudos ou crônicos em período de reagudização. A única restrição formal, discutida e aprovada em reunião de equipe, foi a de não aceitar vários pacientes com personalidade sociopática num mesmo período, pois dificultaria muito a condução da unidade. Esses pacientes costumam manipular os outros pacientes e a equipe e trazem, com frequência, sérias dificuldades disciplinares. Tem havido também, desde o início, por parte da equipe de plantonistas e residentes, uma restrição tácita, não explicitada em reunião, no sentido de se evitar a internação de alcoolistas e drogadictos, principalmente de casos crônicos. A restrição a tal grupo parece ser devido a noção de que esses pacientes são pouco interessantes do ponto de vista acadêmico, com possibilidades terapêuticas muito reduzidas. No momento não há nenhum docente do DPMP particularmente interessado em alcoolismo, apesar de ser uma das prioridades dos programas de saúde mental.

No processo da internação, tem sido sempre solicitado que a família do paciente suba com ele, do pronto-socorro à unidade, para lá receber orientações do enfermeiro referente a roupas e objetos de uso pessoal. Também é enfatizada a importância dos familiares participarem de uma reunião com a assistente social, realizada semanalmente. Tivemos desde o início a preocupação de evitar que a unidade funcionasse como um local no qual a família se desvencilhasse do seu doente, não se envolvendo com o tratamento.

### **As Atividades Terapêuticas**

As atividades se iniciam logo cedo, por volta das 6:00 às 7:00 horas, quando os pacientes tomam banho, orientados ou incentivados pelos enfermeiros ou auxiliares de enfermagem. Após o banho, recebem o café da manhã e depois as medicações. Temos como norma o controle da ingestão dos medicamentos. Caso o paciente se recuse a tomar a medicação, o que é pouco frequente, prescrevemos a medicação em forma injetável.

Entre 8:00 e 8:30 horas, os médicos residentes e docentes chegam à unidade. Os pacientes são então examinados pelos residentes, que após a avaliação, discutem com os docentes diagnóstico, psicofármacos utilizados, solicitação de exames complementares ou interconsultas e também o tipo de manejo ou abordagem que devam ter em relação a cada paciente. As reuniões clínicas, aulas teóricas e reuniões administrativas são realizadas depois das 10:00 horas, pois após esse horário as tarefas básicas já foram realizadas.

Uma vez por semana temos realizado uma reunião clínica, com a presença de toda a equipe, na qual um ou dois casos mais difíceis

são discutidos com mais profundidade. Também é realizada uma reunião semanal, de 1 a 2 horas de duração, na qual os principais problemas emergentes, a decisão sobre rotinas, as dificuldades no relacionamento intra-equipe etc, são discutidas. Esta reunião não ocorre segundo a técnica de grupo operativo, nem de grupo terapêutico, sendo simplesmente um espaço criado para discutir grupalmente as questões emergentes.

As atividades de terapia ocupacional tem sido realizadas no final das manhãs e às tardes. Além de desenho, pintura, trabalhos manuais, como técnicas expressivas e reorganizativas, têm sido realizados passeios externos (à praça esportiva do campus, a áreas verdes do campus, a um bosque da cidade, etc.) com pacientes em melhor estado comportamental, visando desenvolver a socialização.

Também às tardes são realizadas as visitas familiares. Segundo uma norma para o hospital como um todo, as famílias dos pacientes vêm visitá-los às terças, quintas, sábados e domingos, das 15:00 às 16:30 horas. Nas terças e quintas, a assistente social juntamente com uma enfermeira realizam uma reunião com os familiares dos pacientes da UIP. Essa reunião tem por objetivo propiciar um espaço no qual os familiares possam falar de suas angústias, dúvidas, medos, ressentimentos etc.. Busca-se então, através da técnica de grupo operativo, diminuir essas angústias e favorecer a aceitação e tolerância aos doentes pelo grupo sócio-familiar.

### **O Processo de Alta**

As altas têm sido decididas geralmente pelos docentes e residentes, após discussões clínicas.

Antes da alta, costumamos dar uma licença de fim de semana, no sentido de avaliar o impacto do retorno ao ambiente familiar; nos casos em que o impacto é muito negativo adiamos um pouco a alta. Também temos tido a preocupação de marcar o primeiro retorno ambulatorial após a alta dentro de um período próximo, no sentido de acompanhar de perto a reintegração ao ambiente familiar.

As terapeutas ocupacionais têm se queixado de que são informadas muito abruptamente de que tal ou qual paciente terá alta em um, dois ou três dias. Apesar das discussões multidisciplinares, o fato é que as internações e as altas têm se mantido decisões eminentemente médicas. Talvez a dificuldade maior não seja de quem ou quando dar alta ao paciente, mas da dificuldade de comunicação intra-equipe. Um anúncio de alta abrupto traz constrangimento ao trabalho terapêutico da equipe.

#### **5.2.6. O Relacionamento com o Resto do Hospital**

Ao longo destes três primeiros anos de funcionamento, tem havido a incorporação gradativa da UIP ao hospital. Em vários pontos, ela se iguala às outras enfermarias do hospital, porém a sua especificidade, revelada pela movimentação constante dos pacientes, pelos murais cheios de produções gráficas dos doentes, pela cantoria de um ou outro paciente mais eufórico, não passa despercebida. Vez por outra, ocorrem manifestações de outros setores do HC, mais ou menos veladas, de rejeição à existência da UIP. Elas têm sido, entretanto, pouco significativas.

## **A Utilização da Psiquiatria pelo Hospital Geral**

O serviço de interconsulta psiquiátrica, que na época da instalação da UIP foi reorganizado pelos Profs. Neury J. Botega e Mário Eduardo C. Pereira (com a posterior participação do Dr. João Baptista Laurito Jr.), tem funcionado como um precioso elemento de ligação com o resto do hospital. É de certa forma nosso serviço diplomático. Os pedidos de interconsulta psiquiátrica são remetidos para a UIP de onde os residentes do 2º ano de psiquiatria partem para respondê-los. As intercorrências psiquiátricas emergenciais são acudidas pelos plantonistas que geralmente ficam na unidade. Isto revela como a unidade funciona como base logística para a quase totalidade dos serviços psiquiátricos do hospital (sendo exceção os serviços ambulatoriais).

## **A Utilização do Hospital Geral pela UIP**

Deve-se aqui assinalar que os outros serviços médicos especializados dos hospital tem sido amplamente utilizados por nós. As interconsultas são solicitadas rotineiramente, sendo que com mais frequência recorreremos à clínica médica, neurologia, endocrinologia, cardiologia, ginecologia, cirurgia geral e odontologia. Também solicita-se eventualmente o auxílio da urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia e mesmo os serviços de medicina legal e de genética.

Algumas atividades interdisciplinares regulares foram estruturadas, com muito proveito para nós, sendo geralmente interrompidas por dificuldades de disponibilidade de horários dos profissio-

nais (não psiquiatras e psiquiatras). Por cerca de oito meses tivemos uma visita semanal de um clínico geral, quando os distúrbios somáticos de nossos pacientes eram examinados e discutidos com os residentes de psiquiatria. Tivemos também, por mais de um ano, uma reunião semanal com um docente do departamento de neurologia, especializado em neuropsicologia e funções corticais. Tal integração com a neurologia propiciou a todos um aprendizado realmente útil.

A facilidade de solicitação de exames complementares propiciada pelo hospital geral dá um melhor respaldo a atuação do psiquiatra na interface distúrbios mentais-distúrbios (ou mesmo aspectos) somáticos. Poder solicitar, por exemplo, um eletrocardiograma para um paciente idoso que necessita de doses altas de tricíclicos dá mais segurança à prática psiquiátrica.

Nesses três anos, passamos a solicitar exames complementares como eletroencefalograma, exame do líquido, exames radiológicos etc, com mais frequência e mais critério do que anteriormente.

A facilidade de se transferir pacientes com distúrbios somáticos graves para enfermarias clínicas foi outro ponto favorável na relação UIP-Hospital Geral. Recebemos também pacientes de outras enfermarias, como pacientes que tentaram suicídio e que já tinham saído do risco físico mas ainda não haviam saído do risco psíquico, casos de psicose puerperal provindos da maternidade (CAISM) e casos de psicose sintomática cujo manejo nas enfermarias médicas se tornou impossível.

### 5.2.7. A Dimensão do Ensino e da Pesquisa

Em função da unidade pertencer a um hospital de ensino, as dimensões pedagógicas e de pesquisa são fundamentais. Em nosso caso, esta dimensão tem influenciado de forma marcante o perfil da unidade.

A experiência que temos tido com alunos de medicina e enfermagem tem sido positiva, principalmente no sentido de desestigmatizar o doente mental e a própria prática psiquiátrica.

Temos verificado com satisfação como muitos alunos têm podido entrar em contacto direto com doentes mentais agudos em tratamento. Isto parece facilitar que muitas fantasias em relação a doença mental se desfaçam e que se propicie o desenvolvimento de uma consciência nas novas gerações de médicos e enfermeiros de que a doença mental é passível de ser tratada no contexto dos hospitais gerais.

No que concerne à residência de psiquiatria, a existência de nossa UIP tem produzido uma mudança significativa na formação dos novos psiquiatras. A possibilidade e mesmo necessidade de lidar com doentes mentais graves, em fase aguda, estimula o desenvolvimento e aprendizado de um saber e de uma técnica adequada a essa tarefa. Por exemplo, a equipe médica e de enfermagem precisou aperfeiçoar técnicas de abordagem de pacientes agitados ou agressivos, desenvolver protocolos mais sofisticados para o tratamento de depressões refratárias, esquizofrenias refratárias, etc., aprofundar a habilidade de se fazer diagnósticos diferenciais entre quadros orgânicos cerebrais e doenças psiquiátricas primárias e outros tipos de dificuldades clínicas, muito menos frequentes nos serviços ambulatoriais.

Com certeza a residência de psiquiatria do DPMP muito tem ganhado com a UIP.

A pesquisa tem sido uma área muito pouco desenvolvida . A assistência e o ensino tem absorvido a maior parte de nossos esforços. Entretanto, temos o desejo de que o presente trabalho venha a ser um estímulo para futuras investigações.

#### **5.2.8. Dificuldades no Funcionamento da Equipe.**

Ao longo desses primeiros anos de trabalho, muitas dificuldades de relacionamento entre os diversos grupos profissionais e entre profissionais individualmente têm surgido, às vezes interferindo no bom funcionamento da unidade.

A proposta de trabalho em equipe é certamente mais enriquecedora que a tradicional, porém ela permite de forma mais evidente que as tensões e rivalidades se expressem, e isto eventualmente revela um ambiente de trabalho aparentemente mais conflituoso. Dito de outra forma, a possibilidade de se exprimir claramente os conflitos revela dificuldades que em outros locais também existem, muitas vezes são mais intensas e graves, porém são mais veladas.

Em nosso caso, uma das dificuldades que se exprimiu de forma mais evidente foi a rivalidade entre o grupo dos médicos e o grupo de enfermeiros, principalmente no que se refere ao poder de decisão. Tal rivalidade ganhou forma nas discussões internas referentes ao número de leitos em funcionamento. O grupo de enfermeiros tem se oposto ao aumento dos leitos em funcionamento, argumentando que com a equipe de enfermagem disponível, um aumento de leitos (temos funcionado com 12 a 14 leitos) até o preenchimento dos 18 disponíveis,

traria como consequência a queda da qualidade da assistência. O grupo médico tem pressionado no sentido de abertura de mais leitos, pois tem como referência a demanda de seus pacientes ambulatoriais que necessitam de internação e a pressão de familiares (e às vezes dos pacientes) que chegam ao pronto-socorro do hospital com seus doentes em crise. Apesar desse conflito ter uma base objetiva, ele traz de carona, ao meu ver, outros pontos de rivalidade, que aí se expressam.

Um importante aprendizado que tivemos foi o relacionado à necessidade de coordenação da equipe. Para que uma unidade desse tipo possa funcionar adequadamente, de forma democrática, eficiente e madura, lidando com seus conflitos diários, é imprescindível a existência de um ou mais elementos que exerçam funções como coordenação, liderança, fiscalização, estímulo etc.. Não se trata de um paternalismo ingênuo, mas de uma necessidade que um trabalho desse tipo impõe. Não é necessário (e talvez seja até prejudicial) que tal função seja exercida por um único elemento fixo. Mas é importante que naquele momento, tal elemento cumpra esses papéis. Caso este elemento não exista há o risco de que a insegurança, a rivalidade extrema e a destrutividade tomem conta da equipe. É importante que os indivíduos que realizam essa coordenação estejam envolvidos profissionalmente e afetivamente com o trabalho da unidade. Isto não é fácil para profissionais universitários, como nós, pois as exigências de ensino, assistência e pesquisa são múltiplas e dispersam muito os interesses e atividades dos profissionais.

Em nosso caso, verificamos não só que a existência desse elemento é importante para a coordenação da equipe como um todo, mas também que cada subgrupo profissional necessita ter seus líderes legítimos, presentes e atuantes.

### Referências (Capítulo 5)

1. P.B.Lieberman; J.S.Strauss. Brief Psychiatric Hospitalization: What are its effects? Am.J. Psychiatry 143:12, December 1986.
2. H.C.Kraemer et al. Methodology in Psychiatric Research. Arch. Gen. Psychiatry Vol. 44, Dec. 1987.
3. Fernandes,C. Ofícios e Relatórios sobre a Unidade de Internação Psiquiátrica. 2º Semestre, 1978.
4. Unidade Psiquiátrica. Serviços de Internação. Planejamento Básico pra o novo hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, pg 99 a 104. Arthur D. Little International Inc. Março, 1975.

CAPÍTULO 6

ESTUDO DE 300 INTERNAÇÕES NOS DOIS PRIMEIROS ANOS  
(ESTUDO DE CASUÍSTICA)

## 6.1. Apresentação

Almeida Filho (1) propõe uma classificação, quanto ao desenho metodológico dos trabalhos de pesquisa no campo da medicina social. Sua proposta é apresentada de forma esquemática no quadro I.

Neste quadro as dimensões profundidade - generalidade, des- controle - controle, aberto-fechado etc., não têm um sentido valora- tivo, simplesmente apontando diferentes potencialidades. O esquema sugere, segundo o autor, a possibilidade metodológica de modelos que integrem, de forma mais satisfatória, perspectivas qualitativas (história de vida, estudo de casos, estudos de casuística etc.) a perspectivas mais quantitativas, mais controladas (experimentação, simulação, estudos de coorte etc.), ainda que mais artificiais e fragmentadas. Esta integração é particularmente importante no campo da saúde mental.

Considerando-se o esquema acima, apresenta-se neste capítu- lo a análise de um conjunto de dados organizados nos moldes dos es- tudos de casuística. Os dados assim apresentados têm pouco poder de generalização, como, aliás, é a regra da maioria dos estudos ideo- gráficos. Cabe observar ainda que, embora os pacientes tenham sido acompanhados ao longo de suas internações, este estudo foi realizado retrospectivamente.

Os dados foram coletados por entrevista psiquiátrica comum, realizada pelos residentes. Os modelos de anamnese utilizados em nosso serviço são apresentados nos Anexos I e II.

O HC-UNICAMP é um hospital universitário de ensino, com 348 leitos. Em 1988, foram realizadas 15.040 internações e 301.758 con-

sultas ambulatoriais. A média global da duração das internações foi de 8,8 dias e a porcentagem de ocupação foi de 74,9%. Anexo ao HC está o Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher (CAISM), com 147 leitos, prestando assistência em tocoginecologia.

Este complexo hospitalar situa-se na região sanitária administrativa ERSA-27 do estado de São Paulo. Esta área compreende uma população de cerca de 2 milhões de pessoas. Estes serviços hospitalares universitários deveriam realizar assistência médica de nível terciário e quaternário. Entretanto, devido à carência de serviços médicos para a população de baixa renda e à precária regionalização e hierarquização da assistência médica, realiza também assistência de nível secundário.

## **6.2. Aspectos Metodológicos**

É apresentada a descrição dos perfis sócio-demográfico, clínico e assistencial da população internada na UIP do HC-UNICAMP, no período que vai de 05 de dezembro de 1986 a 25 de novembro de 1988, que corresponde praticamente aos dois primeiros anos de funcionamento da unidade.

Neste período, foram realizadas 336 internações. Desse total, pôde-se obter dados demográficos e clínicos de 300 (89%), através do prontuário médico, preenchido pelos residentes de psiquiatria de 1º ano, supervisionados por mim, pelo Prof. Dorgival Caetano e, nos últimos meses, pelo Prof. Wolgrand A. Vilela. Através dos prontuários médicos, foi preenchido pela escriturária da unidade um livro de registros utilizado para esta investigação. Os 36 casos restantes apesar de constarem do livro de registros, não apresentavam

dados suficientes, nem no livro de registros, nem no prontuário médico revisado por uma segunda vez (em alguns casos os prontuários não foram sequer localizados no SAME). Tal subgrupo pode estar eventualmente causando um viés ou simplesmente ter uma distribuição aleatória em relação aos casos estudados.

Das 300 internações estudadas, 249 foram de pacientes internados por uma única vez em nossa unidade e 25 reinternações (24 casos de reinternações únicas e um caso de duas reinternações). Cada internação foi tomada como unidade de estudo, sem se discriminarem as internações únicas das reinternações.

Os dados do livro de registro foram passados para um arquivo programado pelo Prof. Jaime de Oliveira Ilha, do Núcleo de Informática Biomédica da FCM-UNICAMP, e posteriormente estudados estatisticamente através do pacote estatístico S.A.S (Statistical Analyses System).

As variáveis estudadas foram:

**variáveis sócio-demográficas**

sexo

idade

naturalidade

procedência (cidade onde o paciente reside)

estado civil

filiação religiosa

escolaridade

vínculo com a previdência social

ocupação atual

### **variáveis clínicas e assistenciais**

diagnóstico de entrada

diagnóstico definitivo

tempo de início da doença

número de internações psiquiátricas anteriores

serviço de procedência

número de dias internado

encaminhamento (serviço para onde o paciente foi encaminhado após a alta)

condições de alta

As variáveis "tempo de início da doença" e "condições de alta" não foram utilizadas, pois não houve nenhum tipo de padronização na coleta, verificando-se total inconsistência das anotações.

### **6.3. Resultados**

A título de facilitar a exposição, a apresentação e discussão dos resultados foram divididas em 3 blocos:

- descrição e discussão das variáveis isoladamente;
- cruzamento de algumas variáveis;
- estudo detalhado da variável "número de dias de internação".

### 6.3.1. Descrição e Discussão das Variáveis Isoladamente

#### 6.3.1.1. Variáveis Sócio-Demográficas

##### 1- sexo

Há um leve predomínio de mulheres (n=166, 55,3%) sobre os homens (n=134, 44,7%). Estes valores contrastam, com os dados referentes ao conjunto de pacientes internados no estado de São Paulo, no ano de 1987. Segundo dados da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), estiveram internados em hospitais psiquiátricos em 1987, 18.098 pacientes, dos quais 12.167 (67,2%) eram homens e 5.931 (32,8%) eram mulheres, ou seja, 2/3 de homens e 1/3 de mulheres.

O predomínio de mulheres na UIP-HC-UNICAMP talvez se explique pelos seguintes fatores: baixa frequência de alcoolismo (8%); presença significativa de depressivos (20,7%) e neuróticos (14,0%), grupos com predomínio de pacientes femininos.

Tal perfil de sexo parece indicar que o perfil da UIP HC-UNICAMP é diferente do perfil dos hospitais psiquiátricos tradicionais.

##### 2- idade (Gráfico I)

A idade média registrada foi de 34 anos (desvio padrão = 14,6). A mediana 29 e a moda 21. Os cinco valores menores foram: 12, 12, 14, 14 e 15 e os cinco maiores: 66, 68, 72, 72, 77. É uma população composta predominantemente de adultos jovens, com 53,8% dos pacientes tendo até 30 anos de idade. O subgrupo de 21-30 anos foi o de maior frequência, com 37,8% dos casos.

### 3- naturalidade (Quadro II, Tabela II)

A frequência de pessoas nascidas em Campinas ou região é relativamente baixa (20,3%). No total, 68,0% dos pacientes são paulistas, e 32,0% nasceram em outros estados.

### 4- procedência (Quadro II, Tabela III)

O maior contingente é residente em Campinas ou região (68,0%), o que indica um mínimo de regionalização da assistência. 5,7% dos pacientes residem em outros estados, moram no estado de São Paulo 89,3% e 5,0% têm procedência ignorada.

### 5- estado civil (Tabela IV)

O grupo mais frequente é de "solteiros" (44,7%), havendo um leve predomínio de indivíduos sem vínculo matrimonial (solteiros + separados + viúvos = 56,3%) sobre indivíduos com vínculo matrimonial (casados + amigados = 41,3%). Os casos ignorados são poucos (n=7, 2,3%) e a viuvez e a separação contribuem pouco (4,0% e 7,7%, respectivamente) para a condição de "sem vínculo". Deve haver uma subnotificação de amigados (3,3%) e uma sobrenotificação de casados (38,0%), pois, em nossa experiência coletando dados com essa população, verificamos que o status de amigado tem muitas vezes sentido depreciativo.

## 6- escolaridade (Tabela V)

O grupo mais frequente é o de 1º grau incompleto (46,0%). O grupo de analfabetos é pequeno (5,0%), levando-se em conta que o analfabetismo no país, em 1987, para a população geral acima de 15 anos era 19,7% e, na região sudeste, para a população geral com mais de 10 anos, era de 13,7% (2).

Como um todo, a população da UIP é de baixa escolaridade (analfabetos + 1º grau incompleto = 51,0%). O grupo de média escolaridade (1º grau completo + 2º grau incompleto = 13,7%) é médio. Chama a atenção o grupo de alta escolaridade (2º grau completo ou mais = 18,7%). Em 1987, para a população com mais de 10 anos de idade, 5,2% no país e 6,9 na região sudeste tinham 12 anos ou mais de escolaridade (convém lembrar que para se completar o 2º grau, é necessário no mínimo 11 anos de escolaridade, sem repetições) (2).

Em relação à escolaridade da população geral, o subgrupo de internados na UIP com alta escolaridade tem uma frequência elevada. Tal fato, talvez, se deva a localização da UIP dentro do hospital de ensino, no campus universitário. Talvez haja por isso um acesso mais fácil às pessoas da comunidade universitária (alunos, professores, funcionários, parentes desses etc.), o que elevaria o nível de escolaridade da população estudada.

Do total de casos, em 16,7% (n = 50) não foi verificada a escolaridade.

## 7- filiação religiosa (Tabela VI)

A filiação religiosa foi uma variável colhida de forma muito irregular. Na maior parte dos casos, o dado é ignorado (n=154, 51,3%). Tal contingente de observações perdidas limita muito a validade das conclusões.

Foi feita uma discriminação entre os evangélicos, separando-os entre "protestantes" (igrejas evangélicas tradicionais como presbiterianos, luteranos, batistas, etc.) e "crentes" (igrejas evangélicas na grande maioria pentecostais, como Assembléia de Deus, Congregação Cristã etc.). Foi feita a discriminação protestantes tradicionais x crentes (pentecostais) pois estes dois grupos têm origem sócio-econômica-cultural diferentes e um perfil social e de prática religiosa diferenciado.

Cabe lembrar que, no ano de 1980, havia no país 88,9% de católicos; 6,6% de evangélicos; 1,3% de espíritas; 1,2% outras religiões e 1,9% sem religião (2). Na região sudeste, em 1980, os evangélicos representavam 7,1% da população. Nos censos demográficos não há discriminação entre evangélicos tradicionais, pentecostais e outros (3).

Neste estudo, nas vezes em que foi possível verificar a filiação religiosa, as seguintes filiações apresentaram frequência significativa: católicos (36,0% do total ou 74% dos dados conhecidos) e crentes (10,7% do total ou 22% dos dados conhecidos). Esses dados indicam, ainda que de maneira imprecisa que os pentecostais (crentes) estão sobrerrepresentados na população internada.

## 8- profissão

Esta variável, além de uma porcentagem significativa de valores ignorados (n=44, 14,6%), tem valor reduzido pois foi colhida de forma não sistemática. Perguntava-se ao paciente ou a sua família qual sua profissão, mas não se especificava, na maioria das vezes, a atividade profissional efetiva.

Com os dados obtidos, verifica-se que: o subgrupo "dona de casa" é isoladamente o mais frequente (21,3%); o grupo "estudante", apresenta frequência de 9,3%. Identificou-se um subgrupo que tem sua atividade na própria UNICAMP (4,3%), talvez decorrente de um acesso mais fácil ao hospital universitário.

Os dados, apesar da precariedade da coleta desta variável, indicam que a maioria das pessoas internadas ou não está exercendo profissão nenhuma (sem ocupação, estudante, aposentado) ou está exercendo uma atividade socialmente pouco reconhecida (dona de casa, empregada doméstica). Apenas 6,3% têm indicada uma atividade profissional bem estabelecida e socialmente reconhecida.

## 9- vínculo com a previdência social (Tabela VIII)

A frequência de casos ignorados é alta (46,7%). Com os valores conhecidos verifica-se que há predomínio de indivíduos beneficiários ou dependentes de beneficiários do INAMPS (34,3%). O grupo de pessoas sem qualquer vínculo previdenciário, os chamados "indigentes", é de 13,3%.

### 6.3.1.2. Variáveis Clínicas e Assistenciais

#### 10- diagnóstico de entrada e definitivo (Tabelas IX, X)

Há clara predominância de quadros psicóticos funcionais (CID 295 e 296), tanto no diagnóstico de entrada (53,1%) como no diagnóstico definitivo (46,4%).

Chama a atenção a baixa frequência em que aparecem os dados de alcoolismo (CID 291+303), 8,1%, e de oligofrenias (CID 317 a 319), 1,7%, como diagnósticos definitivos, quando comparados aos dados da população internada em hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo, no ano de 1987. Segundo dados do relatório da Comissão Interinstitucional de Saúde - SP(CIS), estiveram internados em 1987, 6.468 alcoolistas (28,7% do total) e 1.121 oligofrênicos (6,5% do total). Tal discrepância talvez se explique pelos seguintes fatores: a UIP do HC-UNICAMP foi planejada para ser um serviço para doentes agudos, o que restringe o número de oligofrênicos; o alcoolismo é reduzido porque o grupo de alcoolistas é geralmente tido como "pouco interessante" academicamente. Obviamente, essa comparação é limitada pela grande variabilidade de critérios diagnósticos entre os serviços.

Nota-se também que não há grande variação entre o diagnóstico de entrada e o diagnóstico definitivo. Apenas a categoria "psicoses esquizofrênicas" (CID-295) tem uma ligeira tendência a "perder" casos após a internação (de 29,9% no diagnóstico de entrada para 23,2% no diagnóstico definitivo).

As ocorrências de casos do grupo "tentativa de suicídio" (CID 950 - 4,0%) devem estar subnotificadas. Para este caso especí-

fico, era de se esperar uma taxa acima da média, porque o HC-UNICAMP possui um centro de controle de intoxicações (CCI), que faz com que muitas tentativas de suicídio da região sejam encaminhadas ao pronto-socorro do HC-UNICAMP. No entanto, houve, no período de coleta de dados, uma certa tendência dos residentes de psiquiatria que preenchiam os prontuários a anotar o transtorno psiquiátrico associado à tentativa de suicídio (por exemplo depressão psicótica, neurose histérica etc.), ao invés de colocar a tentativa de suicídio como diagnóstico principal. Além disso, há sempre a possibilidade de que pacientes deste grupo tenham, sido internados em outras enfermarias, devido a condição clínica decorrente da tentativa de suicídio (depressão respiratória, estenose de esôfago etc.).

#### 11. número de internações psiquiátricas anteriores (Tabela XI)

Esta variável também foi colhida de forma irregular, com 70 casos (23,3%) perdidos.

Através dos dados obtidos, verifica-se que em 55,7% dos casos o paciente já havia tido pelo menos uma internação psiquiátrica anterior, no HC ou em outras instituições psiquiátricas. No entanto, dividindo-se em subgrupos segundo o número de internações psiquiátricas anteriores, tem-se que o grupo mais numeroso é o que nunca foi internado anteriormente (n=102, 34,0%), ou seja, 1/3 dos casos.

Casos com 0 a 2 internações anteriores somam 57,3% do total, enquanto casos com 3 internações anteriores ou mais somam apenas 19,3% do total, havendo 23,3% de casos com informação ignorada.

Estes dados, apesar de incompletos, podem indicar que tal população é de pacientes pouco expostos ao tratamento hospitalar. Também a composição etária da população internada, basicamente jovem (média 34 e mediana 29 anos) pode estar contribuindo para esse número baixo de internações anteriores.

## 12- serviço de procedência (Tabela XII)

Nesta variável perderam-se 55 observações (18,3%).

Os dados obtidos indicam que a grande maioria (56%) é oriunda diretamente do Pronto Socorro do HC-UNICAMP. Talvez este valor esteja sobrenotificado. Na verdade, muitos casos são encaminhados de outros serviços, mas ao passarem pelo PS-UNICAMP, que na maioria das vezes é a porta de entrada da unidade são notificados pelos plantonistas como internações provenientes diretamente do PS.

O ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP é responsável por 11,3% das internações.

Chama a atenção que os serviços públicos ambulatoriais de saúde mental da cidade, não pertencentes a UNICAMP, sejam responsáveis por apenas 1% das internações. Mesmo considerando a possibilidade de subnotificação, este dado pode estar indicando que a UIP do HC-UNICAMP não tem sido utilizada de forma organizada pelos serviços de saúde mental de menor complexidade da região, prevalecendo a busca espontânea do serviço de internação pela população.

O subgrupo de pacientes vindos de serviços privados (geralmente consultório particular), apesar de pequeno, é significativo (n=15, 5,0%). Este valor deve estar associado ao fato de alguns docentes do Departamento de Psiquiatria terem consultório particular e

encaminharem seus pacientes para internação no próprio serviço médico da faculdade.

**13- número de dias internado (duração da internação) (Tabela XIII) (Gráfico II)**

Nesta variável não houve observações perdidas.

Em relação às tendências centrais tem-se que:

a média foi de 19,4 dias, (desvio padrão = 18,07), a mediana de 15 dias e a moda de 10 dias. Os cinco menores valores foram de 1 dia e os cinco maiores foram: 74, 74, 78, 93 e 167 dias de internação.

A tabela XIII mostra que 64,7% dos casos são de internações menores que 21 dias, ou seja, quase 2/3 das internações são de menos de 3 semanas.

Para a realidade brasileira, e comparativamente aos hospitais psiquiátricos tradicionais, estes valores são satisfatórios para uma UIPHG planejada para assistência a pacientes agudos, mesmo considerando-se que a média de permanência no HC-UNICAMP como um todo seja de apenas 8,8 dias. Afinal trata-se de uma UIP e não de uma enfermaria geral.

**14- encaminhamento após a alta (Tabela XIV)**

A grande maioria dos casos é encaminhada após a alta ao ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP (n=234, 78,0%), apesar de apenas 11,3% serem oriundos dele.

Alguns fatores podem estar relacionados a esse hospitalocentrismo: carência de serviços ambulatoriais públicos de saúde men-

tal (ver capítulo II); desconfiança por parte dos profissionais da universidade da qualidade dos serviços extra-universitários; apego dos profissionais (principalmente residentes) aos pacientes (e vice-versa), fazendo com que, mesmo havendo outros serviços mais próximos do paciente, este seja encaminhado para nosso ambulatório; e finalmente, falta de uma visão de sistema de saúde e regionalização por parte dos profissionais do hospital universitário. Há conseqüentemente um afunilamento de grande parte da demanda para o ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP.

É interessante também notar que apesar de 5,0% (n=15) dos casos provirem de serviços privados, apenas 3,0% (n=9) voltam a esses serviços, o ambulatório do HC assumindo pacientes que antes eram do consultório particular.

Isto tudo é mais uma indicação de que o serviço universitário tende a não se integrar aos outros serviços médicos (públicos e privados) da região. Assim como era pequena a percentagem de pacientes encaminhados de outros serviços, poucos são os pacientes que são encaminhados a esses mesmos serviços, ficando a grande maioria assistida pelo próprio ambulatório do HC-UNICAMP.

### 6.3.2. Cruzamento de Algumas Variáveis

Foram realizados muitos cruzamentos de variáveis, visando a um conhecimento mais aprofundado das diversas relações e influências que eventualmente uma variável tem sobre outras.

Os cruzamentos realizados foram:

- \* sexo x idade
- \* sexo x escolaridade
- \* sexo x estado civil
- \* sexo x diagnóstico definitivo

idade x estado civil

- \* idade x escolaridade
- \* idade x diagnóstico definitivo

idade x número de internações anteriores

escolaridade x diagnóstico definitivo

escolaridade x número de internações anteriores

estado civil x diagnóstico definitivo

- \* filiação religiosa x sexo
- \* filiação religiosa x idade
- filiação religiosa x naturalidade
- filiação religiosa x escolaridade
- \* filiação religiosa x diagnóstico definitivo
  
- \* procedência x diagnóstico definitivo

profissão x número de internações anteriores

número de internações anteriores x serviço de procedência

serviço de procedência x encaminhamento

\* diagnóstico definitivo x diagnóstico de entrada

\* diagnóstico definitivo x número de internações anteriores

diagnóstico definitivo x serviço de procedência

diagnóstico definitivo x encaminhamento

\* número de dias de internação x sexo

\* número de dias de internação x idade

número de dias de internação x naturalidade

\* número de dias de internação x procedência

\* número de dias de internação x estado civil

número de dias de internação x filiação religiosa

número de dias de internação x escolaridade

número de dias de internação x vínculo c/a previd. social

número de dias de internação x profissão

\* número de dias de internação x diagnóstico definitivo

número de dias de internação x serviço de procedência

número de dias de internação x número de intern. anterior

Desses cruzamentos, são apresentados apenas os dados dos relevantes e apenas as tabelas mais ilustrativas. Os cruzamentos apresentados estão marcados com um asterisco.

### 1. idade x sexo

Há uma ligeira tendência da população masculina a ser um pouco mais jovem (média 34,4 anos, dp=14,2, mediana 28 anos) do que a população feminina (média 35,3 anos, dp=14,8, mediana 30 anos). Tal diferença, entretanto, não é estatisticamente significativa.

### 2. idade x escolaridade

Os subgrupos com mais baixa escolaridade são os adolescentes (10 a 20 anos) e as pessoas mais velhas (com mais de 51 anos). Os dois subgrupos têm um contingente de 60% de baixa escolaridade. Os subgrupos etários intermediários (21 a 50 anos) tem nível de escolaridade um pouco mais alta.

### 3. sexo x escolaridade

No sexo feminino 55,4% das pessoas têm baixa escolaridade, 12,6% média e 13,3% alta. Já para o sexo masculino, 45,5% têm baixa escolaridade, 14,9% têm média e 25,4% têm alta. Para essa população, os homens tem uma tendência a ter um nível de escolaridade um pouco superior às mulheres.

### 4. sexo x estado civil

Dos homens, 34,3% têm vínculo matrimonial (casado ou amigado) e 63,4% não têm vínculo (solteiro, separado ou viúvo). Já entre as mulheres, 47,0% têm vínculo e 50,6% não têm vínculo (casos perdidos = 7).

Há, portanto, uma ligeira tendência das mulheres a ter mais vínculo matrimonial do que os homens. Quase 2/3 dos homens não têm vínculo. Esta tendência é compatível com os dados da literatura apresentados no capítulo II.

#### **5. filiação religiosa x sexo**

Entre as duas filiações religiosas significativamente presentes na população internada, os católicos têm 53,7% de mulheres e 46,3% de homens, já os crentes têm 68,8% de mulheres e 31,2% de homens. Pode-se concluir que entre os crentes há um certo predomínio de mulheres, mesmo tendo-se em conta que 55,3% do total dos casos internados é de mulheres.

#### **6. filiação religiosa x idade (Tabela XVI)**

A filiação "católico" e os casos de filiação ignorada aproximam-se da distribuição geral das faixas etárias. Os "crentes" tendem a estar um pouco mais concentrados na faixa etária de adultos jovens, 21 a 30 anos (50,0% contra 38,0% do total) e a estar sub-representados entre os pacientes mais velhos, com mais do que 51 anos (9,4% contra 17,7% do total). Considerando-se apenas esses dados, os crentes podem ser caracterizados como predominantemente jovens e do sexo feminino.

## 7. diagnóstico definitivo x sexo (Quadro III, Tabela XVIII)

Os diferentes diagnósticos foram agrupados por síndrome, conforme exposto no quadro III.

Os diagnósticos não se distribuem igualmente em relação ao sexo.

"Alcoolismo" e "drogas" têm uma sobrerrepresentação de homens (85% dos casos de alcoolismo e 77,8% dos transtornos relacionados a drogas). Os grupos "síndromes depressivas" e "tentativa de suicídio" têm 2/3 dos casos no sexo feminino. Também "neuroses e distúrbios de personalidade" (62,5%) e "síndromes orgânico-cerebrais" (65,2%) têm sobrerrepresentação feminina. Estes dados são compatíveis com os literatura.

## 8. diagnóstico definitivo x idade (tabela XVIII)

Alguns grupos diagnósticos tendem a ter um maior contingente de patients jovens como "neuroses e distúrbios de personalidade", com 80% de seus casos com menos de 31 anos, e "psicoses funcionais", com 60,5% de seus casos com menos de 31 anos.

Outros grupos tendem a concentrar-se na faixa etária mais avançada, como "síndrome depressiva" com 49,2% de seus casos com mais de 51 anos, e "síndrome orgânico cerebral", com 34,8% de seus casos com mais de 51 anos.

## 9. diagnóstico definitivo x procedência (Tabela XIX)

Alcoolismo é o grupo diagnóstico com maior tendência a ter uma clientela procedente de Campinas e região: 85% dos alcoolistas têm essa mesma procedência. Já "síndromes depressivas" e "neuroses e distúrbios de personalidade" têm uma parcela de seu contingente proveniente de regiões mais distantes de Campinas (vêm de fora da região de Campinas 32,2% dos "depressivos" e 40,0% do grupo "neuroses e distúrbios de personalidade").

Esta tendência necessita de estudos com maior casuística para que se possa verificar se realmente diferentes grupos diagnósticos têm comportamentos diferenciados com relação à regionalização da internação psiquiátrica. Não obstante, é bastante razoável dizer que distúrbios como alcoolismo e drogadicção porque têm implicações sócio-culturais maiores e menos status médico tendem a ser mais regionalizados. A tentativa de suicídio também é regionalizada, possivelmente por seu caráter agudo. Em contrapartida, as síndromes depressivas e as psicoses funcionais são menos regionalizadas, talvez por seu maior reconhecimento médico.

## 10. diagnóstico definitivo x estado civil

O grupo "síndromes depressivas" está sobrerrepresentado entre os pacientes com vínculo matrimonial; 62,7% dos "depressivos" têm vínculo (contra 41,4% do total, tendo vínculo). Entretanto, o grupo "síndromes depressivas" corresponde a um grupo etário mais velho, que também tem mais vínculo matrimonial.

A situação é oposta para o grupo "psicoses funcionais" e "drogas", na qual a categoria sem vínculo é maior (88,9% para "drogas" e 62,2% para "psicoses funcionais" sem vínculo, contra 56,1% do total sem vínculo). O grupo "drogas" é pouco numeroso (9 casos), o que limita a análise.

#### 11. diagnóstico definitivo x filiação religiosa (Tabela XX)

O grande número de casos perdidos na filiação religiosa limita a análise desta tabela, entretanto algumas tendências podem ser apontadas: chama a atenção que o grupo "crente" tende a estar sobrerrepresentado na categoria "psicoses funcionais" (70% dos crentes estão nesta categoria, contra 41,8% do total dos casos). O grupo "crentes" está subrepresentado (na verdade sem nenhum caso) nas categorias "alcoolismo", "drogas" e "tentativa de suicídio", embora as últimas duas categorias tenham no todo poucos casos, o que também limita a análise. Este fato reforça a idéia da implicação sócio-cultural presentes no alcoolismo e drogadicção.

Também o subgrupo "crentes" está sub-representado na categoria "neuroses e distúrbio de personalidade", com 6,7% dos casos contra 14,0% do total.

Estes dados sugerem que a filiação religiosa "crente" tem uma distribuição, no que concerne aos diagnósticos clínicos, heterogênea com relação ao todo desta população internada. Este achado sugere que estudos mais aprofundados da relação pentecostalismo e doença mental podem ser profícuos e trazerem resultados interessantes e originais.

## 12. diagnóstico definitivo x número de internações anteriores

Há muitos casos perdidos (n=70) neste cruzamento, o que limita a análise. Com os casos conhecidos disponíveis puderam-se verificar as seguintes tendências: os subgrupos sem internações anteriores são predominantemente "tentativa de suicídio" (75,0%), "alcooolismo" (58,3%) e "síndromes depressivas" (54,6%), sendo o total de casos sem internações anteriores igual a 44,4%.

As internações de alcoolismo são raras na UIP-HC-UNICAMP e, nas vezes em que ocorrem, parecem ter características diferentes dos casos de alcoolistas crônicos internados em hospitais psiquiátricos sujeitos ao processo "porta giratória" (muitas reinternações seguidas).

## 13. diagnóstico definitivo x diagnóstico de entrada

Há grande concordância entre os diagnósticos de entrada e os diagnósticos definitivos. Nas porcentagens de coluna verifica-se o quanto o diagnóstico definitivo confirma o diagnóstico de entrada. Este valor pode ser tomado como um indicador da confiabilidade do diagnóstico de entrada, supondo que o diagnóstico definitivo tenha mais validade que o diagnóstico de entrada.

### 6.3.3. estudo detalhado da variável "número de dias de internação" (NDI)

As variáveis selecionadas para verificar sua relação com o número de dias de internação foram:

- \* sexo
- \* idade
- naturalidade
- \* procedência
- \* escolaridade
- profissão
- \* estado civil
- \* filiação religiosa
- vínculo com a previdência
- \* diagnóstico definitivo
- serviço de procedência
- \* número de internações anteriores

As variáveis "vínculo com a previdência", "profissão" e "serviço de procedência" foram descartadas pois, além de terem sido colhidas de forma assistemática, nas tabelas de cruzamento com "número de dias internado" nada revelaram de interessante. A variável naturalidade também nada revelou no cruzamento. O asterisco (\*) indica as variáveis que serão discutidas.

Para o estudo da relação dessas variáveis com o número de dias de internação, tomaram-se duas vias estratégicas:

1- estudo de variável por variável isoladamente, e da relação de cada uma delas com o número de dias de internação. Isso foi feito através de tabelas de cruzamento, da comparação das médias do número de dias de internação das diferentes possibilidades internas a cada variável e de testes de significância estatística. Foram utilizadas as seguintes técnicas estatísticas: análise de variância, regressão e correlação, e testes de significância estatística como o método de comparações múltiplas de Tukey, o teste F de ANOVA e o teste T de Student (4).

A aplicação do teste T para a comparação estatística de duas médias pressupõe a distribuição normal dos dados da amostra. Para as variáveis estudadas, a distribuição dos valores de números de dias de internação não apresentou restrição à suposição de normalidade. Na aplicação propriamente dita do teste T, duas formas de teste podiam ser efetuadas, dependendo das variâncias de cada amostra serem iguais ou não. Conseqüentemente, antes da aplicação do teste T, realizou-se o teste de igualdade das variâncias, para poder optar por uma das duas formas do teste T (4).

Para o estudo das médias do número de dias internado desprezaram-se os 2 valores extremos, 93 dias e 167 dias, pois constituem exceção extrema, fugindo completamente da distribuição do grupo como um todo.

2- estudo da relação de algumas variáveis **conjuntamente** com o número de dias internado, utilizando-se para a análise da interação das múltiplas variáveis o modelo Log-linear (5).

### 6.3.3.1. estudo de variável por variável, isoladamente, na sua relação com número de dias de internação.

#### 1- sexo x número de dias de internação

Os dados apontam que, no período estudado, 61,5% das mulheres ficaram menos de 21 dias internadas contra 68,7% dos homens, e 38,6% das mulheres ficaram mais de 21 dias internadas contra 31,3% dos homens. A média de número de dias de internação para o sexo feminino foi de 19,30 dias (d.p. = 15,10 e coeficiente de variação = 78,25) e a média para o sexo masculino foi de 17,97 dias (d.p. = 15,76 e coeficiente de variação = 87,69).

Houve assim, uma ligeira tendência do sexo masculino a internações mais curtas e do sexo feminino a ter internações mais prolongadas.

Entretanto, o teste de significância estatística indicou: o teste de igualdade de variâncias aceitou a hipótese nula, ou seja, foi possível considerar as variâncias como iguais e aplicar o teste T de Student considerando as variâncias iguais. Pelo teste T de Student,  $p = 0,4593$ , o que faz aceitar a hipótese de que as médias sejam estatisticamente iguais. Pode-se, então, concluir que, isoladamente, o sexo não influi no tempo de internação.

#### 2- idade x número de dias de internação (Tabela XXII)

Nesta tabela (Tabela XXII), pode-se notar uma ligeira tendência dos pacientes mais velhos (mais de 51 anos) a estarem sub-representados entre o grupo de internações mais curtas (0-10 dias), ou

seja, 16,98% contra 37,79% do total e de estarem sobre-representados no grupo de internação mais longa (mais de 31 dias), ou seja, 24,53% contra 17,06% do total.

Observando-se as médias relativas ao número de dias de internação (Tabela XXIII), verifica-se que essas variam de 16,28 a 18,97 dias nas faixa de 10 a 50 anos, porém, para o grupo com mais de 51 anos, a média foi de 24,98 dias (d.P. = 16,93 e coeficiente de variância = 67,79). Portanto, há uma tendência do grupo mais idoso a ter um tempo de internação mais prolongado.

Para o estudo estatístico da relação, isoladamente, de idade com número de dias de internação, estudou-se a **correlação** entre elas e aplicou-se uma **regressão** de números de dias internado por idade.

Conforme os resultados da correlação ( $R = 0,15$ ) e da regressão executados a seguir, se se observar o valor do  $R$  para a regressão igual a 0,0232 e a análise dos resíduos, vê-se que, tomada isoladamente, idade não se relaciona com o número de dias de internação.

Portanto, a diferença das médias apresentadas não se sustenta perante a análise de correlação.

### 3- procedência x número de dias de internação (Tabelas XXIV, XXV)

Para este cruzamento, os dados mostram que enquanto 61,1% dos casos provenientes de outros estados ficam internados mais de 3 semanas, apenas 31,2% dos residentes em Campinas ou região (ERSA-27) e 35,4% do total de casos ficam mais de 3 semanas internados. Os casos provenientes de outros estados também estão subrepresentados en-

tre o grupo de 0-10 dias, pois nesse grupo eles correspondem a 22,2% do seu contingente contra 37,7% do total.

Também a comparação das médias indica diferença (tabela XXV). Enquanto para Campinas e região a média é de 17,7 dias (d.p.=14,8 e CV=83,7), para casos provenientes de outros estados a média é de 27,2 dias (d.p.=20,4 e CV=74,0).

Para o estudo estatístico, os dados de procedência foram divididos em dois grupos: estado de São Paulo (Campinas e região mais as outras regiões do estado de SP) e outros estados. Há, assim, dois grupos a serem comparados, podendo se aplicar o teste de comparação de médias (teste T de Student).

Para este caso, o teste de igualdade de variâncias rejeita a hipótese de igualdade, devendo ser usado o teste T com variâncias desiguais ( $T = -1,8465$ ).

O teste T, realizado desta forma, revelou um  $p = 0,0812$ , aceitando a hipótese de igualdade das médias a 5% e rejeitando esta igualdade a 10%. Estatisticamente, portanto, tomada isoladamente, a procedência tem influência, ainda que discreta, sobre o tempo de internação.

#### 4. escolaridade x número de dias de internação

As médias de número de dias de internação relativas à escolaridade foram: baixa escolaridade 18,5 dias (d.p.=15,8, CV=85,4); média escolaridade 20,0 dias (d.p.=15,9 e CV=79,6); alta escolaridade 20,7 dias (d.p.=16,2 e CV=77,9).

A análise de variância para a comparação estatística das 3 médias, cujo resultado foi  $F=0,89$ , aceita a hipótese nula, ou seja,

a hipótese de que escolaridade não influi no tempo de internação. Em outras palavras, esta análise autoriza afirmar que, isoladamente, escolaridade não influi na duração da internação.

#### 5. estado civil x número de dias de internação

As médias de número de dias internado relativos ao vínculo matrimonial foram: casos com vínculo matrimonial 19,9 dias (d.p.=16,0, CV=80,5); casos sem vínculo matrimonial 17,9 dias (d.p.=15,0 e CV=83,8).

No que diz respeito a este item, o teste de igualdade de variância aceitou a hipótese de igualdade das variâncias, podendo-se aplicar o teste T considerando as variâncias iguais.

O teste T de Student aceitou a hipótese de médias iguais a um nível superior a 5% ( $p=0,2742$ ).

Pode-se concluir que, tomado isoladamente, o vínculo matrimonial não influenciou a duração das internações.

#### 6- filiação religiosa x número de dias de internação

Foram analisadas neste item apenas os grupos "católicos" e "crentes".

Apesar do grande número de observações perdidas verificaram-se as seguintes tendências: ficam internados por menos de 3 semanas 75,0% dos crentes e 55,6% dos católicos e ficam mais de 3 semanas 25,0% dos crentes e 44,5% dos católicos.

A média do número de dias internado para o grupo "católicos" foi de 21,3 dias (d.p.=15,9, CV=74,6) e para o grupo "crentes"

foi de 15,9 dias (d.p.=9,9, CV=62,1). Houve portanto, uma tendência do grupo "crentes" a ficar menos tempo internado.

O teste de igualdade de variâncias rejeitou a hipótese nula de igualdade, tendo-se que usar o teste T com variâncias desiguais, que rejeitou a hipótese de igualdade das médias a um nível de 5% ( $p=0,0229$ ).

Considerando a limitação decorrente da precária coleta desta variável, a filiação religiosa, tomada isoladamente, influenciou a duração da internação.

Este resultado é algo surpreendente, uma vez que o grupo "crentes" é composto predominantemente dos grupos diagnósticos "psicoses funcionais" e "síndromes depressivas", cuja duração de internação é maior. Neste sentido, era de se esperar que tivesse uma duração de internação em média maior do que o grupo católico. Paradoxalmente, os dados mostraram que o período de internação para este grupo foi significativamente menor que para o grupo católico.

#### **7- número de internações psiquiátricas anteriores x número de dias de internação (Tabela XXVI)**

A tabela XXVI mostra que, para os diferentes agrupamentos por número de internações psiquiátricas anteriores, não há padrão algum identificável nas médias de número de dias de internação. Em vista disso, não se realizaram testes de significância estatística.

8- diagnóstico definitivo x número de dias de Internação  
(tabelas XXVII e XXVIII)

Os dados referentes a este ítem mostram uma distribuição bem heterogênea do tempo de internação de cada grupo diagnóstico. Na tabela XXVII, verifica-se que, na faixa de mais de 31 dias de internação, os grupos diagnósticos "psicoses funcionais" (25,2%) e "síndromes depressivas" (20,3%) tendem a estar sobrerrepresentados, pois o total de casos nesta faixa é de 17,9%. No sentido oposto, na faixa de 0 a 10 dias de internação os grupos "alcoolismo" (75,0%), "tentativa de suicídio" (75,0%) e "neuroses e distúrbios de personalidade" (52,5%) tendem a estar sobrerrepresentados, pois nesta faixa o total de casos é de 36,1%.

Conforme evidenciado na tabela XXVIII, as médias entre os grupos diagnósticos também diferem claramente.

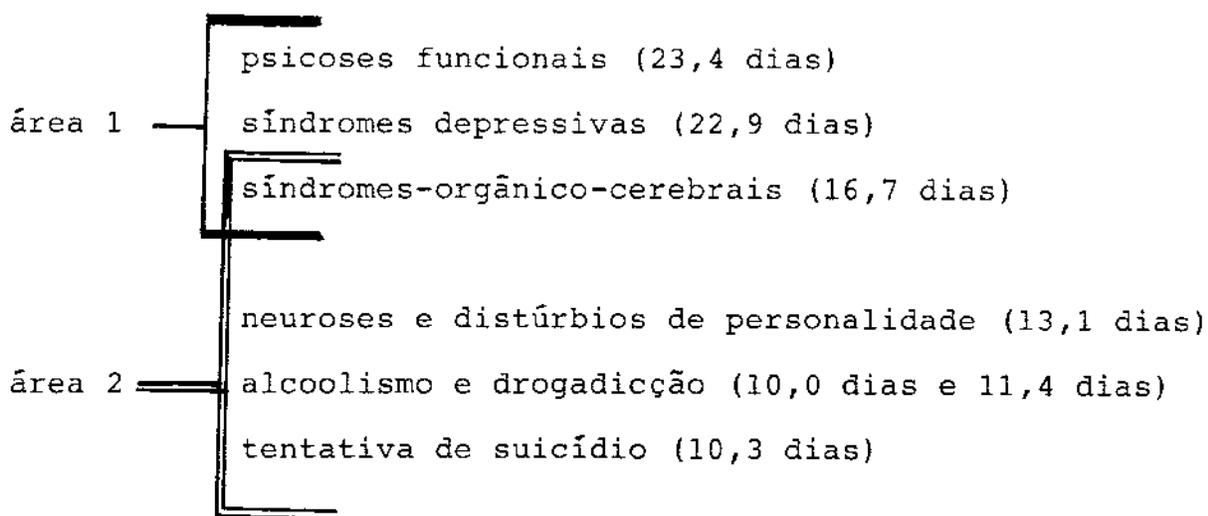
O método estatístico utilizado aqui para comparar as médias de cada grupo diagnóstico foi o método de comparações múltiplas de Tukey.

Ao realizar esse teste, tomou-se o nível de significância de 0,05 (5%). Neste sentido, as médias estudadas para "síndromes depressivas" (22,9 dias), "psicoses funcionais" (23,4 dias) e "síndromes orgânico-cerebrais" (16,7 dias) são significativamente iguais. Por outro lado, desconsiderando-se as "síndromes depressivas" e as "psicoses funcionais", as outras médias são significativamente iguais (10 a 16 dias).

Ao interpretar as comparações múltiplas, é importante frisar que a não rejeição da hipótese de que duas ou mais médias são iguais não deve levar à conclusão de que as médias populacionais se-

jam, de fato, iguais. A não rejeição da hipótese nula implica somente que a diferença entre as médias populacionais, se existirem, não são grandes o suficiente para serem detectadas com o tamanho de amostra dado. Um ponto a ser ressaltado é que não significância está relacionado à não transitividade, isto é, dadas três médias amostrais, a maior e a menor podem ser significativamente diferentes uma da outra sem que nenhuma delas seja significativamente diferente da intermediária. Isto é muito comum em comparações múltiplas.

Esquemáticamente, pode-se reunir os grupos diagnósticos em duas grandes áreas de médias de dias de internação. A primeira área compreende os grupos "psicoses funcionais" e "síndromes depressivas". A segunda área compreende os grupos "neuroses e distúrbios de personalidade", "alcoolismo e drogadicção" e "tentativa de suicídio". Finalmente numa posição intermediária, de intersecção das duas áreas está o grupo "síndromes orgânico-cerebrais". É importante anotar que as médias no interior de cada uma das áreas são significativamente iguais para  $p = 0,05$ .



**6.3.3.2. estudo de relação de algumas variáveis conjuntamente com o número de dias de internação (Análise multivariada de dados discretos).**

Ao se estudar um conjunto de variáveis, do tipo descrito neste trabalho, tomando-se variável por variável na sua relação com uma variável fixa, não se identifica a possível interação das variáveis entre si.

Para captar as possíveis e múltiplas influências de grupos de variáveis entre si, existem modelos estatísticos desenhados para o estudo das relações de conjuntos de variáveis (regressão múltipla para variáveis contínuas; modelo log-linear, para variáveis descontínuas etc.). Neste trabalho, como a maioria das variáveis é de natureza descontínua, adotou-se o modelo log-linear. Neste modelo, a análise de tabelas de contingência multidimensional, objetiva fazer inferência a partir de um conjunto de parâmetros, para, então, descrever a relação estrutural das variáveis sub-jacentes(5).

Dadas as propriedades assintóticas das estatísticas que medem o grau de ajuste do modelo log-linear, necessita-se, para análises mais consistentes, de um número grande de observações. Infelizmente, o pequeno número de dados de que se dispunha para este trabalho tornou-se um fator limitante à análise multivariada(5).

No estudo da relação entre as variáveis "número de dias de internação", "diagnóstico definitivo", "sexo", "idade" e "número de internações psiquiátricas anteriores"; considerou-se a variável "número de dias de internação" como fixa. Esta escolha fez com que o modelo multinominal multiplicativo fosse considerado como apresentando totais fixos iguais a 132 e 108 para cada uma das classes con-

sideradas, a saber, de zero a 15 dias de internação e mais de 15 dias, respectivamente. Deste modo, os modelos log-lineares considerados tiveram obrigatoriamente esta variável, que, assim sendo, fixou os totais.

Sendo muitas as variáveis que compõe a tabela de contingência multidimensional deste estudo (2x4x2x3x2=96 caselas), um método de seleção do modelo foi empregado, escolhendo-se o procedimento de seleção Stepwise. Seguindo este método de seleção, e testando os vários modelos baseados na estatística  $\chi^2$ , usou-se o procedimento CATMOD do Statistical Analysis System (SAS) para tratar os modelos.

As caselas de valores não observados (zero) foram consideradas como zeros amostrais e substituídas por um valor ínfimo (10<sup>-6</sup>), de forma que suas frequências foram estimadas pelo modelo, já que o modelo rejeita apenas o zero.

Foram nomeadas as variáveis da seguinte forma:

1- NDI = número de dias de internação | 0-15 dias  
| + 15 dias

2- ID = idade | - 30 anos  
| 31-50 anos  
| +50 anos

3- DD = diagnóstico definitivo | Psicoses Funcionais  
| Síndromes Depressivas  
| Síndromes Orgânico-Cerebrais  
| Outras (Neuroses, Dist.Perso-  
| nalidade, Alcoolismo, Drogas,  
| Tentativa de Suicídio)

4- Sx = sexo | masculino  
                  | feminino

5- NIA = número de internações | -2 internações  
      psiquiátricas anteriores | +3 internações

#### Resultado e Discussão (Tabelas XXIX e XXX)

Os resultados dos vários testes aplicados ao conjunto de dados no modelo log-linear são apresentados nas tabelas XXIX e XXX. Da consideração dos valores da estatística g na tabela XXX, juntamente com seus graus de liberdade, e das diferenças entre os gs dos modelos para identificar melhorias significantes, podem-se fazer as seguintes observações:

1. para este modelo, diferentemente do que mostrava o modelo isolado, a variável "idade"(ID) se relaciona com a variável "número de dias de internação"(NDI). Na relação dessas duas variáveis, duas outras variáveis ("sexo" e "diagnóstico definitivo") interferem, ainda que de forma não correlacionada. Isto quer dizer que "sexo"(SX) e "diagnóstico definitivo"(DD) relacionam-se com "numero de dias de internação"(NDI) e com "idade"(ID), mas independentemente.

2. ao se verificar a variável "número de dias de internação"(NDI) interagindo com "idade"(ID), também se verifica que a variável "diagnóstico defintivo"(DD) é independente tanto de "sexo"

(SX) como de "número de internações psiquiátricas anteriores" ((NIA). De fato, os resultados da aplicação do modelo log-linear mostram que "número de internações psiquiátricas anteriores" (NIA) é independente de todas as outras variáveis estudadas, o que significa que ela não interage com nenhuma das outras variáveis do grupo.

#### 6.4. Conclusões

A população internada nos dois primeiros anos da UIP do HC-UNICAMP é formada por pacientes adulto-jovens, com ligeiro predomínio de mulheres, procedentes principalmente de Campinas ou região, com diagnósticos clínicos mais frequentemente de psicoses funcionais e síndromes depressivas.

A duração média das internações foi 19,4 dias.

No que diz respeito particularmente à relação da variável "número de dias de internação" com as demais variáveis consideradas neste estudo, pode-se concluir que:

1. isoladamente, as variáveis "diagnóstico definitivo", "procedência" e "Filiação Religiosa" contribuem de forma estatisticamente significativa na determinação da duração das internações.

Os grupos diagnósticos "psicoses funcionais" e "síndromes depressivas" tendem a ter internações mais prolongadas. O grupo "neuroses e distúrbios de personalidade" tende a ter internações curtas, assim como os grupos "alcoolismo", "drogadicção" e "tentativa de suicídio".

Curiosamente a filiação religiosa "crente" neste trabalho correlacionou-se com internações relativamente mais curtas do que as apresentadas pela filiação "católicos".

A procedência "outros estados" favoreceu internações mais longas, o que talvez se relacione a uma maior dificuldade de acesso ao serviço pelo paciente e de acompanhamento deste pelo serviço após a alta.

2. a análise multivariada, segundo o modelo log-linear, apresentou os seguintes resultados: tomadas em conjunto, "idade", "sexo" e "diagnóstico definitivo" interagem na determinação da duração da internações, enquanto que "número de internações psiquiátricas anteriores" não interage significativamente com a duração das internações. É justo anotar que a análise multivariada ficou algo prejudicada pela exiguidade de dados.

Apêndice. Quadros e Tabelas do Capítulo 6

Quadro I

	GENERALIDADE →										
	← PROFUNDIDADE										
DESCON- TROLE	história de vida (anamne- se)	estudo de casos (clínicos)	estudo de grupos ou subgrupos (casuís- ticos)	estudo ecológico	estudo de corte transver- sal	estudo de caso-con- trole	estudo de coorte	experimentação	simulação ou modelagem	FRAGMEN- TADO	CONTROLE
REAL	ARTIFI- CIAL										
TOTALI- ZADO	FECHADO										
ABERTO	FRAGMENTADO										

O espectro dos desenhos de pesquisa em Medicina Social - N.Almeida Filho

Apêndice. Quadros e Tabelas do Capítulo 6

Quadro II

Cidades do Escritório Regional de Saúde<sup>27</sup> (ERSA-27)

Campinas

Americana

Nova Odessa

Sumaré

Paulínia

Santa Barbara d'Oeste

Cosmópolis

Valinhos

Vinhedo

Monte Mór

Indaiatuba

**Tabela I**

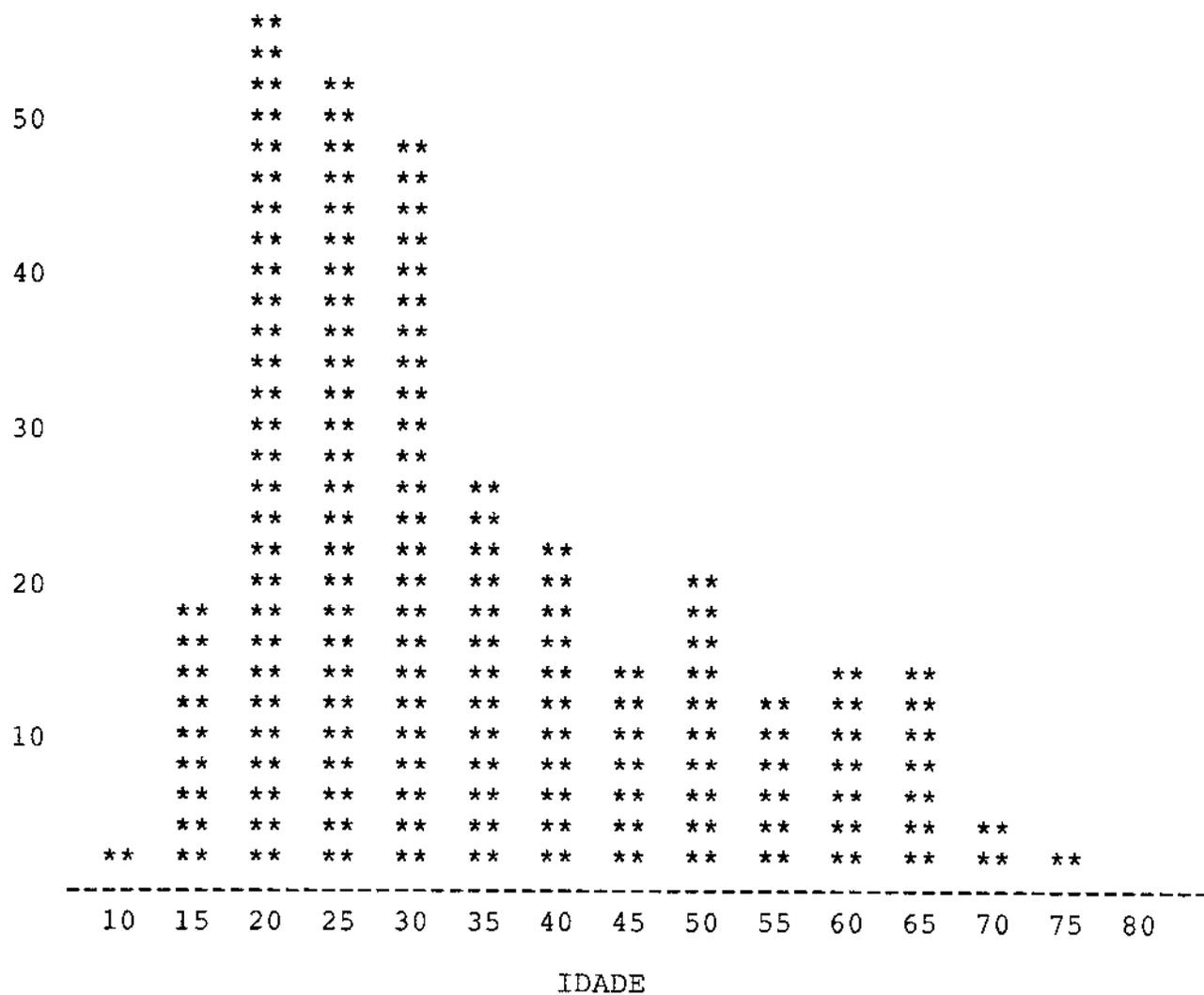
Idade	N	%
10-20	48	16.05
21-30	113	37.79
31-40	56	18.73
41-50	29	9.70
+ 51	53	17.73
Total	299	100

Observações Perdidas = 1

### Gráfico I

#### FREQUÊNCIA DAS IDADES

FREQUÊNCIA



**Tabela II**

Naturalidade	N	% Total
Campinas e Região (ERSA-27)	61	20.33
Outras regiões do Estado de São Paulo	143	47.67
Outros Estados	96	32.00
Total	300	100

**Tabela III**

Procedência	N	% Total
Campinas e Região (ERSA-27)	204	68.00
Outras regiões do Estado de São Paulo	64	21.33
Outros Estados	17	5.67
Ignorado	15	5.00
Total	300	100

**Tabela IV**

Estado Cívil

	N	% Total
Solteiros	134	44.7
Casados	114	38.0
Separados	23	7.7
Viúvos	12	4.0
Amigados	10	3.3
Ignorados	7	2.3
Total	300	100

**Tabela V**

Escolaridade

	N	% Total
Analfabeto	15	5.0
1º grau incompleto	138	46.0
1º grau completo	26	8.7
2º grau incompleto	15	5.0
2º grau completo	26	8.7
3º grau incompleto	11	3.7
3º grau completo	19	6.3
Ignorado	50	16.7
Total	300	100

Tabela VI

Filiação Religiosa	N	% total	% Conhecido
Católicos	108	36.0	74%
"Crentes" (Pentecostais)	32	10.7	22%
Protestantes (não Pentecostais)	1	0.3	0.6%
Espíritas	1	0.3	0.6%
Sem Religião	4	1.3	2.8%
Ignorado	154	51.3%	
Total	300	100	100

Tabela VII

Profissão	N	% Total
Dona de Casa	64	21.3
Sem qualquer ocupação	45	15.0
Estudante	24	8.0
Aposentado	13	4.3
Empregada Doméstica	11	3.7
Lavrador	10	3.3
Funcionário da UNICAMP	6	2.0
Estudante da UNICAMP	4	1.3
Docente da UNICAMP	3	1.0
Outros	76	25.3
Ignorados	44	14.6%
Total	300	100

Tabela VIII

Classificação segundo vínculo com a Previdência Social

	N	% Total	% Conhecido
Beneficiário do INAMPS	52	17.3	32.5%
Dependente de Benefic. do INAMPS	51	17.0	31.8%
Sem qualquer vínculo previdenciário	40	13.3	25.0%
Interesse Científico	5	1.7	3.1%
Estudante UNICAMP	5	1.7	3.1%
Funrural (beneficiário e dependentes)	5	1.7	3.1%
Funcionário ou Docente UNICAMP	2	0.6	1.3%
Ignorado	140	46.7%	
Total	300	100	100%

Tabela IX: Diagnóstico de Entrada e Diagnóstico Definitivo  
CID-3 dígitos

Tabela IX

	CID	Diagnóst. de Entrada		Diagnóst. Definitivo	
		N	%	N	%
	242	1	0,3		
Quadros	290	10	3,4	8	2,7
Psicóticos	291	13	4,4	14	4,7
Orgânicos	292	2	0,7	5	1,7
	293	13	4,4	10	3,4
	294	2	0,7	5	1,7
Psicoses	295	89	29,9	69	23,2
Funcionais	296	69	23,2	69	23,2
e Outras	297	2	0,7	4	1,3
Psicoses	298	12	4,0	114	4,7
	299				
Transtornos	300	26	8,7	33	11,1
Neuróticos	301	12	4,0	19	6,4
	302			1	0,3
Transtornos de	303	6	2,0	10	3,4
Personalidade	304	4	1,3	3	1,0
	305	3	1,0	3	1,0
Outros Transtor-	307	1	0,3	1	0,3
nos não Psicô-	309	4	1,3	4	1,3
ticos	311	8	2,7	5	1,7
	316	1	0,3		
Oligofrenias	317	2	0,7	2	0,7
	318	2	0,7	2	0,7
	319	1	0,3	1	0,3
Dist. não Psi-	345	1	0,3	1	0,3
quiátricos	434	1	0,3	2	0,7
	784	1	0,3		
Tent. Suicídio	950	12	4,0	12	4,0
Total		298	100	297	100

Tabela X

Diagnóstico Definitivo-CID-4 dígitos

CID	Frequência	Porcentagem (%)
290	1	0.3
2900	2	0.7
2901	1	0.3
2904	1	0.3
2909	3	1.0
291	1	0.3
2910	3	1.0
2911	2	0.7
2913	4	1.3
2918	4	1.3
292	2	0.7
2921	1	0.3
2928	2	0.7
2930	5	1.7
2931	4	1.3
2939	1	0.3
2941	1	0.3
2948	1	0.3
2949	3	1.0
295	3	1.0
2951	8	2.7
2952	5	1.7
2953	34	11.4
2954	9	3.0
2956	3	1.0
2957	2	0.7
2958	1	0.3
2959	4	1.3
296	1	0.3
2960	16	5.4
2961	32	10.8
2962	11	3.7
2963	4	1.3
2964	2	0.7
2965	3	1.0
2971	1	0.3
2972	2	0.7
2977	1	0.3
298	2	0.7
2983	2	0.7
2984	2	0.7
2988	6	2.0
2989	2	0.7
300	1	0.3
3000	2	0.7
3001	13	4.4
3004	16	5.4
3009	1	0.3
301	1	0.3
3013	2	0.7

3014	1	0.3
3015	5	1.7
3016	1	0.3
3017	6	2.0
3018	1	0.3
3019	2	0.7
3026	1	0.3
303	4	1.3
3039	6	2.0
3041	1	0.3
3043	1	0.3
3045	1	0.3
3050	2	0.7
3054	1	0.3
3071	1	0.3
3090	1	0.3
3091	1	0.3
3092	1	0.3
3094	1	0.3
311	5	1.7
317	2	0.7
3180	2	0.7
319	1	0.3
345	1	0.3
4349	2	0.7
950	12	4.0

Observações Perdidas = 3

**Tabela XI**

**Número de Internações Psiquiátricas Anteriores**

Nº Inter. Ant.	N	% Total	% Conhecido
0	102	34.0	44.4
1	43	14.3	18.7
2	27	9.0	11.7
3	25	8.3	10.9
4	11	3.7	4.8
5 ou mais	22	7.3	9.6
Ignorado	70	23.3	
Total	300	100	100

Tabela XII

Serviço de Procedência (Serviço pelo qual o paciente chegou à unidade)

	Nº	% Total	% dos Val. Conhecidos
Pronto Socorro HC-UNICAMP	168	56.0	68.5%
Ambulatório de Psiquiatria HC-UNICAMP	34	11.3	13.8%
Outras Enfermarias do HC-UNICAMP (transferência)	16	5.3	6.5%
Serviço Privado (Cons. Part., Clín. Priv.)	15	5.0	6.1%
Outros hospitais Psiquiátricos da Região	6	2.0	2.4%
Ambulatório de Saúde Mental (Público)	3	1.0	1.2%
PUCC	1	0.3	0.4%
Outros Serviços	2	1.0	0.8%
Ignorado	55	18.3	
Total		100	100

**Tabela XIII**

Número de dias de Internação

	N	%
0-10 dias	113	37.7
11-20 dias	81	27.0
21-30 dias	55	18.3
+ 31 dias	51	17.0
Total	300	100

## Gráfico II

Nº de Dias Internado

PORCENTAGEM

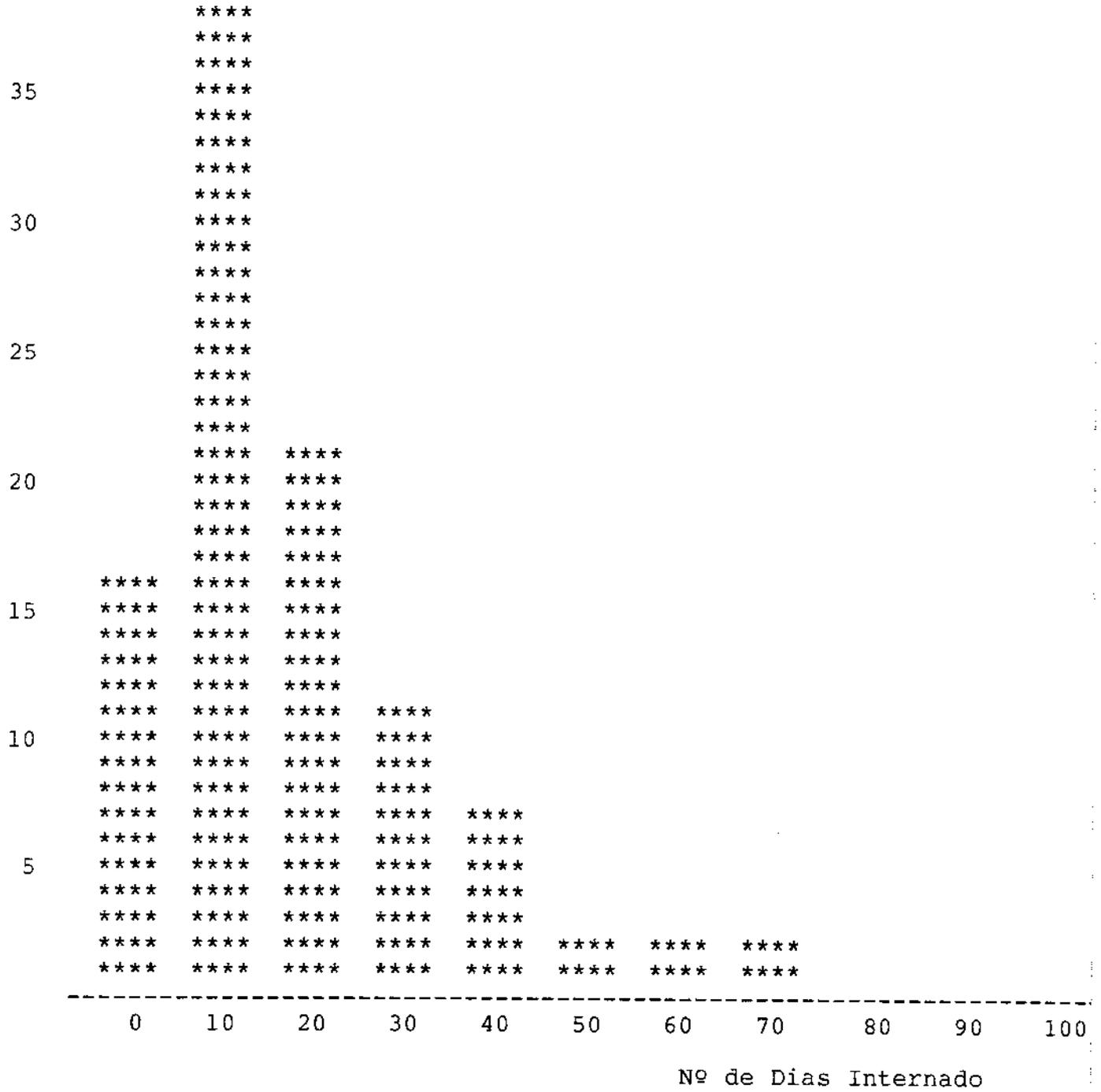


Tabela XIV

Encaminhamento Após a Alta

	N	%	Total
Ambulatório de Psiq. do HC-UNICAMP	234		78.0
Serviço Provado	9		3.0
Transferência para outro Hospital Psiq.	8		2.7
Transf. para outras enfermarias do HC-UNICAMP	5		1.7
Ambulatórios (não psiq.) do HC-UNICAMP	4		1.3
Fuga	4		1.3
Altas a pedido	4		1.3
Serviço ambulatorial de saúde mental da região	3		1.0
Serviço ambulatorial de saúde mental de outras regiões	3		1.0
Suicídio (na enfermaria)	1		0.3
Ignorado	25		8.3
Total			100

Tabela XV

Escolaridade	Escolaridade x Idade					Total
	Idade					
Frequência Porcentagem Pct - Coluna	10-20	21-30	31-40	41-50	+51	
Baixa Escolaridade	29 9.70 <b>60.42</b>	49 16.39 <b>43.36</b>	27 9.03 <b>48.21</b>	16 5.35 <b>55.17</b>	32 10.70 <b>60.38</b>	153 <b>51.17</b>
Média Escolaridade	12 4.01 <b>25.00</b>	15 5.02 <b>13.27</b>	4 1.34 <b>7.14</b>	2 0.67 <b>6.90</b>	8 2.68 <b>15.09</b>	41 <b>13.71</b>
Alta Escolaridade	0	29 9.70 <b>25.76</b>	15 5.02 <b>26.79</b>	9 3.01 <b>31.03</b>	3 1.00 <b>5.66</b>	56 <b>18.73</b>
Outras	7	20	10	2	10	49 <b>16.39</b>
Total	48 <b>16.05</b>	113 <b>37.79</b>	56 <b>18.73</b>	29 <b>9.70</b>	53 <b>17.73</b>	299 <b>100.00</b>

Observações Perdidas = 1

### Quadro III

#### Agrupamento por Síndrome (Classificação Internacional das Doenças nº 9) CID-9

1- Síndrome Orgânico-Cerebral

CID: 290.x, 293.x, 294.x, 310.x

2- Alcoolismo (Transtornos relacionados ao álcool)

CID: 291.x, 303, 305.0

3- Drogas (Transtornos relacionados a abuso ou dependência a drogas)

CID: 292.x, 304.x, 305.x (menos 305.0)

4- Psicoses Funcionais (não orgânicas e não depressivas)

CID: 295.x, 296.0, 296.2, 296.4, 296.5, 296.6, 296.8, 296.9, 297.x, 298.x (menos 298.0), 299.x

5- Síndromes Depressivas

CID: 296.1, 296.3, 298.0, 300.4, 309.0, 309.1, 311.

6- Neuroses, Distúrbios de Personalidade, Distúrbios Psicosexuais, Reações ao estresse, Reações de Ajustamento.

CID: 300.x (menos 300.4), 301.x, 302.x, 307, 308, 309.x (menos 309.0 e 309.1), 316.

7- Oligofrenias

CID: 317, 318, 319

8- Tentativa de Suicídio

CID: 950\*

\* Existem outros códigos para "Tentativa de Suicídio", porém no serviço do HC-UNICAMP estabeleceu-se que toda tentativa de suicídio seria codificada pelo CID 950.

**Tabela XVI**

**Idade x Filiação Religiosa**

Idade	Filiação Religiosa				Total
	Católico	Crente	Outras	Ignorado	
Frequência					
Porcentagem					
Pct - fila					
Pct- coluna					
10-20	19	4	1	24	48
	6.35	1.34	0.33		16.05
	<b>17.59</b>	<b>12.50</b>	<b>16.67</b>	<b>15.69</b>	
21-30	34	16	2	61	113
	11.37	5.35	0.67		37.79
	<b>31.48</b>	<b>50.00</b>	<b>33.33</b>	<b>39.87</b>	
31-40	23	6	2	25	56
	7.69	2.01	0.67		18.73
	<b>21.30</b>	<b>18.75</b>	<b>33.33</b>	<b>16.34</b>	
41-50	9	3	1	16	29
	3.01	1.00	0.33		9.70
	<b>8.33</b>	<b>9.38</b>	<b>16.67</b>	<b>10.46</b>	
+51	23	3	0	27	53
	7.69	1.00			17.73
	<b>21.30</b>	<b>9.38</b>		<b>17.65</b>	
Total	<b>108</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>153</b>	<b>299</b>
	<b>36.12</b>	<b>10.70</b>	<b>2.01</b>	<b>51.17</b>	<b>100.00</b>

Observações Perdidas = 1

Tabela XVII

Diagnóstico Def.	Diagnóstico Definitivo x Sexo		
	Sexo		Total
Frequência Porcentagem Pct-fila Pct-coluna	Feminino	Masculino	
1- s. org. cerebral	15 5.26 <b>65.22</b> 9.49	8 2.81 <b>34.78</b> 6.30	23 8.07
2- Alcoolismo	3 1.05 <b>15.00</b> 1.90	17 5.96 <b>85.00</b> 13.39	20 7.02
3- Drogas	2 0.70 <b>22.22</b> 1.27	7 2.46 <b>77.78</b> 5.51	9 3.16
4- Psicoses Funcionais	64 22.46 <b>53.78</b> 40.51	55 19.30 <b>46.22</b> 43.31	119 41.75
5- Sind. Depressivas	39 13.68 <b>66.10</b> 24.68	20 7.02 <b>33.90</b> 15.75	59 20.70
6- Neur. d. Personal.	25 8.77 <b>62.50</b> 15.82	15 5.26 <b>37.50</b> 11.81	40 14.04
7- Oligofrenias	2 0.70 <b>66.67</b> 1.27	1 0.35 <b>33.33</b> 0.79	3 1.05
8- Tent. Suicídio	8 2.81 <b>66.67</b> 5.06	4 1.40 <b>33.33</b> 3.15	12 4.21
Total	158 <b>55.44</b>	127 <b>44.56</b>	285 <b>100.00</b>

Observações Perdidas = 15

**Tabela XVIII**

Diagnóstico Definitivo x Idade

Diag. Definitivo	Idade					Total
	10-20	21-30	31-40	41-50	+51	
Frequência						
Porcentagem						
Pct-Fila						
Pct-Coluna						
1- S.Org. Cerebral	5	8	2	0	8	23
	1.76	2.82	0.70		2.82	8.10
	<b>21.74</b>	<b>34.78</b>	<b>8.70</b>		<b>34.78</b>	
	11.11	7.27	3.77		15.69	
2- Alcoolismo	1	8	9	2	0	20
	0.35	2.82	3.17	0.70		7.04
	<b>5.00</b>	<b>40.00</b>	<b>45.00</b>	<b>10.00</b>		
	2.22	7.27	16.98	8.00		
3- Drogas	2	4	3	0	0	9
	0.70	1.41	1.06			3.17
	<b>22.22</b>	<b>44.44</b>	<b>33.33</b>			
	4.44	3.64	5.66			
4- Psicoses Funcio- nais	19	*53	22	15	10	119
	6.69	18.66	7.75	5.28	3.52	41.90
	<b>15.97</b>	<b>44.54</b>	<b>18.49</b>	<b>12.61</b>	<b>8.40</b>	
	42.22	48.18	41.51	60.00	19.61	
5- Sind. Depressivas	4	10	9	7	*29	59
	1.41	3.52	3.17	2.46	10.21	20.77
	<b>6.78</b>	<b>16.95</b>	<b>15.25</b>	<b>11.86</b>	<b>49.15</b>	
	8.89	9.09	16.98	28.00	56.86	
6- Neur. d. Personal.	11	21	4	0	4	40
	3.87	7.39	1.41		1.41	14.08
	<b>27.50</b>	<b>52.50</b>	<b>10.00</b>		<b>10.00</b>	
	24.44	19.09	7.55		7.84	
7- Oligofrenias	1	1	0	0	0	2
	0.35	0.35				0.70
	<b>50.00</b>	<b>50.00</b>				
	2.22	0.91				
8- Tent. Suicídio	2	5	4	1	0	12
	0.70	1.76	1.41	0.35		4.23
	<b>16.67</b>	<b>41.67</b>	<b>33.33</b>	<b>8.33</b>		
	4.44	4.55	7.55	4.00		
Total	45	110	53	25	51	284
	15.85	38.73	18.66	8.80	17.96	100.00

Observações Perdidas = 16

Tabela XIX

## Diagnóstico Definitivo x Procedência

Diagnóstico Definitivo	Procedência			Total
	Campinas e Região	Outras Reg. de São Paulo	Outros Estados	
Frequência				
Porcentagem				
Pct-Fila				
Pct-Coluna				
S.Org.Cerebral	15 5.26 <b>65.22</b> 7.35	7 2.46 <b>30.43</b> 10.94	1 0.35 <b>4.35</b> 5.88	23 <b>8.07</b>
Alcoolismo	17 5.96 <b>85.00</b> 8.33	2 0.70 <b>10.00</b> 3.12	1 0.35 <b>5.00</b> 5.88	20 <b>7.02</b>
Drogas	6 2.11 <b>66.67</b> 2.94	3 1.05 <b>33.33</b> 4.69	0 0.00 <b>0.00</b> 0.00	9 <b>3.16</b>
Psicoses Funcionais	91 31.93 <b>76.47</b> 44.61	22 7.72 <b>18.49</b> 35.29	6 2.11 <b>5.04</b> 34.38	119 <b>41.75</b>
Sind. Depressivas	40 14.04 <b>67.80</b> 19.61	14 4.91 <b>23.73</b> 21.87	5 1.75 <b>8.47</b> 29.41	59 <b>20.70</b>
Neuroses e Distúrbios de Personalidade	24 8.42 <b>60.00</b> 11.76	13 4.56 <b>32.50</b> 20.31	3 1.05 <b>7.50</b> 17.65	40 <b>14.04</b>
Oligofrenias	2 0.70 <b>66.67</b> 0.98	0	1 0.35 <b>33.33</b> 5.88	3 <b>1.05</b>
Tent. Suicídio	9 3.16 <b>75.00</b> 4.41	3 1.05 <b>25.00</b> 4.69	0	12 <b>4.21</b>
Total	204 71.58	64 22.46	17 5.96	285 100.00

Observações Perdidas = 15

Tabela XX

Diagnóstico Definitivo x Filiação Religiosa

Diag. Definitivo	Filiação Religiosa				
	Católico	Crente	Outras	Ignorado	Total
Frequencia					
Porcentagem					
Pct-fila					
Pct-Coluna					
Sínd. Org. Cerebral	6	2	0	15	23
	2.11	0.70		5.26	8.07
	26.09	8.70		65.22	
	5.83	6.67		10.14	
Alcoolismo	4	0	2	14	20
	1.40		0.70	4.91	7.02
	20.00		10.00	70.00	
	3.38		50.00	9.46	
Drogas	5	0	0	4	9
	1.75			1.40	3.16
	55.56			44.44	
	4.85			2.70	
Psicoses Funcionais	42	21	1	55	119
	14.74	7.37	0.35	19.30	41.75
	35.29	17.65	0.84	46.22	
	40.78	70.00	25.00	37.16	
Sínd. Depressivas	21	5	0	33	59
	7.37	1.75		11.58	20.70
	35.59	8.47		55.93	
	20.39	16.67		22.30	
Neurose e Dist.- de Personalidade	18	2	1	19	40
	6.32	0.70	0.35	6.67	14.04
	45.00	5.00	2.50	47.50	
	17.48	6.67	25.00	12.84	
Oligofrenias	2	0	0	1	3
	0.70			0.35	1.05
	66.67			33.33	
	1.94			0.68	
Tent. Suicídio	5	0	0	7	12
	1.75			2.46	4.21
	41.67			58.33	
	4.85			4.73	
Total	103	30	4	148	285
	36.14	10.53	1.40	51.93	100.00

Observações Perdidas = 15

Tabela XXII

Nº Dias Internado	Nº de Dias Internado x Idade					Total
	Idade					
Frequência	10-20	21-30	31-40	41-50	+51	
Porcentagem						
Pct-Fila						
Pct-Coluna						
0-10d	22	49	25	8	9	113
	7.36	16.39	8.36	2.68	3.01	37.79
	19.47	43.36	22.12	7.08	7.96	
	45.83	43.36	44.64	27.59	16.98	
11-20d	8	29	14	13	16	80
	2.68	9.70	4.68	4.35	5.35	26.76
	10.00	36.25	17.50	16.25	20.00	
	16.67	25.66	25.00	44.83	30.19	
21-30d	11	17	9	3	15	55
	3.68	5.69	3.01	1.00	5.02	18.39
	20.00	30.91	16.36	5.45	27.27	
	22.92	15.04	16.07	10.34	28.30	
+31	7	18	8	5	13	51
	2.34	6.02	2.68	1.67	4.35	17.06
	13.73	35.29	15.69	9.80	25.49	
	14.58	15.93	14.29	17.24	24.53	
Total	48	113	56	29	53	299
	16.05	37.79	18.73	9.70	17.73	100.00

Observações Perdidas = 1

### Tabela XXIII

Médias do Número de Dias Internado x Idade

Idade	Nº de Dias Internado					Min.	Max.
	Nº	%	Média	D.P.	CV		
10-20	46	15.49	<b>16.28</b>	14.81	90.98	1	64
21-30	113	38.05	<b>17.42</b>	15.60	89.57	1	74
31-40	56	18.86	<b>17.25</b>	13.77	79.81	1	60
41-50	29	9.76	<b>18.97</b>	13.61	71.77	1	61
+51	53	17.85	<b>24.98</b>	16.93	67.79	1	78

**Tabela XXIV**

**Nº de Dias Internado x Procedência**

Nº Dias Internado	Procedência			
	Campinas	Outras Reg. de São Paulo	Outros Estados	Total
0-10d	<b>86</b>	<b>23</b>	<b>4</b>	<b>113</b>
Frequência	28.67	7.67	1.33	37.67
Porcentagem	76.11	20.35	3.54	
Pct-Fila	<b>40.00</b>	<b>34.33</b>	<b>22.22</b>	
Pct-Coluna				
11-20d	<b>62</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>81</b>
Frequência	20.67	5.33	1.00	27.00
Porcentagem	76.54	19.75	3.70	
Pct-Fila	<b>28.84</b>	<b>23.88</b>	<b>16.67</b>	
Pct-Coluna				
21-30d	<b>33</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>55</b>
Frequência	11.00	5.33	2.00	18.33
Porcentagem	60.00	29.09	10.91	
Pct-Fila	<b>15.35</b>	<b>23.88</b>	<b>33.33</b>	
Pct-Coluna				
+31d	<b>34</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>51</b>
Frequência	11.33	4.00	1.67	17.00
Porcentagem	66.67	23.53	9.80	
Pct-Fila	<b>15.81</b>	<b>17.91</b>	<b>27.78</b>	
Pct-Coluna				
Total	<b>215</b>	<b>67</b>	<b>18</b>	<b>300</b>
Frequência	71.67	22.33	6.00	100.00
Porcentagem				
Pct-Fila				
Pct-Coluna				

**Tabela XXV**

Médias dos Números de Dias Internado x Procedência

Procedência	Nº Dias Internado						
	Nº	%	Média	D.P.	CV	Min.	Max.
Campinas e Região	213	71.48	17.71	14.83	83.73	1	78
Outras Reg. de São Paulo	67	22.48	19.57	15.12	77.29	1	61
Outros Estados	18	6.04	27.17	20.35	74.92	1	74

**Tabela XXVI**

Médias dos Nº de Dias Internado x Nº de Internações Psiq. Anteriores

Nº Int. Anteriores	Nº Dias Internado						
	Nº	%	Média	D.P.	CV	Min.	Max.
0	106	44.54	18.10	15.67	86.54	1	74
1	45	18.91	15.47	10.20	65.96	1	47
2	28	11.76	22.89	14.56	63.58	3	69
3	25	10.50	21.24	20.00	94.16	1	71
4	12	5.04	23.42	19.57	83.55	1	56
5+	22	9.24	18.23	15.17	83.24	4	63

**Tabela XXVIII**

Média do Nº de Dias Internado x Diagnóstico Definitivo

Diag. Definitivo Principal	Nº Dias Internado						
	Nº	%	Média	D.P.	CV	Min.	Max.
S.Org. Cerebral	23	7.80	<b>16.65</b>	16.14	96.94	2	74
Alcoolismo	20	6.78	<b>10.00</b>	10.37	10.37	1	39
Drogas	9	3.05	<b>11.44</b>	7.73	67.56	1	24
Psicoses Func.	117	39.66	<b>23.36</b>	17.43	74.60	1	78
Sínd. Depressivas	59	20.00	<b>22.89</b>	13.60	61.00	1	66
Neur.e Dist.Person.	40	13.56	<b>13.13</b>	11.45	87.25	1	55
Oligofrenias	3	1.02	<b>16.33</b>	6.51	39.84	10	23
Tent. Suicídio	12	4.07	<b>10.25</b>	12.03	11.74	1	40
Outras	12	4.07	<b>9.83</b>	5.65	57.50	1	22

Tabela XXIX

Tabela de Contingência Multidimensional

No Dias Internado	Diag. Def. Principal	Sexo						Total
		Feminino Idade 31-50a			Masculino Idade 31-50a			
		No Interiores	No Interiores	No Interiores	No Interiores	No Interiores	No Interiores	
		- 2 3 +	- 2 3 +	- 2 3 +	- 2 3 +	- 2 3 +	- 2 3 +	N
0-15d	S.Org. Cer.	6 1	3	1	9 3	3 1	2 1	30
	Psicoses Func. Sind. Depres.	8 4	7 4	1	8 3	3 1	1 1	41
	Outras	5	1	3	2 1	2 1	2	17
	Total	19 4	3 2	1	9	2 2	2 2	44
		38 9	14 6	5 1	28 7	10 5	7 2	132
+ 15d	Diag. Def. Principal							
	S.Org. Cer.	2	2	3 1	1 1			10
	Psicoses Func. Sind. Depres.	17 2	7 2	3 2	14 7	3 4		61
	Outras	3	3 1	10 3	1	2	3 1	27
	Total	1 1	3	1	2 2	1	3 1	10
		23 2	13 5	16 7	18 10	6 4	3 1	100
Total		61 11	27 11	21 8	46 17	16 9	10 3	240

Tabela XXX

Aplicação do Modelo Log-Linear à Tabela de Contigência Multidimensional

Modelo		GL	G	P. Value		
NDI/ID/DD/SX	NIA	47	48,62	0,40*		
NDI/ID/DD/SX	NDI/DD/NIA	40	41,29	0,387*		
NDI/ID/DD/SX	NDI/ID/NIA	42	44,29	0,3536*		
NDI/ID/DD	NDI/ID/SX	NIA	65	69,09	0,34*	
NDI/ID/DD	NDI/DD/SX	NIA	63	69,40	0,27	
NDI/ID/DD	NDI/SX	NIA	69	81,86	0,1381	
NDI/DD/NIA	NDI/ID/SX		70	109,23	0,002	
NDI/ID	NDI/DD	NDI/SX	NDI/NIA	80	127,96	0,0005

## Referências (Capítulo 6)

1. N. de Almeida Filho. Epidemiologia sem números. Uma Introdução Crítica à Ciência Epidemiológica. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1989.
2. Anuário Estatístico do Brasil - 1987/1988. IBGE, pg 201-203, Rio de Janeiro, 1989.
3. F.C.Rolim. Pentecostais no Brasil. Uma interpretação sócio-religiosa. Petrópolis, Ed. Vozes, 1985.
4. G.E.Noether. Introdução à Estatística. Uma abordagem não-paramétrica (2 ed.). Rio de Janeiro, Ed. Guanabara dois, 1983.
5. K.G.Janardan, s.Pandarinath. Log-linear Models in a Study of Gall Bladder Disease. Biom. J. 29, 2, 189-197, 1987.

## CONCLUSÕES

É triste ver-se a elétrica floresta  
dos nervos: para estrelas de olhos e lágrimas,  
para a inquieta brisa da voz,  
para esses ninhos contorcidos do pensamento.

E a alma?

É triste ver-se que de repente se imobiliza  
esse sistema de enigmas,  
de inesplicado exercício,  
antes de termos encontrado a alma.

Cecília Meireles

## Conclusões

Apresento algumas conclusões gerais, produto tanto da leitura crítica da literatura como da experiência prática na UIP do HC-UNICAMP. É útil relembrar que estas conclusões são provisórias, tanto em função do desenho metodológico adotado como pelo perfil exploratório do trabalho como um todo. Apenas pesquisas futuras mais & aprofundadas poderão mostrar se as trilhas apontadas foram ou não úteis e consistentes.

A leitura da literatura mostrou que:

1. Da segunda metade do século XIX até a segunda grande guerra, a assistência psiquiátrica esteve centrada nos macrohospitais psiquiátricos. No período pós-guerra, este modelo foi refutado, surgindo o movimento pela desinstitucionalização do doente mental. Este movimento criou novos paradigmas teóricos e práticos referentes à organização da prática psiquiátrica.

2. As UIPHG's cresceram numericamente de modo marcante após a 2ª Grande Guerra, principalmente nos países desenvolvidos da América do Norte e Europa. Elas, entretando, vêm assumindo perfis institucionais que diferem na medida em que o contexto assistencial mais geral se modifica. Atualmente, as UIPHG's, são quase sempre apontadas como o local ideal para o tratamento de casos psiquiátricos agudos que necessitam internação breve.

3. Há uma polêmica relativa à questão de se as UIPHG's podem ou não substituir totalmente os hospitais psiquiátricos no campo da

internação psiquiátrica. Penso que o mais correto é contrapor ao modelo centrado no macrohospital psiquiátrico, uma rede assistencial organizada em vários níveis (primário, secundário e terciário), com serviços intramurais (UIPHG, hosp. psiquiátricos, emergências psiquiátricas em hospital geral, asilos, etc.), extramurais e intermediários. Isoladamente, as UIPHGs não são alternativa ao hospital psiquiátrico tradicional. Elas só se tornam uma alternativa quando integradas a uma rede assistencial do tipo acima referido.

4. No Brasil, o modelo assistencial em saúde mental tem sido, desde seu início até os dias atuais, hospitalocêntrico e segregante. Após o golpe militar de 1964, houve um processo marcante de expansão e privatização da assistência psiquiátrica. A situação atual da internação psiquiátrica, relativa à maioria da população, é de extrema má qualidade técnica, precaríssimas condições de higiene, alimentação e acomodações físicas e falta total de planejamento, avaliação, fiscalização e racionalização dos serviços. É praticamente inexistente a integração dos serviços de internação aos serviços ambulatoriais.

5. No país, as UIPHGs têm sido instaladas fundamentalmente em hospitais de ensino, resultando em experiências assistenciais interessantes. Entretanto, existem dificuldades conjunturais a nível da organização assistencial geral que impedem que tais experiências se generalizem para a assistência geral.

6. As UIPHGs têm muitas vantagens sobre os hospitais psiquiátricos tradicionais, entre as quais: propiciam uma melhor inte-

gração da assistência psiquiátrica à assistência médica geral, favorecendo melhores condições para se diagnosticar e tratar os frequentes distúrbios somáticos dos pacientes psiquiátricos; diminuem o estigma de internação psiquiátrica; favorecem uma melhor regionalização assistencial, pois por haver mais hospitais gerais do que psiquiátricos, há potencialmente mais fácil acesso aos hospitais gerais e conseqüentemente às UIPHGs.

7. As desvantagens das UIPHGs em relação aos hospitais psiquiátricos referem-se quase sempre a questões de disponibilidade de espaço físico. Faltaria às UIPHGs áreas verdes, pátios internos amplos, áreas para esportes, hortas, áreas para laborterapia, terapia ocupacional, etc. Tal limitação poderia ser superada se ao se planejar os hospitais gerais fosse reservado um espaço físico específico e adequado à UIP, de preferência no andar térreo do edifício.

No que concerne à experiência específica da UIP do HC-UNICAMP, pode-se concluir que:

8. Os três anos iniciais, de implantação e desenvolvimento da UIP mostraram que é factível e desejável o tratamento de doentes mentais agudos no âmbito de uma UIPHG. Houve, inclusive, uma significativa redução do preconceito e da rejeição à UIP, e conseqüentemente do doente mental no HC-UNICAMP.

9. Além de favorecer uma boa assistência ao doente, a UIP mostrou-se um recurso valiosíssimo no ensino de psiquiatria, tanto para alunos de medicina e enfermagem como para residentes de psiquiatria.

10. Nossa experiência mostrou que a equipe da UIPHG deve ser multidisciplinar com papéis e responsabilidades bem estabelecidos e com hierarquias flexíveis e bem explicitadas. O papel do coordenador da equipe geral e das subequipes é fundamental.

11. O grupo de pessoas atendidas nos dois primeiros anos de funcionamento foi basicamente constituído de pacientes adultos-jovens, com leve predomínio de mulheres, procedentes principalmente de Campinas e região. Os diagnósticos mais frequentes foram psicoses e depressões. O alcoolismo foi muito pouco frequente, principalmente se comparado aos hospitais psiquiátricos da região, devido provavelmente a uma seleção no processo de internação, por interesse acadêmico.

12. A duração média das internações foi de 19 dias. Trata-se de um valor baixo comparativamente aos serviços psiquiátricos tradicionais (apesar de alto para o hospital das clínicas como um todo). Tal média mostrou-se suficiente para o tratamento de episódios agudos, não se verificando altas prematuras (não houve uma política de forçar altas, evitando-se altas precipitadas). Portanto, pode-se afirmar que neste caso a proposta de internações curtas em UIPHGs para pacientes agudos foi plenamente exequível.

13. As variáveis sócio-demográficas e clínicas que mais se relacionaram a duração das internações foram: diagnóstico clínico; procedência (pacientes que residem muito longe tendem a ficar mais tempo internados); e filiação religiosa (os "crentes" tendem a ficar

menos tempo internados). A idade teve leve influência na determinação da duração das internações (pacientes mais idosos tendendo a ficar mais tempo). Desses fatores, o mais consistente (tanto pela coleta mais completa dos dados, como pelas análises estatísticas) foi o diagnóstico clínico. Diagnósticos de psicose e depressão favoreceram internações mais prolongadas e diagnósticos de neurose, distúrbios de personalidade, tentativa de suicídio e alcoolismo favoreceram internações mais curtas. Este achado pode indicar que devemos, ao planejar os serviços de internação psiquiátrica para doentes agudos, levar em conta que grupos diagnósticos diferentes tendem a ter durações de internação diferenciadas.

14. Finalizando, pode-se dizer que os resultados, tanto da leitura da literatura especializada, quanto da experiência da instalação da UIP do HC-UNICAMP, indicam claramente a atualidade e pertinência das UIPHGs. Se elas não são a solução acabada da questão da internação psiquiátrica, seguramente representam um progresso significativo no campo da assistência psiquiátrica. Estudos mais detalhados devem ser empreendidos.

ANEXO I



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNICAMP



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA

fls.01

Observação Clínica

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 Responsável - Nome e Assinatura

IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
Data do Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Ocupação Profissional: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

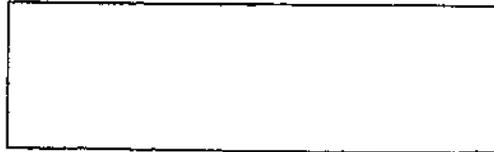
Enviado por (como e por que chegou a este serviço):

Queixa principal ou motivo da consulta:

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL (Sintomas, modo e tempo de início, características, evolução. Contexto Social, familiar, profissional no surgimento do quadro. Fatores desencadeantes. Consciência da doença. Tratamentos anteriores, etc.):

ANEXO I

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNICAMP



fls.02

INTERROGATÓRIO SOBRE DIVERSOS APARELHOS:

EXAME FÍSICO:

EXAME PSÍQUICO: Registrar os itens abaixo da forma descritiva.  
(Descrição Geral). Consciência: orientação e atenção: Pensamen  
to: curso e conteúdo do pensamento, juízo da realidade: inteli  
gência: nível intelectual, memória e senso-percepção; Psicom  
tricidade; Linguagem; Vida afetiva: humor e atitude comunicati  
va; Vivência do eu: Reações do Entrevistador:  
Expectativa do paciente e ou da família face ao tratamento:



**ANEXO I**

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNICAMP**



**Fig.04**

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

**DIAGNÓSTICO:**

**DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**ASPECTOS PSICODINÂMICOS:**

**INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:**

**PROGNÓSTICO:**

**EVOLUÇÃO:**

ANEIO II

.1.

anamnese psiquiátrica



HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UNICAMP  
- ENFERMARIA DE PSIQUIATRIA -

OBSERVAÇÃO CLÍNICA Nº / / / /  
HC / / / / / / /

A. ANAMNESE

1. Nome do examinador: \_\_\_\_\_  
Dia e hora da entrevista: \_\_\_\_\_  
Quem forneceu os dados obtidos? \_\_\_\_\_

II. IDENTIFICAÇÃO:

- a) Nome: \_\_\_\_\_  
b) Sexo (1)mas. (2)fem. c) Idade: \_\_\_\_\_  
d) Estado Civil: (1)solt. (2)casado (3)viúvo  
(4)separado judicialmente (5)separado não judicialmente  
(6)cohabitação (9)prejudicado  
e) Naturalidade: \_\_\_\_\_  
f) Procedência: \_\_\_\_\_  
g) Profissão: \_\_\_\_\_  
h) Situação profissional: (1)exerce (2)não exerce (3)aposenta  
do por tempo (4) aposentado por invalidez (5)auxílio doen  
ca (6)licença (7)outros (0)prejudicado \_\_\_\_\_  
i) Atividade atual: \_\_\_\_\_

j) Escolaridade:

- (1) analfabeto  
(2) 1º e 2º anos do 1º grau  
(3) 1º grau incompleto  
(4) 1º grau completo  
(5) 2º grau incompleto  
(6) 2º grau completo  
(7) mais que 2º grau ( )  
(0) prejudicado

## ANEXO II

.2.

anamnese psiquiátrica

l) Religião atual (dado fornecido pelo paciente, de preferência)

- (1) católica
- (2) protestante (especificar: \_\_\_\_\_ )
- (3) pentecostal (especificar: \_\_\_\_\_ )
- (4) espírita
- (5) cultos afro-brasileiros (especificar: \_\_\_\_\_ )
- (6) judaica
- (7) não tem religião
- (8) não tem religiosidade
- (9) prejudicado

m) Descrever a intensidade da prática religiosa e/ou concepção do paciente sobre o mundo:

n) Condições de moradia (tipo de casa, nº de cômodos, nº de pessoas que moram na casa, tipo de saneamento, luz, coleta de lixo, se é zona rural, urbana ou favela).

III) Quem nos encaminha: (1)APSA (2)Outro hospital ou P.S. Geral, (3) procura espontânea, (4)Centro ou Posto de Saúde Geral, (5)Hospital Psiquiátrico, (6)Ambulatório de Saúde Mental (público ou particular), (7) Serviço Social da cidade do paciente, (8)UPU-PUCC, (9)Polícia, (10)outros.

Descrever o encaminhamento: \_\_\_\_\_

IV) Queixa principal e duração: \_\_\_\_\_

V) História da Doença Atual:

- Caracterizar e ordenar no tempo os fatos relativos à doença: início, desenvolvimento dos sintomas, possíveis desencadeantes, etc.
- Se o problema é crônico, incluir as características do 1º episódio e dos posteriores e os tratamentos feitos (natureza e duração dos tratamentos e seus resultados).
- Enfocar os eventuais distúrbios de consciência, memória, atenção, fala, pragmatismo, alterações somáticas, das relações pessoais, ritmo de vida: sono, alimentação, higiene, atividades cotidianas.

## ANEXO II

.3.

anamnese psiquiátrica

- Dê as versões do acompanhante e do paciente, em relatos separados, de preferência.

## ANEXO II

.4. anamnese psiquiátrica

### VI. INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO COMPLEMENTAR

- a) Cardio-respiratório:
- b) Digestivo:
- c) Gêrito-urinário e ginecológico (c/D.U.M.):
- d) Endócrino:
- e) Neurológico:
- f) Imunológico:
- g) Osteo-articular:

### VII. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PESSOAIS

- a) Tratamentos psiquiátricos/psicoterapêuticos anteriores:

\* Número de internações psiquiátricas anteriores:

- b) Tentativa de suicídio e/ou homicídio:

- c) Outros tratamentos/consultas/hospitalizações:

- |                |        |        |                   |        |        |
|----------------|--------|--------|-------------------|--------|--------|
| d) Hipertensão | ( )sim | ( )não | i) "Crises"       | ( )sim | ( )não |
| e) Diabete     | ( )sim | ( )não | j) p/Chagas       | ( )sim | ( )não |
| f) D.S.T.      | ( )sim | ( )não | l) p/TBC          | ( )sim | ( )não |
| g) T.C.E.      | ( )sim | ( )não | m) p/Esquist.     | ( )sim | ( )não |
| h) Convulsões  | ( )sim | ( )não | n) p/Cisticercose | ( )sim | ( )não |

\* Comentar o antec. positivo:

Hábitos: (intensidade, duração, há quanto tempo parou, se foi o caso, e confiabilidade da informação):

- o) uso de álcool:
- p) uso de drogas
- q) adição a medicamentos:
- r) tabagismo:
- s) uso de cafeína:

## ANEXO II

.5.

anamnese psiquiátrica

### VIII. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIAIS

a) Há distúrbios psiquiátricos em consanguíneos? Descreva-lo(s)

b) Outros distúrbios de saúde em consanguíneos:

c) Antecedente em não consanguíneos:

d) Heredograma:

### IX. HISTÓRIA DE VIDA

Fazer relato sobre gestação, infância, adolescência, vida adulta: como foi a vida do paciente nestes períodos, como era visto pelos parentes, seus hábitos, os fatos mais importantes na vida da família. Sexualidade. Aspectos sócio-econômicos. Vida atual: moradia, recreação, a composição e as relações familiares, os suportes ambientais. Religiosidade. Descrever a ocupação atual, o grau de satisfação do paciente, sua inserção na produção, nº de horas de trabalho (total: transporte, etc.), rendimento médio.

(use o verso da página para o relato)

ANEXO II

.6. anamnese psiquiátrica

b) Eventos de Vida (anotar no verso se o espaço da última coluna não for suficiente):

Evento	Sim = X	Com qual idade, há quanto tempo, quantas vezes, em que situação de vida, como o paciente sentiu o fato.
1. Morte do Pai/Mãe	( )	_____
2. Separação dos pais	( )	_____
3. Afastamento de casa	( )	_____
4. Mudança de residência	( )	_____
5. Casamento ou equiv.	( )	_____
6. Separação conjugal/crises	( )	_____
7. Morte de cônjuge/parc.	( )	_____
8. Novo casamento/reconc.	( )	_____
9. Doença	( )	_____
10. Nascimento do filho	( )	_____
11. Entrada de nova pessoa em casa ou na família	( )	_____
12. Saída de filho de casa	( )	_____
13. Morte de filho	( )	_____
14. Demissão	( )	_____
15. Novo emprego	( )	_____
16. Nova ocupação no trabalho	( )	_____
17. Aposentadoria	( )	_____
18. Processos/prisões	( )	_____
19. Mudança de nível de renda	( )	_____
20. Dívidas/crises financeiras	( )	_____
21. Gravidez	( )	_____
22. Acidentes/crimes/tragédias	( )	_____
23. Aborrecimento grave	( )	_____
24. Início/término de estudos	( )	_____

## ANEXO II

.7.

anamnese psiquiátrica

### B. EXAME PSÍQUICO

I. Descrever o estado mental atual.

II. Sûmula Psicopatológica:

III. Aspectos Contratransferenciais:

## ANEXO II

8.

escala psiquiátrica

ELANI PSÍQUICO - AMRIP

IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA

Ausente Leve Médio Intenso Muito a Declarar	Ausente Leve Médio Intenso Muito a Declarar	Ausente Leve Médio Intenso Muito a Declarar
<b>( ) DISTÚRBIOS DA CONSCIÊNCIA</b>		
1. Diminuição da Consciência ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	34. Percepção Delirante ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	72. Sentimentos de Sobrestimacão ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
2. Turvação da Consciência ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	35. Intuição Delirante ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	73. Sentimentos de Culpa ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
3. Estreitamento da Consciência ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	36. Idéias Delirantes ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	74. Sentimentos de Ruína ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
4. Aumento da Consciência ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	37. Delírio Sistematizado ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	75. Ambivalência Afetiva ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
<b>( ) DISTÚRBIOS DA ORIENTAÇÃO</b>		
5. Desorientação no tempo ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	38. Dinâmica Delirante ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	76. Paralúmin(Afetos Paradoxais) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
6. Desorientação no espaço ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	39. Delírio de Referência ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	77. Labilidade Afetiva ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
7. D. com respeito à situação ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	40. Delírio de Prejuízo e de Perseguição ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	78. Incontinência Afetiva ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
8. D. com respeito à própria pessoa ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	41. Delírio de Clime ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	79. Rápidez Afetiva ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
<b>( ) DISTÚRBIOS DA ATENÇÃO E DA MEMÓRIA</b>		
9. Distúrbios da Aprendizagem ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	42. Delírio de Culpa ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>( ) DISTÚRBIOS DOS IMPULSOS E DA PSICOVIGILÂNCIA</b>
10. Distúrbios da Concentração ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	43. Delírio de Ruína ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	80. Pobreza de Impulsos ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
11. Dist. da Capacidade de Fixação ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	44. Delírio Hipocôndrico ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	81. Inibição dos Impulsos ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
12. Dist. da Capacidade de Evocação ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	45. Delírio de Gravidez ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	82. Aumento da Impulsividade ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
13. Confabulações ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	46. Outros Conteúdos de Delírio ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	83. Inibição Motora/Apliação Psicomotora ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
14. Parafasias ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>( ) DISTÚRBIOS DA SENSOPERCEÇÃO</b>	
<b>( ) DISTÚRBIOS FORMAIS DO PENSAMENTO</b>		
15. Inibido ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	47. Ilusões ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	84. Parafasias ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
16. Lentificado ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	48. Alucinações Auditivas Verbais ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	85. Manicrismo ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
17. Prolixo ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	49. Outras Alucinações Auditivas ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	86. Teatralidade ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
18. Pobreza de Pensamento ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	50. Alucinações Visuais ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	87. Mutismo ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
19. Perseveração ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	51. Alucinações Tactéis ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	88. Logorria ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
20. Ruidação/Idéias Fixas ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	52. Alucinações Gustativas e Olfativas ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>( ) VARIANTES CIRCUITANAS</b>
21. Aceleração do Pensamento ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>( ) DISTÚRBIOS DA CONSCIÊNCIA DO EU</b>	
22. Fuga de Idéias ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	53. Desrealização ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	89. Agravamento pela manhã ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
23. Pararrespostas ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	54. Despersonalização ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	90. Agravamento à tarde ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
24. Bloqueios/Interceptação do Pensamento ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	55. Difusão do Pensamento ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	91. Melhora à tarde ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
25. Incoerência/Desagregação ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	56. Subtração do Pensamento ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>( ) OUTROS DISTÚRBIOS</b>
26. Neologismos ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	57. Imposição de Pensamentos ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	92. Diminuição da Sociabilidade ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
<b>( ) OBSESSÕES, COMPULSÕES, FÓBIAS</b>		
27. Desconfiança ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	58. Outras Vivências de Influências Estranhas ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	93. Aumento da Sociabilidade ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
28. Hipocôndria (não delirante) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>( ) DISTÚRBIOS DA AETIVIDADE</b>	
29. Fobias ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	59. Perplexidade ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	94. Agressividade ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
30. Pensamentos Obsessivos ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	60. Sentimentos da falta de Sentimentos ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	95. Suicidalidade ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
31. Impulsos Obsessivos ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	61. Pobreza de Afetos ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	96. Autoagressividade ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
32. Compulsões ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	62. Distúrbios Afetivos Vitais ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	97. Ausência de Sentimentos de Doença ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
<b>( ) DELÍRIO</b>		
33. Humor Delirante ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	63. Depressão ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	98. Ausência de Consciência de Doença ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
	64. Desesperança ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	99. Recusa de Tratamento ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
	65. Angústia/Ansiedade ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	100. Necessidade de Cuidados Especiais ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
	66. Euforia ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	01. Inpativismo ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
	67. Disforia ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	02. Puérilismo ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
	68. Irritabilidade/Tensão ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>( ) GRAU DE CERTEZA DOS ADIADOS</b>
	69. Inquietação Interna ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
	70. Lúria/Propensão a Queixas ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<b>( ) DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL</b>
	71. Sentimentos de Insuficiência ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
		Dist. Int. Congênitos ( )
		Dist. Int. Adquiridos ( )

ANEXO II

anamnese psiquiátrica

.9.

C. EXAME FÍSICO

I. Geral:

P.A.:

Pulso:

Temp.:

Peso:

II. Especial:

## ANEXO II

.10. anamnese psiquiátrica

### D. DIAGNÓSTICOS

I. Impressão diagnóstica após atendimento no P.S. Tentar uma aproximação diagnóstica sindrômica e, se possível, nosológica. Justificar.

II. Impressão diagnóstica depois de ter em mãos a maior parte dos dados desta Observação Clínica. Justificar. Tente enquadrar na CID-IX E CID-X. (Diagnóstico de entrada)

Código: CID-IX ( / / / / ) CID-X ( / / / / )

III. Diagnóstico por ocasião da alta hospitalar (CID-IX E CID-X). Justificar. (Diagnóstico de saída)

Código: CID-IX ( / / / / ) CID-X ( / / / / )

E. Observações sobre este paciente, por ocasião da alta, que a equipe julgue como importantes (impressão sobre o significado do adoecer para o paciente e a família, sobre sua oportunidade de se reintegrar socialmente, etc.).

F. Encaminhamento: (1) Transferência para outra enfermaria, (2) Ambulatório Psiquiátrico/HIC, (3) para residência, sem acompanhamento, (4) UPU-PUCC, (5) Ambulatório de Saúde Mental, (6) Posto de Saúde, (7) Consultório Particular, (8) Outro serviço de internação psiquiátrica, (9) Outro.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	8
------------------	---

### PARTE I

ASPECTOS GERAIS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. E AS UIPHGs .....	14
CAPÍTULO 1. ESBOÇO HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA AOS DOENTES MENTAIS .....	15
1.1. A Formação do Complexo Assistência Psiquiátrico ....	17
1.2. Evolução da Assistência Psiquiátrica no Brasil .....	36
Referências .....	45
CAPÍTULO 2. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA. EPIDEMIO- LOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS .....	48
2.1. Frequência dos Distúrbios Mentais .....	49
2.2. Busca e Utilização de Serviços Médicos e de Saúde Mental .....	51
2.3. Variáveis Sócio-Demográficas e Doença Mental .....	53
2.4. Variações Históricas Recentes da Epidemiologia das Doenças Mentais .....	61
2.5. Problemática Atual da Assistência Psiquiátrica .....	62
2.6. A Questão da Necessidade de Leitos Psiquiátricos ...	64

2.7. Alguns Aspectos da Assistência Psiquiátrica no	
Brasil, Estado de São Paulo e Campinas .....	67
Referências .....	80

CAPÍTULO 3. A CONSTRUÇÃO DAS UIPHG: DOS PRIMÓRDIOS AOS DIAS

ATUAIS .....	84
--------------	----

3.1. Panorama Geral .....	85
3.2. As UIPHGs em Diferentes Contextos .....	88
3.2.1. EUA .....	88
3.2.2. Inglaterra .....	92
3.2.3. A Reforma Psiquiátrica Italiana .....	96
3.2.4. Países do 3º Mundo .....	103
Referências .....	113

CAPÍTULO 4. QUESTÕES ESPECÍFICAS E "INTERNAS" DAS UIPHGs .....

4.1. População Alvo .....	122
4.2. Critérios de Internação .....	125
4.3. Duração da Internação .....	129
4.4. A Questão da Violência nas UIPHGs .....	135
4.5. Voluntários x Involuntários, Unidades Abertas x	
Trancadas .....	139
4.6. Os Modelos Terapêuticos das Internações	
Psiquiátricas .....	140
4.7. Os Modelos Terapêuticos Hoje .....	147
4.8. Questões Relacionadas ao Espaço Físico .....	149
4.9. A Equipe Terapêutica .....	153

6.3.2. Cruzamento de Algumas Variáveis .....	234
6.3.3. Estudo Detalhado da Variável "Número de Dias de Internação" .....	242
6.4. Conclusões .....	254
Quadros, Tabelas e Gráficos do Cap. 6 .....	256
Referências .....	286
CONCLUSÕES .....	287
ANEXOS I E II .....	293
ÍNDICE .....	307

FIM

4.10.As Unidades de Internação Psiquiátrica	
e seu Relacionamento com o Hospital Geral .....	161
4.11.Processo de Implantação de Unidades de Internação	
Psiquiátrica em Hospitais Gerais.....	165
4.12.AS UIPHGs, o Ensino e a Pesquisa .....	172
4.13.Psiquiatria e Medicina. Integração ou Assimilação..	175
4.14.A UIPHG Comparada com o Hospital Psiquiátrico.....	178
Referências .....	182

## PARTE II

RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA. A UIP DO HC-UNICAMP, SEU	
PERFIL E SUA CLIENTELA .....	191
 CAPÍTULO 5. A DESCRIÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA .....	192
5.1. Origem e Evolução da UIP do HC-UNICAMP .....	194
5.2. A UIP do HC-UNICAMP em Funcionamento .....	201
Referências .....	218
 CAPÍTULO 6. ESTUDO DE 300 INTERNAÇÕES NOS DOIS PRIMEIROS ANOS	
(ESTUDO DE CASUÍSTICA) .....	219
6.1. Apresentação .....	220
6.2. Aspectos Metodológicos .....	221
6.3. Resultados .....	223
6.3.1. Descrição e Discussão das Variáveis	
Isoladamente .....	224