

**KARIME PETERMANN CHOUERI MISKULIN**

***AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO  
DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL***

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso  
de Pós-Graduação em Saúde Mental da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas, para obtenção do título  
de Mestre em Medicina na área de Saúde Mental*

***ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Adélia Jorge Mac Fadden***

**Campinas**

**1998**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

**B687a**

**Miskulin, Karime Petermann Choueiri**

**Avaliação de um programa de atendimento domiciliar em saúde mental / Karime Petermann Choueiri Miskulin. Campinas, SP : [s.n.], 1998.**

**Orientador: Maria Adélia Jorge MacFadden**

**Tese ( Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.**

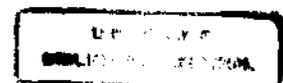
**1. Saúde mental. 2. Lar. I. Maria Adélia Jorge MacFadden . II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.**

**KARIME PETERMANN CHOEIRI MISKULIN**

***AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ATENDIMENTO  
DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL***

**Campinas**

**1998**



---

## **Banca examinadora da Dissertação de Mestrado**

---

---

**Orientador: Prof. Dr. Maria Adélia Jorge Mac Fadden**

---

---

### **Membros:**

---

**1. Prof. Dr. Maria Adélia Jorge Mac Fadden**

**2. Prof. Dr. Hélio de Oliveira Santos**

**3. Prof. Dr. Isaac Germano Karniol**

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data: 07/08/98**

---

## *Dedicatória*

*Ao meu marido, Márcio, pelo carinho e incansável apoio na realização deste trabalho.*

*A Aline, filha querida, de quem roubei momentos preciosos durante a elaboração desta pesquisa.*

*Aos meus pais, pelo incentivo e ajuda em todos os momentos da minha vida.*

*Aos meus pacientes, com os quais muito aprendi.*

## *AGRADECIMENTOS*

---

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Adélia Jorge Mac Fadden, que orientou esta tese sempre com disponibilidade, dedicação e inestimável colaboração.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilisa Berti Azevedo Barros, que direcionou diversas fases deste trabalho com sua vasta experiência e atenção.

Ao Prof. Dr. Hélio de Oliveira Santos, Secretário de Saúde da Prefeitura Municipal de Hortolândia na época da elaboração do Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental (PADO), cuja credibilidade e apoio foram fundamentais na criação deste.

À querida amiga Mônica Collares de Oliveira Lima, pelos valiosos ensinamentos que muito me ajudaram.

À Berenice Rosa Francisco, cuja generosidade aliada a sua competência, proporcionou a realização do Programa (PADO).

Ao Prof. Dr. Dorgival Caetano, cujo incentivo contribuiu para o início desta pesquisa.

À Irma Block Teixeira, secretária da Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da UNICAMP, sempre disponível e atenciosa.

À Prof.<sup>a</sup> Marília M. Braidá pela importante ajuda na correção deste trabalho.

À Cíntia dos Reis Paranho pela contribuição na realização do PADO.

Aos profissionais da equipe multidisciplinar, sem os quais não seria possível a concretização do Programa (PADO).

*“Não se aprende, Senhor, na fantasia,  
sonhando, imaginando, ou estudando, senão  
vendo, tratando e pelejando.”*

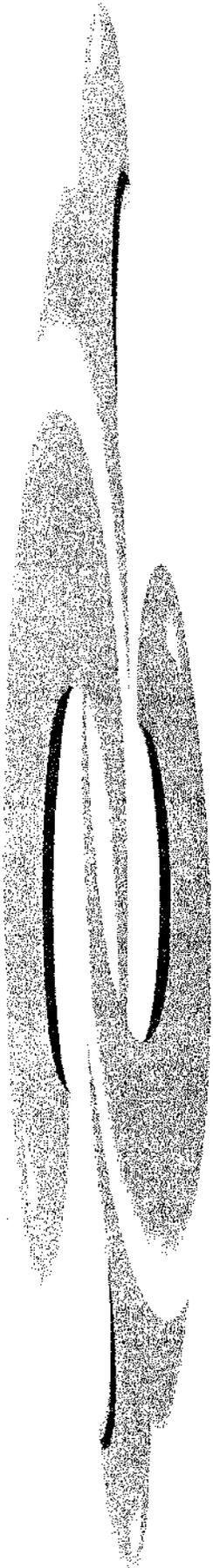
*(Os Lusíadas - Camões)*

	PÁG.
<b>RESUMO</b> .....	<i>i</i>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1. Justificativa.....	2
1.2. Revisão da literatura.....	3
1.3. Pressupostos conceituais.....	26
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	28
2.1. Objetivo geral.....	29
2.2. Objetivos específicos.....	29
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	30
3.1. Material.....	32
3.2. Procedimentos.....	35
<b>4. RESULTADOS</b> .....	37
<b>5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	43
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	52
<b>7. SUMMARY</b> .....	55
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	57
<b>9. FONTES CONSULTADAS</b> .....	67
<b>10. ANEXOS</b> .....	71

## ***LISTA DE TABELAS***

---

	PÁG.
Tabela 1: Pacientes atendidos no PADO.....	38
Tabela 2: Pacientes com indicação de internação.....	38
Tabela 3: Adesão das famílias ao PADO.....	39
Tabela 4: Distribuição dos pacientes quanto ao sexo.....	39
Tabela 5: Distribuição dos pacientes quanto à faixa etária.....	40
Tabela 6: Distribuição dos pacientes quanto à escolaridade.....	40
Tabela 7: Distribuição dos pacientes quanto ao estado civil.....	41
Tabela 8: Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico.....	41
Tabela 9: Distribuição dos pacientes quanto ao número de internações psiquiátricas anteriores.....	42
Tabela 10: Encaminhamento dos pacientes após a primeira visita domiciliar.....	42



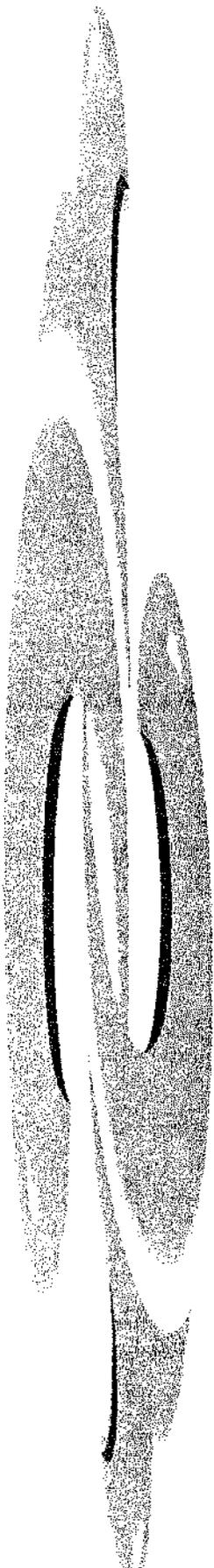
***RESUMO***

A desinstitucionalização dos doentes mentais tem apresentado dificuldades devido à ineficácia dos programas de reinserção social. Serviços comunitários aptos a substituir o hospital não foram criados em medida suficiente em nenhum país. O presente estudo tem como objetivo avaliar uma nova alternativa de tratamento em Saúde Mental no Brasil, o Programa de Atendimento Domiciliar (PADO), realizado no município de Hortolândia, estado de São Paulo.

Utilizando como método a pesquisa-ação, temos como material de estudo o PADO e, como procedimento, realizamos a avaliação da eficácia do Programa acompanhando um subgrupo de 35 pacientes psicóticos, atendidos no período de 2 anos. O Programa consiste em atendimentos domiciliares realizados por uma equipe multidisciplinar, composta por: uma psiquiatra, uma psicóloga, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Para os critérios diagnósticos, utilizamos a Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento do Código Internacional de Doenças (CID-10). Pacientes auto e heteroagressivos são atendidos pela equipe e medicados em suas próprias casas em esquema emergencial. No caso de internações, utilizamos o Protocolo de Internação da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Para a avaliação do PADO, comparamos as indicações de internações psiquiátricas com as realmente efetivadas. Também é verificada a adesão dos pacientes e respectivas famílias ao tratamento proposto, em acompanhamento por 2 anos no Programa.

Os resultados mostram que 17 (48,57%) pacientes apresentaram indicações de internação psiquiátrica, porém somente 5 (29,41%) foram internados; portanto, foram evitadas 12 (70,59%) internações; 19 (54,29%) pacientes aderiram prontamente ao PADO, mas 16 (45,71%) necessitaram de outras visitas para aceitar o atendimento. Das famílias, 13 (60%) aderiram de imediato, porém 14 (40%) não o fizeram.

O Programa avaliado mostra que apresenta eficácia no sentido da adesão de pacientes e famílias ao tratamento proposto, além de evitar internações. Apresenta-se como uma nova modalidade de tratamento em Saúde Mental, favorecendo a recuperação do paciente em seu próprio lar e auxiliando as famílias a compreender seus doentes psiquiátricos e a lidar melhor com eles.



## ***1. INTRODUÇÃO***

## 1.1. JUSTIFICATIVA

Um modelo de atenção em saúde expressa a organização de diferentes equipamentos prestadores de serviços à população em um sistema coerente, onde cada equipamento tem suas funções e a complexidade de suas ações definidas, inter-relacionando-se em todos os sentidos, com planejamento de ações e gerenciamento em nível local, regional e geral.

Na perspectiva de dar respostas mais efetivas de atendimento em saúde mental a uma população que, por motivos diversos, não consegue obter atenção nas unidades convencionais de saúde, foi desenvolvido um trabalho de atendimento domiciliar a pacientes psiquiátricos na cidade de Hortolândia - SP.

Os principais problemas encontrados pelos doentes mentais, na comunidade, têm sido o de se adaptarem ao nível social e ocupacional e de manterem a adesão ao tratamento medicamentoso; esses problemas são atribuídos às condições ineficazes do processo de reinserção social dos doentes mentais, tais como: falta de acompanhamento freqüente e adequado dos pacientes, interrupção do tratamento medicamentoso, falta de centros ocupacionais adequados, ausência de um suporte social satisfatório, ausência de equipes volantes para acolher o paciente em momentos de crise, falta de atendimento adequado às famílias dos pacientes, falta de continuidade do acompanhamento e de integração dos diversos serviços comunitários (Bandeira, 1.993).

O atendimento domiciliar em saúde mental surge como uma nova alternativa de tratamento psiquiátrico, consultando o paciente em seu próprio lar, quando em surto (hetero, auto-agressivo ou suicida), prevenindo as internações, controlando as medicações, conscientizando e orientando paciente e família sobre a doença mental, além de oferecer um serviço ambulatorial de apoio na comunidade. Também se faz necessário o atendimento a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos (aqueles que obtiveram alta hospitalar), deficientes físicos, idosos e deficientes mentais graves que não tenham acesso aos serviços convencionais de saúde; ou mesmo pacientes e famílias resistentes a tratamento.

O alto custo das hospitalizações e reinternações freqüentes e a busca da reversão do antigo modelo para consolidação do atual modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-americana de Saúde são fatores importantes na busca de uma nova

alternativa de tratamento. A interação de grupos multiprofissionais (assistente social em saúde mental, agentes comunitários de saúde, representantes de comunidade), no sentido da prevenção e orientação ao tratamento de pacientes dependentes de álcool e drogas, assim como outras patologias, visa a reinserção dos pacientes na família e na sociedade.

Existem poucos estudos correspondentes a esse tipo de atendimento na literatura mundial. No Brasil, este é um dos primeiros programas de atendimento domiciliar em saúde mental, realizado de forma a atender, medicar e orientar pacientes e famílias em suas próprias casas, de acordo com as necessidades individuais de cada caso.

## **1.2. REVISÃO DA LITERATURA**

A convergência de uma série de fatores sociais e econômicos, desde os anos 50, contribuiu para desencadear, em vários países, todo um processo de construção de uma nova política de saúde mental, em que o doente mental não era mais visto como um indivíduo necessitando da proteção de um asilo, mas, ao contrário, era visto como alguém que estava se prejudicando com ele. Em particular, o movimento humanitário de contestação com relação às péssimas condições de vida nos hospitais psiquiátricos superlotados, incentivados por vários escritores, assim como causas ganhas por advogados de pacientes psiquiátricos e movimentos de ativistas de direitos civis contribuíram para criar uma nova consciência do problema (Schepper-Hughes, 1988).

Os efeitos negativos da hospitalização, tais como a apatia, a perda da capacidade de trabalho, o déficit da competência social, a perda da autonomia já tinham se tornado características divulgadas e reconhecidas amplamente como uma “neurose institucional” ou efeito secundário da hospitalização, ou seja, uma segunda doença que se adicionava ao problema inicial. Além disso, com o advento dos medicamentos psicotrópicos, a doença mental tornou-se um problema controlável, na sua sintomatologia positiva, para uma grande maioria dos pacientes, possibilitando o tratamento fora do hospital e contribuindo para o desenvolvimento de um maior sentimento de segurança por parte da sociedade em geral. A tolerância da sociedade em relação ao doente mental aumentou, então, consideravelmente, na Inglaterra, em particular, onde a psiquiatria social já vinha se desenvolvendo, o que proporcionou o processo de desinstitucionalização desde os meados de 1955 e a sua legalização

já em 1959, com a instituição de nova Lei de Saúde Mental, com bases numa ação comunitária. Com efeito, essa nova lei atribuía às autoridades locais a responsabilidade de fornecer assistência aos doentes mentais. Na Itália, por outro lado, os fatores social, e sobretudo, político e ideológico contribuíram em grande parte para o movimento de desinstitucionalização, que se desenvolveu tardiamente nos anos 60, juntamente com uma série de outras reformas sociais. Estes fatores contribuíram também para a sua legalização, que foi estimulada pelo partido radical e aprovada pelos dois maiores partidos políticos no poder em 1.978. No Québec, este movimento surgiu, juntamente com outras reformas sociais, no que se convencionou chamar de “Revolução Tranqüila” (Bandeira, 1.991).

O fator econômico também pesou muito na legalização do processo de desinstitucionalização, sobretudo dos Estados Unidos, que instituiu em 1963 uma nova política oficial de saúde comunitária, em vista dos custos excessivos e cada vez maiores do Estado com os hospitais psiquiátricos, assim como a previsão de um aumento adicional deste custo, devido à necessidade de reformas dos espaços físicos das instituições em decrepitude. Procurou-se, então, acomodar as necessidades de atendimento aos doentes mentais de uma forma que fosse menos onerosa para o Estado (Shadigh, 1.984).

Paralelamente à retirada dos pacientes dos hospitais psiquiátricos, procurou-se desenvolver ao longo desses anos, embora não suficientemente, uma série de serviços e recursos comunitários, como alternativas ao tratamento hospitalar. Em consequência, o número de casos clínicos tratados fora dos hospitais psiquiátricos tem crescido cada vez mais nos Estados Unidos, desde meados dos anos 50, e no Canadá, desde os anos 60. No Canadá, por exemplo, observa-se uma redução de 47.633 a 15.011 leitos psiquiátricos de 1.960 a 1.971 (Richman, 1.983), seguido de uma redução de 50% no período seguinte, de 1.972 a 1.978 (Barnes & Toews, 1.985). Nos Estados Unidos, Kiesler (1.982) observa, por exemplo, que no período de 20 anos, decorridos entre 1.955 e 1.975, o número de episódios clínicos tratados fora dos hospitais aumentou quase 20 vezes. A proporção de casos de saúde mental tratados fora dos hospitais aumentou de 23%, em 1.955, para 77% em 1.975. Entretanto, estas estatísticas não devem ser mistificadas, pois também houve um aumento de 34% de casos tratados em instituições neste mesmo período, excedendo a taxa de crescimento da população, o que diminui bastante o impacto dos dados anteriores (Bandeira, 1.991).

Neste processo de desinstitucionalização, foram criados 600 Centros Regionais de Saúde Mental Comunitária, até 1.980, e 100 centros adicionais estavam em construção nesta época. Cada Centro Comunitário estava destinado a servir uma população de 75.000 a 200.000 pessoas, sendo composto de equipes multidisciplinares com uma média de 4 psiquiatras e 8 psicólogos. Foram também criadas pequenas unidades psiquiátricas nos hospitais gerais para curtas internações (Bender, 1.978).

Na Itália, desde o início do movimento de desinstitucionalização, em 1.968, até 1.977, observou-se uma diminuição de 40% dos casos clínicos hospitalizados. Depois da legalização do sistema de saúde mental comunitário, em maio de 1.978, observou-se uma diminuição adicional de 18% de casos clínicos hospitalizados, até 1.982. Notou-se, igualmente, neste mesmo período, uma diminuição de internamentos compulsórios da ordem de 60%. Centros de Saúde Mental Comunitária foram criados para servir regiões contendo uma população de aproximadamente 70.000 indivíduos, numa base de intervenção de crise no local ou na casa do paciente, segundo a necessidade (Mosher, 1.988). Somente um número limitado de leitos era permitido nestes centros, para casos de curtas internações. Alas psiquiátricas de 15 leitos, no máximo, foram criadas em hospitais gerais para o mesmo fim (Kinoshita, 1.987).

Em dezembro de 1.978 chegou-se à Lei da Reforma Sanitária, número 833 (Daker, 1.987). Dentre seus princípios: “A República exerce tutela sobre a saúde como fundamental direito do indivíduo e interesse da coletividade mediante o Serviço Sanitário Nacional. O Serviço Sanitário Nacional é constituído pelo conjunto das funções, das estruturas, dos serviços e das atividades destinadas à promoção, à manutenção e à recuperação da saúde física e psíquica de toda a população, sem distinção de condições individuais e sociais, e segundo modalidades que assegurem a igualdade dos cidadãos diante do serviço”. A lei 833 articula o Serviço Sanitário sob três níveis: nacional ou central, regional e local (municípios e Unidades Sanitárias Locais). A competência quanto à intervenção sanitária e hospitalar, exceto as expressamente reservadas ao Estado e às regiões, cabe aos municípios. Esta é a norma fundamental da Reforma, fundamental à medida que realiza o princípio da territorialização dos serviços, individualizando um único ente público, e o mais ligado às necessidades da comunidade, capaz de exercer todas as funções sanitárias em um determinado âmbito territorial, superando a fragmentação das várias entidades mutualistas. São unificadas as

prestações e integradas umas às outras, de modo a se melhorar conjuntamente a eficácia do sistema. Pretende-se, ainda, transformar a intervenção sanitária de curativa à preventiva e estabelecer laços com outros setores públicos que têm relação com o estado de saúde dos cidadãos: Urbanismo, Transporte, Assistência Social. “A Reforma Psiquiátrica italiana não veio de uma iniciativa do Estado que, fazendo próprios os princípios de uma vanguarda, os desvia, antecipando-os como modelo organizativo. Pelo contrário, foi antecipada pela organização de um movimento construído exaustivamente durante anos, expondo-se a cada tipo de crítica. Só por isso, as lutas conduzidas pelo movimento italiano se refletiram nas lutas sociais, como luta por direitos civis e luta contra a marginalização social; mas, em geral ainda, como luta para direito à saúde contra todas aquelas instituições que a negam” (Basaglia & Gallio, 1.979). Mas, atingir mudanças completas no setor é um processo muito complexo; quando se investia contra o hospital psiquiátrico tratava-se, além da sensibilização da opinião pública, de reelaborar de modo unitário ou global toda a política de assistência, colocando em crise estruturas corporativas médicas consolidadas, inércias e interesses do mercado psiquiátrico, assim como ir além do hospital psiquiátrico e envolver os hospitais gerais, catedrais não menos isoladas, concêntricas e clientelistas. “A reforma da assistência psiquiátrica, de fato, é e permanece ainda estreitamente vinculada à Reforma Sanitária” (Basaglia *et al.*, 1.979). O sucesso do movimento psiquiátrico não se deu isoladamente, isto é, muito provavelmente não teria ocorrido apenas por suas próprias forças mas somado às outras forças, resultando em diversas mudanças verificadas na sociedade italiana na década de 70. A lei 180 (maio de 1.978) vem aprovada para se evitar o extremo de um plebiscito para anular ou não a lei de 1.904, que legaliza o manicômio. “A lei 180 não representa, portanto, nem uma rendição do Estado, frente às pressões do movimento, nem uma vitória para este último: ela simplesmente abre um novo ciclo histórico, no qual se tratará de verificar, para os políticos, a efetiva vontade de executá-la e generalizá-la e, para os técnicos, de medir-lhe os princípios no terreno das realizações práticas” (Basaglia *et al.*, 1.979). A lei 180 foi elaborada prevendo-se sua inserção, meses após, na lei da Reforma Sanitária (833). Naturalmente não faltaram críticas à Reforma Psiquiátrica e à lei 180, inclusive por parte do próprio meio psiquiátrico. Dentre elas:

- Aumento da recidiva das internações, devido à duração geralmente curta e insuficiente destas.
- Maior risco de cronificação, devido à tendência de se evitar uma terapia hospitalar precoce mais tempestiva nos devidos casos.
- Ausência de solução no caso dos pacientes crônicos que não se sujeitam a ir voluntariamente para algum tipo de colônia, e que não possuam família ou não possam permanecer com ela. São os “barbones” (“barbudos”) das ruas, que geram problemas ou acabam por sofrer acidentes ou mesmo por suicidar-se.
- Prisões de pacientes e mais encaminhamentos ao manicômio judiciário (instituição ainda legal).
- O risco de suicídio nos deprimidos seria maior, devido à tendência de não se hospitalizar, inclusive devido ao número fixo e reduzido de leitos disponíveis.
- Aumento dos trâmites burocráticos (solicitações, autorizações etc.).
- Manter o paciente confinado numa enfermaria comum de hospital geral.
- Os custos para o suprimento de uma adequada assistência, nos moldes da lei, seriam elevados.
- Diminuição das devidas responsabilidades que os psiquiatras e enfermeiros deveriam ter pelos pacientes (Daker, 1.987).

Na Inglaterra, a diminuição dos casos clínicos hospitalizados foi tão acentuada, já por volta de 1.955, que se calculou para os 10 anos seguintes uma baixa de quase metade da população hospitalar, cálculo sobre o qual se baseou o Plano de Dez Anos. Na verdade, observou-se uma diminuição de 28% de casos clínicos hospitalizados, entre 1.954 e 1.971. Os serviços comunitários cresceram e as acomodações proporcionadas pelas autoridades locais elevaram-se de 115.000, em 1960, para 140.000, em 1.963 (Bandeira, 1.991).

Todo este deslocamento do atendimento aos doentes mentais em unidades menores na comunidade foi, evidentemente, promovido por agentes sociais não vinculados ao trabalho de cientistas sociais, como acontece geralmente nas mudanças sociais. Isto reflete

provavelmente que o motor e a razão deste movimento estavam longe de preocupações com a eficácia de tratamentos, mas se relacionavam mais com questões de ordem econômica ou política. Somente *a posteriori*, pesquisas foram realizadas com o objetivo de avaliar a eficácia relativa destas duas formas de tratamento, hospitalização *versus* programas alternativos comunitários. Felizmente os resultados têm demonstrado, em geral, a superioridade dos programas alternativos comunitários ou uma igualdade entre os dois.

Kiesler (1.982), numa revisão de literatura envolvendo 10 pesquisas que respeitam o critério metodológico de designação randômica dos sujeitos aos grupos experimental e de controle, mostra resultados encorajadores. Com efeito os programas alternativos apresentam todos um custo de serviço muito mais baixo e em vários casos uma superioridade de resultados, com relação a variáveis tais como: tempo de permanência na comunidade sem recidiva, ou seja, sem re-hospitalizações; maior frequência no trabalho e em atividades escolares. O referido autor acrescenta a constatação de que o melhor predito de reinternações é o número de hospitalizações prévias, o que equivale a dizer que se trata de um processo que se auto-eterniza. O autor conclui que os programas comunitários são, portanto, uma alternativa certamente mais econômica e, algumas vezes, mais eficaz.

Harding *et al.* (1.987), num estudo longitudinal de acompanhamento a longo prazo de 269 doentes mentais graves, que foram desinstitucionalizados por volta de 1.955, observam que 70% deles continuavam fora do hospital, dez anos depois. Uma avaliação realizada vinte e cinco anos depois, com 262 dos pacientes, mostrou, através de protocolos de entrevistas construídos a partir de escalas, que 50 a 75% destes pacientes apresentavam uma melhora considerável. Em ambas as avaliações, constatou-se que estes pacientes sofreram constantes reinternações ou recidivas. O mesmo autor observa que é necessário um "follow-up" prolongado para avaliar adequadamente a reinserção de pacientes há tanto tempo hospitalizados.

Fazendo um levantamento das pesquisas realizadas nesta área, Barnes *et al.* (1.983) concluem que os resultados positivos são consistentes de um estudo a outro, apesar das diferenças dos métodos de tratamento alternativo utilizados. Porém, embora se observe uma consistência de resultados, vários problemas metodológicos afetam a validade interna e externa destes dados. Por exemplo, na grande maioria das pesquisas, os "follow-ups" são geralmente

curtos demais para avaliar o verdadeiro impacto do programa. Com efeito, já foi observado que a taxa de readmissão dos doentes mentais aumenta muito (de 30 a 75%) com o tempo passado (de 6 meses a 5 anos) desde sua desinstitucionalização (Bandeira, 1.991). Além disto, muitos estudos mostram que as diferenças entre os grupos experimental e de controle se mantêm durante o período de tratamento, com o acompanhamento intenso e, em seguida, diminuem com o tempo, as vantagens do grupo experimental, tanto que, algumas vezes não se observa nenhuma diferença (Pasamanick, Scorpatti, Dinitz, 1.967; Davis, 1.975; Fenton & Tessier 1.979; Kiesler, 1.982). A duração do “follow-up” ou o momento de colher os dados influenciaria, assim, os resultados obtidos.

Os tipos de sistemas comunitários mais adotados nos diversos países variam, segundo as características culturais de cada um. Nos Estados Unidos, apesar de uma ampla variedade de programas, predomina o que corresponde melhor à cultura norte-americana: o sistema dos “Nursing Homes” (Kiesler, 1.982). Por exemplo, dados da NIMH (National Institute of Mental Health) mostram que, em 1.969, 75% dos doentes mentais estavam em instituições e se encontravam nos “Nursing Homes”. Shadigh (1.984) observa que esse sistema se tornou o mais amplamente utilizado, devido ao fato de refletir valores básicos da sociedade em que se insere, tais como: profissionalismo, individualismo, pragmatismo, preocupação com o aspecto lucrativo, assim como respeito pela intolerância das famílias da sociedade em geral em relação aos doentes mentais. Em outras palavras, um serviço que difere pouco do hospital psiquiátrico tradicional.

A experiência italiana, comparativamente à americana, mostrou que alguns ingredientes são essenciais ao bom andamento do processo de desinstitucionalização. Entre outros, a preparação da comunidade onde se dará a reinserção do doente mental constitui uma variável importante, incluindo um trabalho de redefinição da loucura, informação, contato da sociedade com os doentes mentais e conhecimento de suas necessidades.

Um fator crucial que tem sido sistematicamente negligenciado é a planificação e o desenvolvimento de recursos comunitários adequados e em número suficiente, proporcional à diminuição dos leitos psiquiátricos (Wallot, 1.988). Em consequência, a qualidade de vida dos pacientes desinstitucionalizados tem sido alvo de críticas acirradas, nos Estados Unidos, Canadá e Itália.

O doente mental é freqüentemente pobre, desempregado, sem instrução, errante, isolado e explorado por outros (Dorvil, 1.987; Schepper, 1.988). A acolhida das comunidades e das famílias tem sido considerada um fracasso (Losson & Parratte, 1.988). O sistema de saúde mental comunitário requer uma boa coordenação entre os diferentes setores da rede de serviços, o que não tem sido atingido, principalmente na América do Norte. A realidade cotidiana mostra uma dificuldade de coordenação entre os setores e ainda lutas de poder entre os interventores e profissionais dos diversos serviços (Wallot, 1.988).

Braun *et al.* (1.981) ressaltam que uma desinstitucionalização satisfatória depende da disponibilidade de programas apropriados para o tratamento na comunidade.

Como afirma Bandeira (1.991), é necessário compreender os processos de desinstitucionalização de outras nações para tentar evitar a repetição dos seus equívocos e aproveitar os ensinamentos das experiências bem sucedidas.

No Brasil, o movimento de desinstitucionalização, embora teoricamente siga o modelo italiano, na prática vem aplicando uma política de saúde mental semelhante à dos Estados Unidos. As ações antiasilo têm se dirigido principalmente contra os hospitais públicos, fechando leitos destas instituições consideradas “asilares” e provocando, na verdade, uma transinstitucionalização para clínicas particulares contratadas pelo INAMPS. Embora não se disponham de dados, algumas das conseqüências negativas da desinstitucionalização psiquiátrica também ocorrem em nosso meio. O asilo tem sido muito condenado, sendo considerado, geralmente, como um campo de concentração, um ambiente tétrico; alguns chamam-no de “cronicário” (Bandeira *et al.*, 1.994). Morgado & Lima (1.995) colocam com clareza que é indispensável implantar a rede comunitária de saúde mental, para que se possa, efetivamente, transformar os antigos hospitais psiquiátricos. Tentar esvaziá-los, sem ter assegurada a referida rede, é correr alto risco, com a mera desospitalização e suas conseqüências. Nas décadas de 60 e 70 o sistema hospitalar psiquiátrico foi analisado criticamente por Luís Cerqueira, que denunciou o anacronismo das políticas sanitárias para a saúde mental. De 1.950 a 1.970 a população brasileira cresceu 82% e a população de internados em hospitais psiquiátricos 213%, apesar do advento de psicofármacos e de tendência totalmente inversa nos países desenvolvidos (Cerqueira, 1.989). Termos expressivos foram criados, como “leito-chão”, para designar o número de pacientes internados que excede o número de leitos

regulares do hospital, e “indústria da loucura”, que designa o processo de internações desnecessárias ou excessivamente prolongadas, com fins lucrativos, observadas nos hospitais psiquiátricos privados (Botega & Dalgalarondo, 1.992). Há alguns anos se iniciaram discussões de caráter técnico-político e, desde a década de 80, documentos oficiais anunciam reformulações no modelo assistencial de saúde mental. Porém, como afirma Delgado (1.987) tal mudança do discurso oficial “não representa por si qualquer modificação na realidade concreta das instituições psiquiátricas, mas vem sendo acompanhada de reais transformações do aparato institucional, nem sempre patrocinadas explicitamente pelo Estado”. O projeto de lei número 3.657, do então deputado Paulo Delgado, apresentado em 1.989, refere-se à “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação psiquiátrica compulsória”. O Programa de Reorientação de Assistência Psiquiátrica (Ministério da Previdência e Assistência Social/INAMPS-1.982/1.983) fala, em seus princípios específicos, “na visão do paciente dentro do seu contexto familiar e sociocultural, considerando distúrbio psiquiátrico como um episódio natural de saúde/doença do indivíduo”, e entre os recursos e métodos propõe:

- Utilização de recursos e métodos extra-hospitalares intermediários entre o ambulatório e a internação integral, que procuram reverter a tendência (prevalente) à hospitalização: hospital-dia, hospital-noite, pré-internação, pensão protegida e oficinas protegidas, dando ênfase aos programas para atendimento e acompanhamento de pacientes egressos dos hospitais.
- Utilizar a internação integral apenas para aqueles pacientes que apresentam uma sintomatologia que represente risco para si e/ou para terceiros e nos casos em que a associação problemas sociais/sintomatologia psiquiátrica impossibilite totalmente a manutenção do indivíduo no seu meio familiar e social e pelo menor caso possível.
- Promover a implantação progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais na tarefa assistencial ora desenvolvida quase que exclusivamente por hospitais especializados.

Em 29 de janeiro de 1.992, o Ministério da Saúde distribuiu a portaria de nº 224, estabelecendo diretrizes e normas à prestação de assistência em saúde mental. As referidas normas, em resumo, estabelecem, na forma de diretrizes, o que se segue:

- A organização de serviços baseados nos princípios da universalidade, hierarquização e integralidade das ações;
- Diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- Garantia de continuidade da atenção em vários níveis;
- Multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- Ênfase na participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle da sua execução;
- Definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

Quanto às normas relativas ao atendimento ambulatorial:

- Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório;
- Núcleos/Centro de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS).

Quanto ao atendimento hospitalar:

- Hospital-dia;
- Serviço de Urgência Psiquiátrica em hospital geral;
- Leito ou Unidade Psiquiátrica em hospital geral;

Os principais problemas encontrados pelos doentes mentais, na comunidade, têm sido o de se adaptarem, em nível social e ocupacional, e de manterem a adesão ao tratamento medicamentoso. As conseqüências mais citadas de uma reinserção inadequada têm sido:

moradia inadequada, desemprego, itinerância, abuso de álcool e drogas, roubos e agressões, levando a problemas com a polícia, inclusive encarceramento, além de reinternações freqüentes. Esses problemas são atribuídos às condições ineficazes do processo de reinserção social dos doentes mentais, tais como falta de acompanhamento freqüente e adequado dos pacientes, interrupção do tratamento medicamentoso, falta de centros ocupacionais adequados, ausência de equipes volantes para acolher o paciente em momentos de crise, entre outros fatores (Bandeira *et al.*, 1.994).

Muitas vezes, a planificação de serviços psiquiátricos tem sido mais influenciada por forças sociais e ideológicas e tem sido, menos freqüentemente, guiada pelo desejo de articular recursos que visam satisfazer as necessidades dos pacientes. Diante dessas dificuldades e problemas, a desinstitucionalização pode ser considerada somente como um sucesso pela metade (Bandeira *et al.*, 1.994). Um dos problemas mais freqüentemente encontrados, nas tentativas de reinserir os doentes mentais na comunidade, consiste no fenômeno da “porta giratória”, ou seja, o aumento da taxa de re-hospitalizações. Taxas elevadas, entre 55 a 75%, de re-hospitalizações são relatadas como resultado da desinstitucionalização (Chase & Hendry, 1.989). Além disso, o número de re-hospitalizações aumenta com o tempo, após a alta dos pacientes, atingindo 35 a 50% de pacientes no primeiro ano e chegando a mais de 70% no segundo ano após a alta (Dorvil, 1.987).

A importância da supervisão e do acompanhamento pelos profissionais, em lares protegidos e outros tipos de residências comunitárias, é amplamente reconhecida. Harnois (1.987) sugere como componente essencial, para o sucesso da reinserção social do doente mental, um acompanhamento individualizado, contínuo e permanente, ou seja, por toda a vida do paciente, tanto no caso do paciente que reside com a família quanto para aqueles que moram em pensões protegidas. O referido autor também sugere que um agente comunitário, responsável por um pequeno número de pacientes, faça esse acompanhamento, de modo que as necessidades de cada paciente sejam preenchidas.

As recomendações do “Comité de la Santé Mentale”, do Governo do Canadá, inclui os seguintes elementos:

- Objetivos realistas para cada paciente, devido aos déficits severos dos mesmos;
- Funcionamento interdisciplinar, incluindo psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiras, assistente social;
- Atividades de readaptação orientadas, da saída do hospital para Centros de Dia, isto é, locais onde os pacientes desenvolvem habilidades sociais e de base, além de lazer;
- Acompanhamento freqüente sob forma de visitas em domicílio, para garantir que os pacientes recebam os serviços de que necessitam, visando prevenir crises ou surtos;
- Intervenções em momento de crise, no hospital, a fim de orientar o paciente por um ou mais dias, e em seguida reintegrá-lo o mais rapidamente possível à comunidade, intensificando o acompanhamento posterior (*apud* Harnois, 1.988).

O trabalho de Bandeira (1.994), que compara um grupo de pacientes preparados para ser reinseridos na sociedade, após internação, com um grupo de controle de pacientes, não preparados para a reinserção na comunidade, mostrou que o grupo de estudo apresentou menos sintomas psiquiátricos, maior nível de habilidades da vida cotidiana e menor necessidade de intervenção psiquiátrica. A autora coloca em evidência dois aspectos essenciais a ser considerados na reinserção social dos doentes mentais para que se aumente a probabilidade de sucesso:

- A qualidade do programa de reinserção social, incluindo: a preparação dos pacientes através de formação nas habilidades básicas necessárias para a vida cotidiana na comunidade; o acompanhamento individualizado, ambulatorial e domiciliar, freqüente e permanente, para garantir a satisfação das necessidades dos pacientes e prevenir os surtos, a acolhida dos pacientes em crise e sua rápida reorientação na comunidade.

- A qualidade do ambiente residencial dos pacientes, incluindo: a presença de equipes que estejam em continuidade com o programa de reinserção, equipes profissionais ou especializadas em ambientes que incluem a participação ativa dos pacientes nas atividades de rotina da casa, equipes que estimulam atividade de lazer e ocupacionais dos pacientes, orientação individualizada, com plano de objetivos e meios a ser utilizados, além da exigência do controle de medicações.

Há uma série de estudos que tem consistentemente mostrado que a maioria dos pacientes psiquiátricos pode ser tratada de forma mais eficaz e com menor custo na comunidade do que em hospitais psiquiátricos, contanto que ambos, pacientes e famílias, estejam recebendo cuidados contínuos e abrangentes na comunidade (Weisbrod, 1.980; Test & Stein, 1.980; Knapp, 1.994; e Wiersma *et al.*, 1.995).

Já está estabelecido que uma hospitalização psiquiátrica é dispendiosa, pela duração que esta medida implica, na maioria das vezes. Um leito em hospital psiquiátrico, num país rico, custa, na atualidade, um montante entre US\$ 100.00 e US\$ 1,000.00/dia, dependendo da complexidade do caso, uma vez que nesta diária podem estar incluídos custos com assistência a familiares, enfermagem especializada para o tipo particular do caso psiquiátrico, cuidados especiais a pacientes muito agitados ou intensamente agressivos (Dunninghan & Aguiar, 1.995).

As conseqüências econômicas e sociais de um abandono de tratamento variam largamente de um indivíduo para outro. Muitas vezes, o abandono de tratamento pode também se apresentar como um evento desastroso para o paciente (tentativa de suicídio, conduta violenta, etc.) com altos custos sociais, diretos e indiretos.

A esquizofrenia é o transtorno mental que mais consome recursos da sociedade, no Brasil e em diversos países do mundo.

Em todo o mundo, cerca de 20 milhões de pessoas estão diagnosticadas como esquizofrênicas. A esquizofrenia acomete 0,5 a 1,5% da população mundial e se caracteriza como sendo um transtorno de duração prolongada, que requer enormes gastos da sociedade, principalmente no que tange aos custos diretamente ligados ao cuidado hospitalar. Embora somente 1% da população norte-americana seja diagnosticada como portadora de algum

distúrbio esquizofrênico, os indivíduos que sofrem desses transtornos ocupam 25% de todos os leitos hospitalares dos EUA, e os gastos com o tratamento dos pacientes esquizofrênicos naquele país atingiram cerca de 2% do PNB de 1.989 (Talbot, Goldman, Ross, 1.987). As estatísticas britânicas, correspondentes à prevalência de esquizofrenia de 1% da população, demonstram que os custos diretos (leitos hospitalares, proventos médicos, gastos com medicamentos, exames laboratoriais e exploração diagnóstica) do tratamento de cada paciente somam aproximadamente US\$ 2.500,00 por ano. Além disso, a esquizofrenia produz custos indiretos (alimentação, alojamento, despesas com transporte) que são aqueles decorrentes da diminuição da "performance" social do paciente, a qual, está associada ao decréscimo global das aptidões comumente provocadas pela condição psicótica. A maioria dos portadores de doenças crônicas e de curso prolongado estão desempregados e/ou incapazes para a realização até de tarefas simples no âmbito do seu lar. A esquizofrenia atinge todos os grupos etários, mas, por ser enfermidade crônica e se iniciar em idade precoce, tem um grande impacto sobre a queda e/ou perda da capacidade produtiva (*apud* Dunningham & Aguiar, 1.995).

Esta ênfase na esquizofrenia se deve ao fato de que este transtorno implica em consideráveis custos sociais e, também, que esta condição clínica pode ser reconhecida e classificada com muito mais precisão do que no passado (Andrews & Goldstein, 1.985).

No Brasil, 12% dos gastos estatais com a saúde são destinados às ações de saúde mental, sendo 90% consumidos pelo "parque manicomial". A inversão de recursos da sociedade na área de saúde representa um investimento cuja rentabilidade depende da eficiência do aparelho de cuidado psiquiátrico. Uma política de saúde mental, calcada no atendimento aos que sofrem de transtornos mentais, numa rede extra-hospitalar articulada às ações comunitárias, garante uma eficácia maior nas práticas terapêuticas e preventivas, com um custo mais baixo (Dunningham *et al.*, 1.995).

Muitos trabalhos sugerem que alternativas à internação hospitalar beneficiam clinicamente e socialmente os pacientes. Atendimentos domiciliares, lares abrigados, hospitais-dia têm se mostrado superiores às internações em medidas tais como reinserção na comunidade e funcionamento social (Braun *et al.*, 1.981).

No estudo de Houtt, Rosen & Reynolds (1.984) foram avaliados 120 pacientes no momento da admissão hospitalar em Sidney, Austrália, e alocados randomicamente em dois

grupos: pacientes do grupo-controle receberam cuidados do hospital psiquiátrico, pacientes do grupo-estudo não foram internados; ao invés disso, foram tratados em comunidade terapêutica, por um serviço de atendimento a pacientes em crise, que funcionava 24 horas. Pacientes com diagnóstico de síndrome de dependência ao álcool, transtorno orgânico cerebral ou retardo mental foram excluídos. Durante os 12 meses de período de estudo, 96% dos pacientes do grupo-controle foram internados (51% mais do que uma vez); do grupo-estudo, 60% não foram internados e dos 40% internados, somente 8% foram internados mais de uma vez. Pacientes do grupo-controle ficaram em média 53,5 dias internados em hospital psiquiátrico, pacientes do grupo-estudo ficaram somente 8,4 dias, em média. O trabalho demonstrou que, além da satisfação dos pacientes e famílias ser maior no grupo-estudo em relação ao, grupo-controle, os custos com este tipo de tratamento também foram menores.

Carpentier *et al.* (1.992) salientam também a falta de atendimento adequado às famílias dos pacientes, que sofrem o peso dos problemas dos mesmos, estando ou não os pacientes residindo em família.

Apesar de todos os incentivos, vários estudos demonstram que a maior parte dos pacientes que foram submetidos a internações de longa duração não conseguem levar uma vida normal quando retornam para a comunidade. Mesmo nos países desenvolvidos, a maioria permanece desempregada, com problemas de moradia, sem amparo econômico e sem uma rede de apoio social satisfatória. O percentual de pacientes que consegue uma reintegração adequada, que passa a viver por conta própria ou em ambientes supervisionados e subsidiados pelo estado, é inexpressivo. Estudos feitos em diferentes países indicam que, após a alta, mais de 50% dos pacientes crônicos voltaram a viver sob total responsabilidade e dependência das famílias. Nos EUA, de cada 100 pacientes que saem de alta 35 a 40% voltam a viver com os cônjuges e de 35 a 40%, com outros familiares (Mello, 1.997).

Esse conjunto de circunstâncias fez com que os familiares se transformassem no lastro de sustentação dos programas de saúde mental comunitária. Subitamente, as famílias e/ou os seus substitutos se transformaram nos principais agentes de assistência ao doente mental crônico, assumindo um papel que até recentemente era de responsabilidade exclusiva do Estado.

Há várias décadas, o papel da família em relação à esquizofrenia é objeto de teorias e investigações. Os enfoques são muito diversificados e existe muita controvérsia a respeito.

De maneira geral, podem-se dividir as principais linhas de pensamento e investigação nesta área em dois grupos: o das "grandes teorias", que procura explicar totalmente a etiologia da doença através das relações familiares e o das teorias de "estímulos familiares", mais limitadas, que caracteriza o meio familiar como fator de estresse não específico no desencadeamento de surtos esquizofrênicos.

Atualmente, as investigações têm se voltado para o estudo de fatores familiares de estresse não específico, relacionados com o surgimento de surtos produtivos. Nesta linha destacam-se as pesquisas desenvolvidas na Inglaterra desde meados dos anos 50. Os aspectos familiares estudados foram denominados "emoções expressas". Os estudos sobre "emoções expressas" demonstram como a família interfere na evolução do quadro clínico, no número e no tempo médio das internações. Pesquisas de seguimento apuraram que a probabilidade do quadro clínico evoluir de forma desfavorável é significativamente maior, nas famílias em que existe um criticismo exacerbado ou um superenvolvimento afetivo com o familiar doente, do que nas famílias sem estas características. Neste modelo, a esquizofrenia seria uma situação de vulnerabilidade ao estresse, biologicamente condicionada, e o criticismo e o superenvolvimento funcionariam como uma "superestimulação" desfavorável para os esquizofrênicos. Fallon (1.988), numa revisão sobre "emoções expressas" (EE), conclui que altos níveis de "EE" são indicativos dos familiares em lidar com situações muito estressantes, particularmente as associadas com o paciente e suas dificuldades de comportamento. Isso parece significar que famílias de alta "EE", ou seja, com maior envolvimento emocional podem influenciar na recaída dos pacientes, favorecendo a hospitalização. Leff & Vaughn (1.985) fizeram investigação com familiares de 76 pacientes esquizofrênicos, um ano após a alta hospitalar, e os índices de recaída foram de 33% em famílias de alta "EE" e de 14% em famílias de baixa "EE".

Quase sempre, o convívio com o paciente psiquiátrico produz uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com os outros membros da família, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e escolar e inúmeros outros aspectos da vida dos familiares ou substitutos. A interação com os

serviços de saúde mental também é uma fonte de sobrecarga, pois na maioria das vezes os contatos são vivenciados como uma experiência frustrante, confusa e humilhante.

A partir do final da década de 70, os profissionais de saúde começaram a se preocupar em dar apoio e ao familiar ou a seu substituto e a valorizá-lo, pois reconheceram que ele representava um segmento determinante para o sucesso dos programas de desinstitucionalização.

Nos dias de hoje, existe um consenso de que a intervenção na família influi favoravelmente no curso da doença. Mello (1.987) sugere que tanto os familiares como os profissionais podem se beneficiar de programas educacionais que visam ajudar a reduzir os efeitos do estresse ambiental sobre o paciente. Nestes programas, as famílias recebem apoio, informações sobre a doença e uso de medicamentos, ajuda para identificar as fontes de estresse e técnicas para reduzi-lo, informações sobre como lidar com o paciente e são incentivadas a valorizar as suas necessidades e a dos outros membros da família.

Estudos específicos sobre esquizofrenia evidenciaram que o desencadeamento do episódio esquizofrênico e suas reincidências estão estritamente vinculados a dois fatores: a vulnerabilidade e a qualidade de vida do paciente. Neste sentido, foi observado que, quanto à tensão do ambiente, se os eventos estressantes são baixos, há menor risco do episódio esquizofrênico. Na situação inversa, o risco é maior, mesmo quando há uma utilização adequada de medicamentos (Fallon, 1.990).

Existem poucos estudos ou trabalhos científicos de programas de atendimento domiciliar em saúde mental na literatura psiquiátrica (Kates, Lepage, Webb, 1.991).

O primeiro serviço de tratamento domiciliar psiquiátrico surgiu em 1.957, na Inglaterra, como um trabalho experimental. Um estudo piloto com duração de dois anos relatou mais de 1.000 visitas domiciliares a 432 pacientes. O número de internações psiquiátricas, nos primeiros 10 meses de estudo, caiu para 59% a menos comparado com o ano anterior, antes do estudo. O transtorno psiquiátrico mais comum encontrado foi a depressão. Colocaram como risco comum o suicídio em indivíduos deprimidos, principalmente se o paciente morasse sozinho, isto se tornaria em um alto risco de tratamento fora de um hospital. Os autores ressaltaram que cada caso deveria ser tratado individualmente e, na dúvida, a internação

far-se-ia necessária. Orientaram também a internação de pacientes agressivos. Outro risco relatado foi sobre as condições clínicas do paciente; muitas vezes, a má condição física impedia um tratamento psiquiátrico domiciliar, fazendo-se necessária a internação. A conclusão a que chegaram foi de que, em grande número de pacientes psiquiátricos, a internação seria desnecessária e o tratamento domiciliar poderia ser eficaz (Carse, Panton & Watt, 1.958).

Em Chichester, Inglaterra, os atendimentos domiciliares reduziram o número total de internações, em comparação com o serviço tradicional em outra cidade demograficamente semelhante (Grad & Sainsbury, 1.968).

Em Portland (EUA) foi desenvolvido um Programa de Tratamento Psiquiátrico Domiciliar, que conseguiu prevenir e diminuir a duração das hospitalizações. Foram avaliados 42 pacientes, por um período de 10 meses, sendo que em 22 casos o Programa preveniu a hospitalização; nos outros 20 casos o Programa reduziu o tempo da internação. O Programa tornou-se uma alternativa eficiente em relação à hospitalização, além do tratamento domiciliar oferecer cuidados especiais ao paciente e opções educacionais: terapia familiar, resolução das crises, terapia de pacientes resistentes à hospitalização, tratamento de membros da família, tratamento de pacientes com distúrbios físicos e psiquiátricos, atendimento ao idoso, observação do ambiente domiciliar como um todo (Soreff, 1.983). Fenton *et al.* (1.979) foram capazes de prevenir internações em 62% de 76 pacientes tratados domiciliarmente durante 1 ano de estudo.

Dean & Gadd (1.990) relataram, em seu estudo, que seria possível tratar domiciliarmente a maioria dos pacientes com distúrbios agudos graves, ao invés de interná-los em hospitais psiquiátricos.

Segal *et al.* (1.995) avaliaram 586 pacientes psiquiátricos em surto, no serviço de emergência psiquiátrica, e os reavaliaram após breve internação (24 horas). Foi aplicada a Escala de Avaliação Global do Funcionamento Psicossocial (GAS) antes e depois da alta hospitalar. As mudanças foram de 15 a 35 (isto é, 15 pontos a 35 pontos de escores mais altos entre a entrada e a saída dos pacientes no serviço de emergência). Essa melhora na pontuação é pertinente com a regra dos serviços de emergências psiquiátricas, que reduzem sintomas agudos e tornam estáveis os pacientes, de maneira que se possam prevenir as hospitalizações e que esses pacientes possam ser tratados na comunidade.

Marks *et al.* (1.994) avaliaram atendimento domiciliar e internações hospitalares em pacientes com doenças mentais graves, como esquizofrenia ou transtornos afetivos graves, que requeriam admissão hospitalar imediata. Os pacientes foram admitidos no programa após uma visita domiciliar. Depois de aceitos no estudo, eram encaminhados aleatoriamente ou para internações psiquiátricas ou para a comunidade de base. Sessenta pacientes entraram em cada grupo, sendo acompanhados por 18 meses. Os princípios do programa eram semelhantes ao U.S. National Institute for Mental Health para programas de comunidade solidária:

- Continuidade de cuidados: pacientes do programa receberam tratamento e apoio até o fim do projeto, por 3 anos.
- Acompanhamento era coordenado por um membro da equipe que oferecia ajuda apropriada aos pacientes.
- Intervenção, no momento das crises, era feita no local em que residisse o paciente, com internações hospitalares breves, se fossem inevitáveis.
- Reabilitação dos pacientes, incluindo avaliação de necessidades e treinamento de habilidades no lar, no trabalho, com família e amigos.
- Apoio e orientações para famílias, empregadores, organizações voluntárias ou estatutárias.
- Atendimento 24 horas, sete dias por semana.
- Proteção aos pacientes individualmente ou como um grupo.

Neste trabalho, demonstrou-se que o atendimento domiciliar contribuía na melhora dos sintomas psíquicos e na adaptação social dos pacientes psiquiátricos em relação ao grupo de pacientes internados (controle), além de ser preferido por pacientes e familiares. O atendimento domiciliar reduziu a duração (mas não o número) das internações dos pacientes em crise, em pelo menos 80%. O custo deste tipo de tratamento também foi menor.

Programas de tratamento de comunidade-base para pacientes psiquiátricos crônicos foram desenvolvidos por Stein & Test (1.980). Os autores compararam 65 pacientes internados (grupo-controle) com 65 pacientes tratados na comunidade (grupo-estudo), por um período de

14 meses. Verificaram que o programa de comunidade-base se constituiu em uma alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, sendo possível tratar na comunidade um grupo de pacientes que se apresentava à unidade de internação psiquiátrica. Enquanto a maioria dos pacientes do grupo controle foi internada e várias vezes re-hospitalizada no período de 1 ano, os pacientes do grupo experimental ficavam bem, na comunidade e a satisfação das famílias do grupo-estudo foi clara, inclusive com o aumento da participação e responsabilidade para com os pacientes. Entretanto, os resultados do “follow-up”, após os 14 meses de tratamento, mostraram que as diferenças entre o grupo-estudo e o de controle desapareciam. Os autores concluíram que seria preciso preparar o paciente para a vida em comunidade, a fim de mantê-los nela. Também Carse *et al.* (1.958) concluíram que programas de atendimento domiciliar reduziam os índices de internações.

Kates *et al.* (1.991) dividiram os atendimentos domiciliares em duas categorias gerais: casos em que o objetivo seria tratar pacientes em casa, ao invés de interná-los em um hospital, e outros em que a visita faria parte de uma avaliação. O mesmos autores relataram visitas domiciliares como parte integrante de um serviço de saúde mental da comunidade, em Hamilton (Ontário). As visitas domiciliares não eram pré-planejadas, mas sim uma resposta às necessidades individuais próprias de cada caso. Durante 1 ano, 96 pessoas foram visitadas, perfazendo um total de 287 visitas (média de 3 visitas por paciente). Trinta e duas visitas foram feitas para conduzir uma avaliação inicial, vinte e uma para complementar uma avaliação depois de uma individual ter sido feita na clínica, e quarenta e três para avaliar as condições dos pacientes que tinham piorado. Durante o tratamento, 39 pessoas foram atendidas em casa, devido à resistência de ir à clínica, e 46 foram incapazes de ir à clínica por motivo de doenças, isolamento geográfico, falta de transporte ou outros problemas físicos. A maioria das visitas era realizada por enfermeiras (57 atendimentos) e psiquiatra (39 atendimentos). Os autores verificaram quatro situações em que o atendimento domiciliar seria útil: conseguindo que pacientes resistentes aderissem ao tratamento, conduzindo uma avaliação mais abrangente, fortalecendo um trabalho de apoio e mantendo pacientes na comunidade quando a condição física ou psíquica tivesse se agravado.

Langsley & Machotka (1.971) relataram que a terapia familiar de crise seria uma alternativa eficiente em relação à hospitalização imediata. Weisbrod, Test & Stein (1.980)

compararam os custos em termos monetários de um programa de comunidade terapêutica com o tratamento hospitalar tradicional e concluíram que o programa de comunidade terapêutica requeria maiores gastos em relação à hospitalização, porém, oferecia maior satisfação ao paciente e respectivas famílias. Também família de pacientes esquizofrênicos poderia receber tratamento domiciliar, como descrito por Leff *et al.* (1.989), através de sessões de psicoterapia, para famílias que tivessem um alto grau de emoções expressas.

O treinamento de enfermeiras psiquiátricas para uma intervenção psicossocial com famílias de pacientes esquizofrênicos trouxe importantes contribuições, como o esclarecimento da família em relação à doença e à medicação (Brooker, Goldberg & Graham, 1.994). Kapur & Pai (1.982) avaliaram tratamento domiciliar para pacientes esquizofrênicos em Bangalore (Índia) e observaram uma diminuição da angústia familiar para aqueles pacientes que foram tratados em casa, em 6 meses de acompanhamento. Langsley *et al.* (1.971) e Mosher (1.988) relataram achados similares: o grupo tratado em casa apresentou melhores resultados quanto ao relacionamento social e familiar.

Muijen *et al.* (1.992a) compararam a eficácia de atendimento domiciliar com atendimento hospitalar no tratamento de doenças mentais graves e chegaram à conclusão que o atendimento domiciliar poderia oferecer maiores vantagens para o paciente e seus familiares, como: as intervenções seriam feitas num “setting” natural (casa do paciente), sem qualquer necessidade de experiência adicional por parte da equipe multidisciplinar para executar os atendimentos domiciliares, sem os problemas da institucionalização; o manejo dos casos seriam individualizados e a continuidade do tratamento mais eficaz. Também Dean, Phillips & Gadd (1.993) avaliaram 69 pacientes tratados em um serviço de comunidade-base com 55 pacientes de um serviço hospitalar para pacientes com doença mental grave ou aguda, por 1 ano, e chegaram à conclusão que o serviço de comunidade é tão eficiente quanto o hospitalar; além de ser preferido pelas famílias.

Estudos mais antigos adotaram, como critérios de exclusão, pacientes sem família, com tendências suicidas ou homicidas. Nenhum estudo relatou que seria possível evitar totalmente as internações.

Dowie (1.983) levantou atendimentos domiciliares psiquiátricos no Reino Unido por um período de 4 anos: em 1982, os psiquiatras ingleses fizeram cerca de 90.000 visitas

domiciliares, sendo que cada psiquiatra fez em média 90 visitas por ano. Isto representou 14% de todas as consultas domiciliares realizadas inicialmente por um médico de família no momento de crise, solicitando ao psiquiatra sua opinião sobre a hospitalização, ou não, do paciente.

Ramsdell, Stewart & Jackson (1.989) avaliaram os tipos de problemas não detectados que seriam observados no lar, mas não no consultório: problemas de comportamento, estresse sentido por outros membros da família e perigos de segurança em potencial.

Os riscos que permeiam o tratamento domiciliar são: suicídio, principalmente se o paciente morar sozinho, agressão a terceiros e condições físicas precárias do paciente. No caso de tentativa ou intenção de suicídio, a conduta geralmente é a internação psiquiátrica. Carse *et al.* (1.958) avaliaram individualmente cada caso e se houvesse dúvidas em manter o paciente em casa, a hospitalização far-se-ia necessária. Quando existir heteroagressividade importante, como tentativa de homicídio, a internação também se faz necessária. Outro risco a ser ressaltado refere-se às condições físicas do paciente. Mesmo que uma pessoa se beneficie de um tratamento domiciliar, mas suas condições clínicas não o permitem, a melhor opção é a hospitalização.

Outros autores identificaram vantagens de atender pacientes em suas próprias casas, particularmente quando o paciente fosse idoso. Nas últimas duas décadas, o serviço de enfermagem domiciliar tem se tornado grande provedor de saúde para o idoso. Apesar de grande evidência da necessidade de serviços psiquiátricos especializados, a maioria dos pacientes que se beneficiaria desses cuidados não o recebe (Borson & Liptezin, 1.987). Os mesmos autores propuseram uma forma de tratamento domiciliar a pacientes idosos com doenças mentais, como demência com quadros psicóticos, distúrbios do humor ou distúrbios do comportamento. Esses casos foram acompanhados por uma equipe multidisciplinar: psiquiatra, enfermeiro, assistente social e terapeuta ocupacional.

Trabalhos como o de Schogt & Savoy (1.987) mostraram a importância e a necessidade de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar a pacientes idosos com problemas psiquiátricos, visando o bem-estar do idoso em sua própria casa e orientando os familiares. Barsa *et al.* (1.985) colocaram que o tratamento domiciliar psiquiátrico ao idoso

traria benefícios substanciais, como a prevenção de distúrbios mentais, além de ser socioeconomicamente possível.

Foi avaliado um tipo adicional de visita domiciliar, a visita forense, durante a qual o bem-estar e a habilidade dos pais, ao lidar com os filhos, seriam avaliados (Casals-Ariet & Bluestone, 1.984).

Pellentier, (1.988) apontou diretrizes de um programa intermediário do hospital à casa do paciente:

- Estabelecer uma relação de colaboração de pacientes com suas famílias.
- Providenciar cuidados mais abrangentes.
- Providenciar informações sobre recursos da comunidade.
- Orientar pacientes e suas famílias.
- Facilitar a transição do hospital para a comunidade.
- Promover treinamento para estudantes.

Em Hangzhou (China), o Serviço de Saúde Mental compreende visitas domiciliares a pacientes, tratando-se de um modelo com apoio psicológico e de abrangência social, sendo o método mais aceito por pacientes e famílias. Depois desse tipo de tratamento, a maioria dos pacientes é reinserida à sociedade, ficando estáveis por longo tempo, e muitos retornando ao trabalho (Zhao Guo-Qiu, 1.994).

Em Dublin, no Serviço Cluain Mhuire (1.993), as visitas domiciliares fazem parte dos programas de um serviço público de comunidade. Por intermédio dos trabalhadores sociais e das enfermeiras psiquiátricas da comunidade pode ser solicitada uma visita domiciliar. Os objetivos do serviço são: atender o paciente em seu próprio ambiente, levar apoio e encorajamento às famílias, especialmente quando a evolução da doença leva ao não atendimento em clínica e à não complacência com o tratamento a ser seguido.

Cada serviço deve ser flexível no uso de recursos próprios, adaptando-se às circunstâncias locais e necessárias à população, não existindo fórmula para o desenvolvimento dos mesmos (Shulman & Arie, 1.991).

### **1.3. PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS**

Saúde Mental é a capacidade do indivíduo interagir no grupo e no meio-ambiente, contribuindo para o bem-estar subjetivo, o aperfeiçoamento e o melhor uso possível das capacidades mentais (intelectuais, afetivas e de relacionamento) para a realização dos justos objetivos individuais e coletivos e para a criação das condições de igualdade fundamentais (Morgado & Lima, 1.994). Certamente o conceito de saúde mental serve, também, para introduzir progressivamente uma aproximação holística na concepção da psiquiatria, ou seja, transmitir a necessidade de uma aproximação multidisciplinar à doença mental. A noção de saúde mental inclui a problemática da saúde e da doença, a sua ecologia, a validade das instituições e das pessoas que as usam, o estudo dos seus desejos, dos recursos necessários à organização, à programação dos serviços pela cura e à prevenção das doenças pela promoção da saúde (Saraceno, 1.995).

A noção de Saúde Mental Comunitária ou Psiquiatria Comunitária inclui numerosos agentes de serviços: serviços psiquiátricos, serviços de saúde não psiquiátricos (por exemplo, a medicina de base), agentes sociais, instituições civis, associações de familiares e associações de usuários. Esta lista de agentes mostra como uma relação de saúde pública rompe os tradicionais esquemas propostos da relação biomédica, onde existe uma clara separação entre profissionais da medicina e pacientes; uma separação (também espacial) entre lugares da doença (o hospital representa o modelo biomédico, o lugar exclusivo de ação e intervenção) e lugares da saúde, uma separação enfim entre os pacientes entre si e a comunidade.

A relação de saúde pública implica na aceitação do modelo conceitual da Medicina de Base, que põe, antes de tudo, a humanização do sistema de assistência sanitária e a descentralização dos recursos dos grandes institutos sanitários para a comunidade, que se torna, assim, o lugar natural e privilegiado da intervenção.

As ações que caracterizam a Saúde Mental Comunitária incluem:

- Ações diretas aos indivíduos;
- Ações diretas ao grupo;
- Ações diretas à comunidade no seu conjunto;
- Ações diretas às instituições.

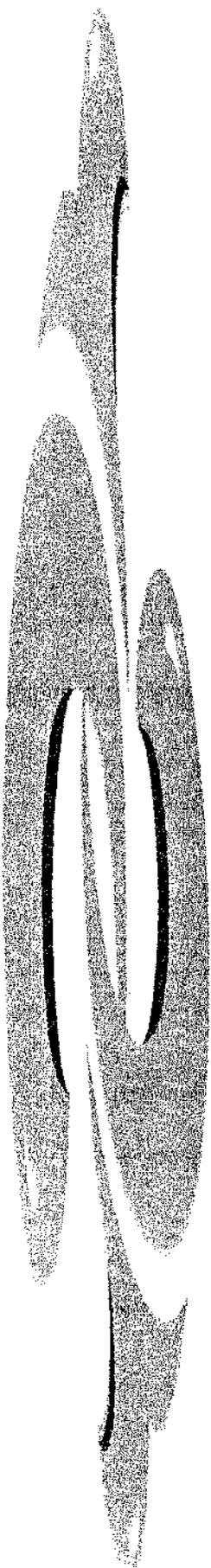
São preocupações da Psiquiatria Comunitária:

- Necessidades da população (em função da incidência e prevalência);
- Ter conhecimento sobre aspectos culturais, atitudes em relação à doença mental, condições sociais, linguagem, possibilidade de mudança;
- Atuação coordenada no emprego de recursos existentes (Lancetti, 1.989).

Sendo a Saúde Mental dependente de múltiplos fatores, não se constitui um campo exclusivo da Psiquiatria (multidisciplinaridade), apesar de o “objeto” último ser o doente mental; necessariamente são também objetos todos os demais envolvidos.

San Martín (1.968) define equipe de saúde como sendo a “integração das funções que desenvolvem diferentes técnicas, através de um programa planejado que persegue objetivos comuns”. Esta definição supõe não só a síntese das ações de vários profissionais, mas também sua “igualdade de condições na formulação e desenvolvimento do plano”, exigindo, portanto, a presença do espírito de grupo que, por sua vez, pressupõe o espírito democrático, em que as decisões devem emanar dos seus membros. O referido autor considera, ainda, como essencial para o trabalho em equipe que se estabeleçam objetivos comuns para todos os integrantes da equipe:

- Existência de um programa com funções definidas e delimitadas para cada integrante, à parte daquelas que são comuns;
- Estabelecimento de meios de comunicação entre os membros da equipe;
- Oferecer ao pessoal a oportunidade para expressar suas opiniões de forma aberta.



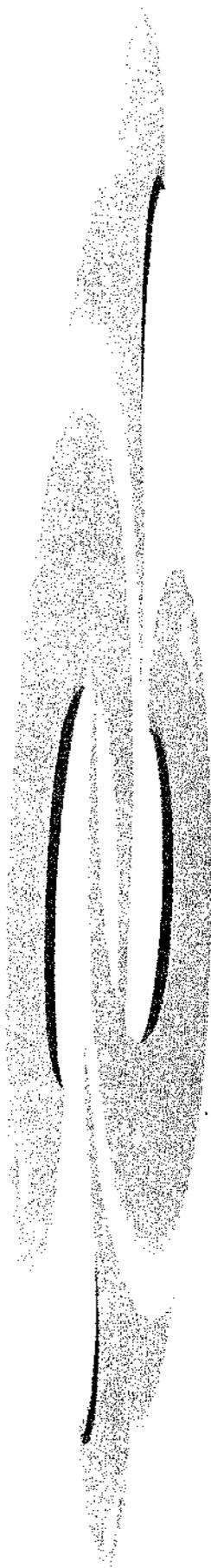
## ***2. OBJETIVOS***

## **2.1. OBJETIVO GERAL**

O presente estudo tem como objetivo avaliar uma nova alternativa de atendimento em Saúde Mental, o Programa de Atendimento Domiciliar, realizado na cidade de Hortolândia, estado de São Paulo.

## **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Avaliar se o Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental apresenta condições de evitar internações de um subgrupo de pacientes atendidos (pacientes psicóticos).
2. Avaliar a adesão dos pacientes psicóticos e respectivas famílias ao tratamento proposto.
3. Levantamento de dados sociodemográficos e de diagnósticos do subgrupo de pacientes tratados por este serviço.



### ***3. METODOLOGIA***

Este trabalho apresenta-se de acordo com o método da "pesquisa-ação", que pode ser utilizada tanto como forma de engajamento sociopolítico, como também instrumento para implementar reformas técnico-organizativas, através de um problema participativo (Thiollent, 1.985). Para este autor, a "pesquisa-ação" é um tipo de investigação social com base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Brandão (1.990) refere-se a este tipo de pesquisa como "pesquisa participante", em que pesquisadores e pesquisados são sujeitos de um mesmo trabalho comum, ainda que em situações e tarefas diferentes.

Como estratégia, esse tipo de pesquisa pode ser visto como modo de conceber e organizar uma pesquisa social de finalidade prática, desde que esteja de acordo com as exigências próprias da ação e da participação dos atores da situação observada. Com a "pesquisa-ação" é necessário produzir conhecimentos, adquirir experiência, contribuir para a discussão ou fazer avançar o debate acerca das questões abordadas. Parte da informação gerada é divulgada, sob formas e meios apropriados, no seio da população. Outra parte da informação, comparada com resultados de pesquisas anteriores, é estruturada em conhecimentos (Thiollent, 1.985).

Sobre o perfil do pesquisador interessado neste tipo de método, Thiollent (1.985) esclarece que "em geral, a idéia da pesquisa-ação encontra um contexto favorável, quando os pesquisadores não querem limitar suas investigações aos aspectos acadêmicos e burocráticos... Querem pesquisas, nas quais as pessoas implicadas tenham algo a 'dizer' e a 'fazer'... Com a pesquisa-ação, os pesquisadores pretendem desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados." Os pesquisadores podem, também, atuar no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas. Sem dúvida, este tipo de pesquisa exige uma estrutura de relação, entre pesquisadores e pessoas da situação investigada, que seja do tipo participativo. Os problemas de aceitação dos pesquisadores no meio pesquisado têm que ser resolvidos no decurso da pesquisa. Mas, a participação do pesquisador não qualifica a especificidade da pesquisa-ação, que consiste em organizar a investigação em torno da concepção, do desenrolar e da avaliação de uma ação planejada.



### 3.1. MATERIAL

O material deste estudo compreende a descrição detalhada do Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental (PADO) e da rede de saúde em que se instalou.

Este Programa foi desenvolvido na cidade de Hortolândia - SP, situada a 15 km de Campinas. Trata-se de um município com 57 km<sup>2</sup>, sendo 54 km<sup>2</sup> de área urbana e 3 km<sup>2</sup> de área rural, com uma população de 120.000 habitantes. Conta com um serviço de Saúde Mental (Sistema de Atenção à Saúde Mental) composto por: ambulatório, pronto atendimento psiquiátrico, leitos de observação e equipe multidisciplinar (duas psiquiatras, três psicólogas, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, dois auxiliares de enfermagem e uma assistente social). Não existem hospitais clínicos ou psiquiátricos na cidade. Há três anos existe um Programa de Atendimento Domiciliar Clínico, realizado por médico generalista, enfermeira e assistente social, direcionado a pacientes com problemas físicos incapacitantes que impedem a locomoção aos Postos de Saúde. Em 1995 foram realizadas 2.999 visitas domiciliares em Clínica Geral (média de 249,9 visitas por mês), não sendo executadas visitas de urgência, somente aquelas agendadas.

A população atendida no Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental consiste de pacientes em que o estado físico, psíquico, emocional e/ou social constitui fator de impedimento na busca de atendimento nas unidades convencionais de Saúde Mental. A clientela inclui pacientes com deficiências físicas: paraplégicos, tetraplégicos, amputados; pacientes idosos com dificuldade de locomoção ou com quadro demencial; pacientes auto e heteroagressivos; pacientes com retardo mental grave e profundo; pacientes que não saem de casa devido a doença mental (fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, episódio depressivo grave, esquizofrenia, parafrenia); pacientes que são resistentes ao tratamento, como os alcoolistas e/ou drogaditos; pacientes que descontinuam o tratamento ambulatorial por falta de dinheiro para o transporte. Portanto, todos os pacientes com doença mental que solicitam o PADO são atendidos, sem exclusão de diagnósticos.

Para o desenvolvimento do programa são utilizadas estruturas da Rede Municipal de Saúde:

- Central de Atendimento à Saúde Pública de Hortolândia (C.A.S.P.H.) - Trata-se de uma Central onde são agendadas e organizadas as visitas domiciliares do Programa de Atendimento Domiciliar - Clínico;
- Sistema de Atenção à Saúde Mental (S.A.S.M.) - Ambulatório de Saúde Mental e pronto atendimento psiquiátrico.

Tem como recursos materiais: um veículo (perua ou ambulância), materiais de terapia ocupacional, materiais de psicologia, enfermagem, medicações e um telefone; e como recursos humanos: equipe multidisciplinar, composta por uma médica psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, um psicólogo e uma assistente social; um motorista e um recepcionista.

O Programa foi divulgado a todos os serviços de saúde do município, por meio de ofícios e reuniões; para a comunidade, por meio de folhetos explicativos (folders), constando informações sobre o programa e telefone para acioná-lo, além de reuniões com agentes comunitários e entrevistas na rádio local.

O PADO funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 17:00 horas, sendo que cada atendimento domiciliar tem a duração média de uma hora.

No caso de internações seguem-se o protocolo de Critérios para Internação da Enfermaria de Psiquiatria - Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e o Programa de Reorientação de Assistência Psiquiátrica (Ministério da Previdência e Assistência Social - Inamps 1982/83). Quando necessário, administram-se medicações (neurolépticos, anticolinérgicos, ansiolíticos) no domicílio do paciente, orientando a família sobre a doença mental e oferecendo terapia ocupacional e psicoterapia aos pacientes. As famílias são encaminhadas ao Sistema de Atenção à Saúde Mental, para grupos de orientação e psicoterapia, semanalmente, além de terem atendimento, quando necessário, da assistente social para a consecução de passes de ônibus e medicamentos.

Para cada paciente e respectiva família abre-se um prontuário contendo os dados necessários para o acompanhamento no Programa.

A solicitação de visita domiciliar deve ser feita pessoalmente no S.A.S.M. ou pelo telefone. O Programa pode ser acionado por qualquer membro da comunidade. A C.A.S.P.H. providencia o veículo e o atendimento é feito da seguinte maneira:

1. Atendimento de urgência: É realizado por dois profissionais da equipe de Saúde Mental, sendo uma psiquiatra e um auxiliar de enfermagem. Conforme a necessidade, o paciente é medicado domiciliarmente, com medicações injetáveis ou por via oral. Após avaliação e tomada de condutas necessárias, o paciente e sua família são encaminhados para acompanhamento em nível ambulatorial ou domiciliar. Nos casos em que o paciente se encontra em situação de risco, necessitando de intensidade máxima de atenção, é providenciado, pela equipe, o seu encaminhamento à atenção hospitalar, ficando já agendadas, quando de sua alta, as visitas domiciliares. Para pacientes agressivos, com posse de armas de fogo ou brancas, solicita-se a presença policial.
2. Atendimento por agendamento ou primeira consulta: O primeiro passo é a realização de uma visita, para uma avaliação inicial do paciente por um membro da equipe. Após isto, são investigadas as necessidades e os possíveis níveis de intervenção domiciliar. No caso de encaminhamento ao S.A.S.M., o paciente será alocado em programas específicos, de acordo com a determinação da equipe:
  - Programa de Psicoterapia e Orientação para Pacientes e Famílias;
  - Programa de Atendimento a Alcoolistas;
  - Programas de Atendimento a Drogaditos;
  - Programas de Atendimento a Portadores de Retardo Mental;
  - Programa da Terceira Idade;
  - Programa de Atendimento a Funcionários da Prefeitura Municipal.

A partir da aceitação no Programa (PADO), a equipe define um projeto de intervenção para o paciente e sua família. O projeto terapêutico individualizado determina o tipo de abordagem, frequência do atendimento, duração, nível de atenção (prevenção, psicoterapia e reabilitação).

3. Atendimento eventual e/ou de retorno: Faz-se necessária a localização dos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos para dar continuidade ao tratamento em nível extra-hospitalar, por meio de cartas entregues pessoalmente, pelo profissional da equipe, nos domicílios. Para a localização destes, a assistente social do Programa entra em contato sistematicamente com serviços hospitalares de atendimento psiquiátrico da região. Também pacientes ambulatoriais que abandonam o tratamento são convocados por intermédio desse serviço.

### 3.2. PROCEDIMENTOS

Para avaliação do Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental, acompanhamos um subgrupo de 35 pacientes com diagnósticos compreendidos em “esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes”, de acordo com os critérios diagnósticos da Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento do Código Internacional de Doenças (CID-10). Na realidade, foram atendidos todos os pacientes que procuraram o referido serviço, sem exclusão de diagnósticos. Porém, somente os pacientes psicóticos foram acompanhados neste trabalho, justamente por apresentarem uma doença mental grave e pelo fato de serem mais frequentemente re-hospitalizados (Dorvil, 1.987). A maioria dos estudos sobre programas alternativos em saúde mental, preocupados com a desinstitucionalização, inclui pacientes com doença mental grave, como a esquizofrenia e outras psicoses, pois, muitas vezes, há necessidade de internação em hospitais psiquiátricos (Muijen *et al.*, 1.992a; Marks, Audin & Laurence, 1.994; Muijen *et al.*, 1.992b; Stein *et al.*, 1.980; Brooker *et al.*, 1.994; Kates *et al.*, 1.991 e Dean *et al.*, 1.993).

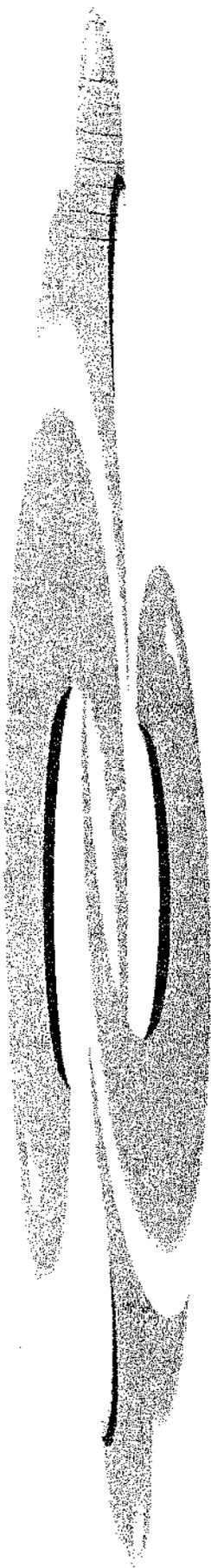
Estes pacientes foram atendidos inicialmente em suas casas, por membros da equipe multidisciplinar. No dia do primeiro atendimento foi aplicado um questionário com dados pessoais: nome, idade, sexo, estado civil, profissão, atividade ocupacional, grau de instrução, religião, endereço, quem solicitou o atendimento, motivo da solicitação, acompanhante do paciente no momento do atendimento, anamnese, número de internações psiquiátricas anteriores, duração das internações, hipótese diagnóstica, medicação utilizada (no atendimento de urgência), encaminhamento dos pacientes, nome dos profissionais que o atenderam e data. Estes pacientes receberam visitas periódicas da equipe, conforme as necessidades individuais de cada caso.

Optamos pelo “follow-up” de 2 anos, pois, de acordo com a literatura pertinente, este parece ser o tempo mais utilizado para acompanhamento dos pacientes no sentido de se observar a adesão ao tratamento ou a eficácia do mesmo em evitar internações hospitalares (Dean & Gadd, 1990).

A avaliação do Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental é feita através dos seguintes indicadores:

- Indicação de internação para os pacientes que preencham os Critérios para Internação da Enfermaria de Psiquiatria - Hospital das Clínicas (UNICAMP) e segundo o Programa de Reorientação de Assistência Psiquiátrica (MPAS-Inamps 1982/83).
- Adesão ao Programa dos pacientes psicóticos e respectivas famílias em nível de acompanhamento terapêutico, ambulatorial e / ou domiciliar.

Após o “follow-up” de dois anos, comparamos o número de indicações de internações psiquiátricas com as realmente efetivadas, observando se houve diminuição do número destas. A adesão das famílias ao tratamento proposto é verificada através do comparecimento semanal em psicoterapias de grupo no Sistema de Atenção à Saúde Mental (S.A.S.M.). A adesão dos pacientes pode ser observada no S.A.S.M., em psicoterapias de grupo e grupos de terapia ocupacional, conforme os encaminhamentos dados pela equipe multidisciplinar. São colhidos os seguintes dados sociodemográficos dos pacientes, através dos questionários aplicados: idade, sexo, estado civil, escolaridade, além do diagnóstico psiquiátrico segundo o CID-10 e do número de internações psiquiátricas anteriores ao PADO.



## ***4. RESULTADOS***

Apresentamos, inicialmente, os resultados obtidos na avaliação do Programa de Atendimento em Saúde Mental e, posteriormente, os seguintes parâmetros referentes aos pacientes: faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, diagnóstico, número de internações psiquiátricas anteriores, tipo do primeiro atendimento realizado e encaminhamento proposto pela equipe multidisciplinar após a primeira visita domiciliar.

O total de pacientes atendidos no Programa foi de 35, sendo que, destes, 48,57% apresentaram indicações de internação psiquiátrica (Tabela 1).

**Tabela 1: Pacientes atendidos no PADO**

Pacientes	Total	%
Sem indicação de internação	18	51,43
Com indicação de internação	17	48,57
	35	100,00

Daqueles que obtiveram indicação de internação, somente 29,41% foram internados; portanto, evitaram-se 70,59% das internações psiquiátricas (Tabela 2).

**Tabela 2: Pacientes com indicação de internação**

Pacientes	Total	%
Não internados	12	70,59
Internados	5	29,41
	17	100,00

Com relação ao tratamento, 19 (54,29%) pacientes aderiram prontamente ao PADO na primeira visita domiciliar, sendo que 45,71% precisaram de insistência para tal, necessitando de outras visitas para aceitarem o atendimento. As famílias, em sua maioria, 21 (60%), aderiram de imediato, porém, 14 (40%) não o fizeram (Tabela 3), devido a problemas relacionados à falta de dinheiro para transporte e indisponibilidade de horário para as reuniões de psicoterapia.

**Tabela 3: Adesão das famílias ao PADO**

<b>Famílias</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Adesão	21	60,00
Semi adesão	14	40,00
	35	100,00

Os pacientes do sexo masculino são majoritários e representam 62,86% do total (Tabela 4).

**Tabela 4: Distribuição dos pacientes quanto ao sexo**

<b>Pacientes</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Masculino	22	62,86
Feminino	13	37,14
	35	100,00

Na Tabela 5 é apresentada a distribuição dos pacientes quanto à faixa etária, onde podemos observar que, em sua grande maioria (82,86%), são jovens com idade entre 20 e 40 anos.

**Tabela 5:** Distribuição dos pacientes quanto à faixa etária

Faixa Etária	Total	%
20 a 40	29	82,86
50 a 59	4	11,43
60 em +	2	5,71
	35	100,00

Da análise dos dados referentes ao nível de escolaridade, apresentados na Tabela 6, verificamos que, dos pacientes atendidos no PADO, 17 (48,57%) possuem um baixo nível de escolaridade, sendo analfabetos (14,29%) ou com o curso primário incompleto (34,29%).

**Tabela 6:** Distribuição dos pacientes quanto à escolaridade

Nível de Escolaridade	Total	%
Analfabetos	5	14,29
Primário Incompleto	12	34,29
Ginásial Incompleto	12	34,29
Primeiro grau completo	4	11,43
Segundo grau Incompleto	1	2,86
Superior completo	1	2,86
	35	100,00

Quanto ao estado civil, a grande maioria é solteira (71,43%); 20% são casados e 8,57%, entre viúvos ou desquitados (Tabela 7).

**Tabela 7:** Distribuição dos pacientes quanto ao estado civil

Estado civil	Total	%
Solteiros	25	71,43%
Casados	7	20,00%
Desquitados	1	2,86%
Viúvos	2	5,71%
	35	100,00

O diagnóstico de esquizofrenia paranóide, classificação F20.0 do Código Internacional de Doenças (CID-10), representa 77,14% dos casos, sendo que os demais pacientes apresentam diagnóstico de esquizofrenia residual (F20.5), transtorno psicótico esquizofreniforme agudo (F23.2) e psicose não-orgânica não especificada (F29), conforme a Tabela 8.

**Tabela 8:** Distribuição dos pacientes quanto ao diagnóstico

Diagnóstico	Total	%
F20.0 <sup>a</sup>	27	77,14
F20.5 <sup>b</sup>	4	11,43
F23.2 <sup>c</sup>	3	8,57
F29 <sup>d</sup>	1	2,86
	35	100,00

<sup>a</sup> Esquizofrenia paranóide

<sup>b</sup> Esquizofrenia residual

<sup>c</sup> Transtorno psicótico esquizofreniforme agudo

<sup>d</sup> Psicose não-orgânica não especificada

Na Tabela 9, pode-se observar que quase a totalidade dos pacientes (82,86%) tinha sofrido internações psiquiátricas anteriores e que 15 (42,86%) foram reinternados mais de 10 vezes.

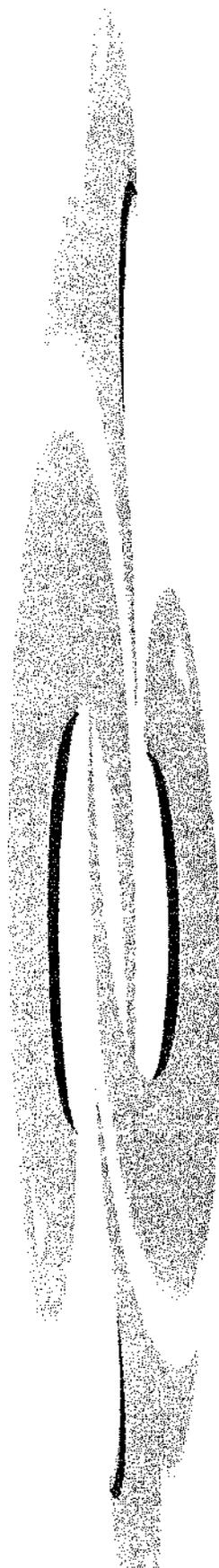
**Tabela 9:** Distribuição dos pacientes quanto ao número de internações psiquiátricas anteriores

Pacientes	Total	%
Nunca internados	6	17,14
Uma internação	9	25,71
2 a 10 internações	5	14,29
+ 10 internações	15	42,86
	35	100,00

Após a primeira visita domiciliar, a maior parcela dos pacientes (54,29%) foi encaminhada ao Sistema de Atenção à Saúde Mental (SASM), porém em 31,43% houve necessidade de novas visitas e 5 (14,29%) foram hospitalizados (Tabela 10).

**Tabela 10:** Encaminhamento dos pacientes após a primeira visita domiciliar

Encaminhamento	Total	%
Encaminhados ao SASM	19	54,29
Necessitaram de novas visitas domiciliares	11	31,43
Internados	5	14,29
	35	100,00



## ***5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS***

A prática psiquiátrica tem avançado muito desde os dias em que o único objetivo terapêutico era controlar os sintomas dos pacientes (Barry *et al.*, 1.996). De fato, o controle dos sintomas, através da farmacoterapia, pode contribuir para a maior permanência dos pacientes na comunidade, desde que associado a uma assistência adequada de serviços extra-hospitalares.

A atual política de saúde mental preconiza que se evitem ao máximo as internações psiquiátricas e que estas, quando inevitáveis, tenham a menor duração possível. Deve-se dar preferência ao tratamento ambulatorial e todo o quadro assistencial tem que estar mobilizado para promover a "desospitalização" imediata dos pacientes que estão submetidos a internações prolongadas.

Duas razões principais parecem explicar as dificuldades e limitações no processo de reinserção social dos doentes mentais na comunidade. Primeiro, a ignorância por parte dos interventores quanto à gravidade da doença mental. Segundo, a insuficiência do acompanhamento dos pacientes por parte de profissionais, aliada à falta de recursos comunitários adequados (Bandeira *et al.*, 1.994).

Outro problema, freqüentemente encontrado na tentativa de reinserir os doentes mentais na comunidade, consiste no fenômeno da "porta giratória", ou seja, o aumento da taxa de re-hospitalizações. Taxas elevadas entre 55 a 75% de re-hospitalizações são relatadas como resultado da desinstitucionalização (Dorvil, 1.987; Harnois, 1.988; Chase & Hendry, 1.989). Além disso, o número de re-hospitalizações aumenta com o tempo, após a alta dos pacientes, atingindo 35 a 50% dos pacientes no primeiro ano e chegando a mais de 70% no segundo ano após a alta (Dorvil, 1.987).

Estas re-hospitalizações freqüentes refletem a ineficácia dos serviços psiquiátricos comunitários em fornecer aos pacientes um acompanhamento conveniente, capaz de satisfazer as diversas necessidades que eles apresentam quando se encontram na comunidade (Dorvil, 1.987). Tal ineficácia aparece tanto na insuficiência dos serviços disponíveis quanto na má utilização dos que existem (Cyr, Toupin, Lesage, 1.992).

Outra crítica se refere à falta de continuidade dos serviços, ou seja, que uma mesma equipe acompanhe o paciente de um momento a outro de sua trajetória, na instituição e fora dela. A continuidade no acompanhamento é muito importante no caso dos doentes

mentais, em particular o esquizofrênico, devido à sua dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais (Harnois, 1.988). Em consequência da falta de continuidade no acompanhamento, a pessoa doente vive rupturas freqüentes em relação à equipe que o trata.

Um dos fatores que parece contribuir para os problemas mencionados acima consiste na falta de planejamento para a criação de serviços comunitários suficientes (Talbot *et al.*, 1.988).

Portanto, para uma desinstitucionalização satisfatória, novas alternativas devem ser criadas para combater as re-hospitalizações freqüentes e facilitar a reinserção dos doentes mentais na comunidade.

Segundo Mello (1.997), as famílias ainda representam a principal alternativa ao hospital psiquiátrico.

Acreditando nesta possibilidade, o Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental foi criado com a finalidade de propiciar aos doentes mentais uma maior permanência na comunidade, contando, principalmente, com o apoio das famílias na adesão dos pacientes ao tratamento proposto. O projeto inicial deste trabalho não se ateve apenas aos pacientes psicóticos, mas, sim, aos 100 primeiros pacientes e respectivas famílias que solicitaram atendimento no PADO, por um período de 9 meses.

Em relação ao dados sociodemográficos destes pacientes, verificamos que a maioria era do sexo masculino (55%), jovens entre 20 e 40 anos (72%), baixa escolaridade (37% com primário incompleto e 32% analfabetos) e solteiros (57%). Quanto ao número de internações psiquiátricas anteriores ao PADO, 44% dos pacientes nunca foram internados, porém, 14% tiveram pelo menos uma internação, 27% apresentaram de duas até dez internações e 15% sofreram mais de onze hospitalizações. Observamos que, de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento do Código Internacional de Doenças (CID-10), os pacientes apresentaram os seguintes diagnósticos:

- 35% com diagnósticos de “esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirantes” (F20-F29);
- 16% com diagnóstico de “transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes” (F40-F48);
- 15% com diagnóstico de “transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas” (F10-F19);
- 13% com diagnóstico de “retardo mental” (F70-F79);
- 9% com diagnóstico de “transtornos do humor (afetivos)” (F30-F39);
- 7% com diagnóstico de “transtorno mentais orgânicos” (F00-F09);
- 3% com diagnóstico de “transtorno de personalidade e de comportamento em adultos” (F60-F69);
- 2% com diagnóstico de “síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos” (F50-F59).

Todos os pacientes que solicitaram o referido serviço foram atendidos, sem exclusão de diagnósticos. Isto difere da literatura, onde vários trabalhos adotam critérios de exclusão para pacientes com diagnósticos de drogadição, transtorno organo-mental, retardo mental, pacientes com tendências suicidas e homicidas (Carse, 1.958; Hoult *et al.*, 1.984; Dean & Gadd, 1.990; Kates *et al.*, 1.991).

Houve indicação de internação psiquiátrica para 31 pacientes, porém somente 10 (32,26%) foram internados, evitando-se assim 21 (67,74%) internações; portanto, os dados obtidos estão de acordo com a literatura pertinente. Em relação às famílias, 63% aderiram ao PADO, participando regularmente das reuniões e sessões de psicoterapia, porém 37% não o fizeram, no período de 9 meses.

A análise dos resultados obtidos na avaliação do Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental (PADO) do subgrupo de 35 pacientes psicóticos, após o “follow-up” de 2 anos, revela que o mesmo apresenta condições de evitar internações psiquiátricas, favorecendo com isso uma maior permanência dos pacientes dentro de seus próprios lares, na maioria dos casos (70,59%).

Nossos dados são condizentes com o primeiro trabalho sobre atendimento domiciliar psiquiátrico, em que Carse *et al.* (1.958) observaram que houve diminuição de 59% das internações psiquiátricas após a implementação do serviço, durante 10 meses de acompanhamento.

Estudos seguintes (Pasamanick, 1.967; Langsley, Pittman, Mochotka, 1.968) em que pacientes e famílias aceitaram o tratamento domiciliar, observaram-se que em 77% dos casos não houve necessidade de hospitalizações.

Langsley *et al.* (1.971) conseguiram evitar 75% de internações de pacientes em crise, principalmente com o apoio da família que recebeu psicoterapia familiar de crise e conseguiu lidar melhor com seus doentes. Fenton *et al.* (1.979) puderam evitar internações psiquiátricas em 62% dos pacientes tratados em domicílio durante o “follow-up” de um ano.

Outro programa de tratamento domiciliar (Soreff, 1.983), associado a comunidades terapêuticas, conseguiu evitar a hospitalização em 52,4% dos casos, além de reduzir o tempo de internação dos outros pacientes (47,6%).

No estudo comparativo de Hoult *et al.* (1.984), 60% dos pacientes psiquiátricos, do grupo-estudo, tratados em comunidades terapêuticas, não necessitaram de internações por um período de um ano, em detrimento do grupo controle, que não recebeu assistência das comunidades terapêuticas, sendo que 96% destes pacientes foram internados. Além disso, 51% dos pacientes internados do grupo controle sofreram mais do que uma internação. No grupo-estudo, somente 8% foram internados mais de uma vez.

Nenhum estudo relatou que seria possível evitar totalmente as internações.

Nos atendimentos domiciliares de urgência do Programa de Atendimento Domiciliar (PADO), os pacientes receberam as medicações necessárias, como: neurolépticos, anticolinérgicos e ansiolíticos. A maioria dos pacientes acompanhados (54,29%) aderiu prontamente ao PADO, mas 45,71% precisaram de insistência para tal, necessitando de outras visitas domiciliares. Quando mostraram ter condições de um atendimento ambulatorial, foram encaminhados para sessões de psicoterapia de grupo,

individual, terapia ocupacional, além de acompanhamento clínico e com a assistente social, no ambulatório do Sistema de Atenção à Saúde Mental.

Segundo os dados sociodemográficos obtidos dos pacientes psicóticos, observamos que a maior parte é do sexo masculino (62,86%), solteiros (71,43%), jovens (82,86%), de baixa escolaridade (48,57%), esquizofrênicos paranóides (88,57%) e com várias internações anteriores (82,86%). Nossos dados conferem com o trabalho de Dorvil (1.987), tem que pacientes freqüentemente re-hospitalizados são descritos como aqueles que apresentam diagnósticos graves, tais como a esquizofrenia ou outras psicoses, ou distúrbios graves de personalidade, sendo geralmente do sexo masculino, jovens, solteiros, com pouca escolaridade e de nível socioeconômico baixo.

Dentro do Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental (PADO), as famílias dos pacientes receberam orientações voltadas a esclarecimentos e informações sobre a doença psiquiátrica, ao tratamento e ao prognóstico. A maioria das famílias do subgrupo avaliado (60%) aceitou o tratamento proposto, participando das reuniões de orientações e das sessões de psicoterapia no ambulatório do Sistema de Atenção à Saúde Mental. As sessões de psicoterapia familiar mostraram ser um espaço importante e necessário para que os cuidadores dos pacientes compartilhassem, uns com os outros, suas ansiedades, dúvidas e medos, além de servirem para a desmistificação da doença mental. Porém, 40% das famílias que não aderiram ao PADO justificaram que não dispunham de tempo para as reuniões em ambulatório, pois as mesmas coincidiam com o horário de trabalho e os patrões não dispensavam para este fim, além da falta de dinheiro para transporte.

Langley *et al.* (1.971), em sua experiência com este tipo de intervenção, relatam um trabalho realizado em seis sessões, incluindo uma visita à residência. Os objetivos são voltados para avaliar a pressão da família sobre o paciente, para ensiná-la a lidar com o estresse, para propor, ao paciente e familiares, estratégias de ação e para resolver os conflitos através de trocas e apaziguamentos. Nesses encontros, a família foi ensinada a administrar os medicamentos, identificar situações estressantes e agir adequadamente uns com os outros e com o paciente. Buscou-se estabelecer uma relação de amizade entre o paciente e sua família, focalizando aspectos da doença atual. Para tanto, foram utilizados os conselhos,

o reforço positivo e o treinamento em comunicação; foram estabelecidas tarefas familiares e o paciente foi encorajado a tomar parte nelas e a assumir compromissos. Esta conduta visou desestigmatizar o paciente, que foi estimulado a sair de seu papel de “bode expiatório”.

Vários trabalhos científicos (Pellentier, 1.988; Bandeira, 1.991; Kates *et al.*, 1.991; Carpentier *et al.*, 1.992), mostram a existência de uma correlação positiva e significativa entre o uso de técnicas psicoeducacionais, baixas doses de medicação e redução na taxa de reagudização do quadro psicótico. Estudos sobre o determinante das re-hospitalizações observam que é freqüente a associação positiva destas com a interrupção do medicamento (Hillard, Slomowitz, Deddens, 1.988). Segundo o trabalho de Bandeira (1.993), o medicamento foi o fator isolado que obteve mais resultados em diminuir a taxa de reinternações. É possível que a adesão ao medicamento seja o resultado do esforço dos familiares do paciente em manter este comportamento, evitando assim a interrupção do tratamento. A referida autora conclui que pacientes com menor grau de recidivas possuem um suporte maior das pessoas de seu ambiente. Portanto, é razoável supor que estas pessoas influenciem na adesão dos pacientes ao tratamento.

No PADO, observamos que as famílias puderam contribuir para a adesão dos pacientes à medicação e ao tratamento proposto. Segundo Liberman (1.988), certos fatores de proteção podem contrabalançar os déficits apresentados pelos pacientes psiquiátricos, ajudando em sua adaptação, tais como os medicamentos psicotrópicos, o suporte social das pessoas do meio social natural, o aumento das habilidades sociais e os programas de intervenção visando a transição à vida na comunidade.

Um fator associado freqüentemente às re-hospitalizações consiste em ambientes familiares com alto grau de emotividade negativa, críticas e hostilidades dirigidas ao paciente (Rosenfeld, 1.982).

Leff & Vaughan (1.985) desenvolveram um estudo comparativo entre famílias de alto índice de “emoções expressas”, no qual 12 pacientes (grupo-controle) receberam tratamento de rotina (medicação e consultas regulares) e outros 12 pacientes e suas famílias (grupo experimental) receberam além do tratamento de rotina, sessões de educação sobre a doença, reuniões de famílias com alto e baixo índices de “emoções expressas” e sessões

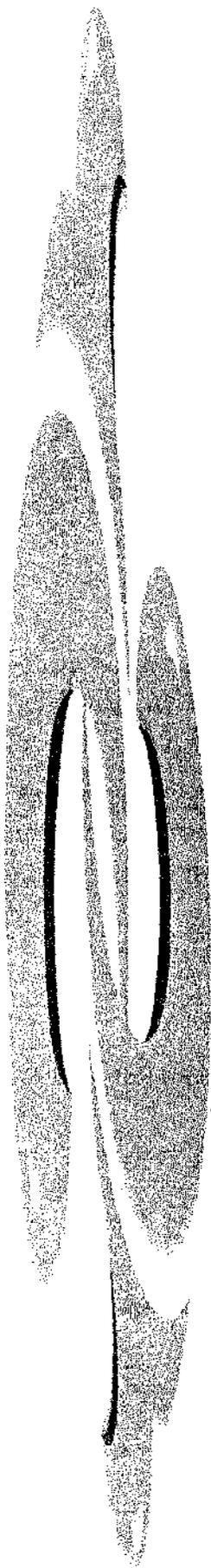
domiciliares com o paciente e familiares. A taxa de recaída no grupo experimental foi de 8%, enquanto no grupo-controle foi de 50%, nove meses após a alta hospitalar. Para os pacientes que fizeram uso regular de medicação, após dois anos de acompanhamento houve 20% de recaídas no grupo experimental contra 78% no grupo-controle.

Outro estudo investigou a influência de fármacos e socioterapia na prevenção de recaídas em 134 esquizofrênicos, nos Estados Unidos. Foram comparados quatro grupos: (1) atendimento familiar e medicação; (2) treinamento de habilidades sociais e medicação; (3) somente medicação e (4) atendimento familiar, treinamento de habilidades sociais e medicação. O atendimento familiar consistiu de reuniões educacionais e sessões domiciliares com familiares e paciente. Os pacientes foram acompanhados por um ano e, ao fim deste período, as taxas de recaída foram, respectivamente: 19%, 20%, 41% e 0%. Os autores ressaltaram que os efeitos do atendimento familiar e do treinamento de habilidades sociais puderam ser somados na prevenção de novos surtos (Hogarty *et al.*, 1.974).

Estes e outros trabalhos reforçam a importância das intervenções com famílias e pacientes, como complementos ao tratamento psicofarmacológico. Estudos mostraram, com efeito, que uma condição placebo está associada a 80% de reinternações, enquanto que a condição com medicamentos reduz esta taxa para 48% (Davis & Pasamanick, 1.972).

Outro dado a ser ressaltado refere-se ao fato de que o PADO é viável dentro da estrutura socioeconômica brasileira. No país, 12 % dos gastos do Estado com a saúde são destinados às ações de Saúde Mental, sendo que 90% destes são consumidos em internações psiquiátricas (Dunningham, 1.995). A esquizofrenia é o transtorno mental que mais consome recursos da sociedade no Brasil e em outros países. Teixeira (1.985) levanta algumas características de assistência médica previdenciária e aponta, como uma delas, a orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde de caráter preventivo e de interesse coletivo. Vários estudos demonstram que o custo de tratamentos na comunidade é bem menor do que as hospitalizações, como nos trabalhos de Weisbrod, Test & Stein (1.980), Wiersma *et al.* (1.995), Salize & Rössler (1.996).

O oferecimento desta nova modalidade de atendimento em Saúde Mental possibilita um tratamento mais integralizado e eficiente às pessoas impossibilitadas de ir ao ambulatório, como os deficientes físicos, pacientes com retardo mental grave, idosos com dificuldade de locomoção, drogaditos resistentes a tratamento, esquizofrênicos que não acreditam serem doentes, pacientes violentos e com tendências suicidas. Mais uma vantagem deste Programa consiste na continuidade de acompanhamento dos doentes mentais pela mesma equipe multidisciplinar, pois os profissionais que realizam os atendimentos domiciliares também atendem os pacientes em nível ambulatorial, favorecendo, com isso, uma melhor manutenção das relações interpessoais e, conseqüentemente, do tratamento.



## **6. CONCLUSÃO**

A implementação da política de ressocialização e de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica vem-se fortalecendo cada vez mais nos últimos anos. Como era de se esperar, as modificações efetuadas na política assistencial não foram suficientes para resolver todos os problemas da Saúde Mental. Sem dúvida, promoveram avanços significativos na assistência, mas também criaram novos problemas que ainda não foram superados.

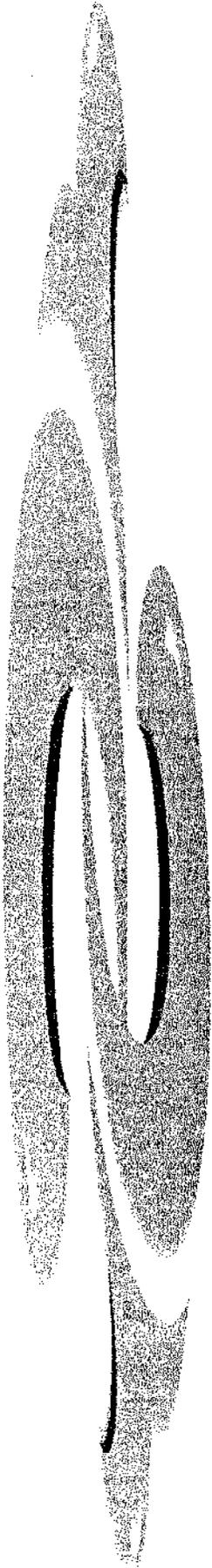
O Programa de Atendimento Domiciliar (PADO) surge como uma nova alternativa de tratamento em Saúde Mental e, através de sua avaliação, observamos que é possível evitar as internações psiquiátricas em grande parte dos casos, favorecendo assim uma maior permanência dos pacientes na comunidade.

O atendimento realizado no “setting” de cada paciente permite uma anamnese mais completa, observação da dinâmica familiar e um tratamento mais abrangente, mesmo nos casos dos pacientes e das famílias de pouca colaboração. Verificamos que a maioria das famílias aderiu ao PADO, contribuindo assim para o seguimento do tratamento dos pacientes. Infelizmente, são poucos os centros de saúde mental no Brasil que oferecem apoio específico para os familiares e que os aceitam como aliados em processos terapêuticos e de reabilitação.

Ressaltamos que o PADO é viável dentro da estrutura socioeconômica brasileira. Esta nova alternativa de tratamento, além de oferecer ao paciente e à sua família um atendimento mais humanizado, abre um novo espaço para repensar questões econômicas, pois propõe um custo menor ao Estado, ao tratar o paciente em seu próprio lar, ao invés de sua internação em um hospital psiquiátrico.

O modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental consome grandes recursos da sociedade. Uma política calcada no atendimento aos que sofrem de transtornos mentais, numa rede extra-hospitalar articulada às ações comunitárias, garante uma eficácia maior nas práticas terapêuticas e preventivas, a um custo mais baixo (Dunningham *et al.*, 1.995).

O Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental surge como uma experiência pioneira no país, contribuindo para o processo da desinstitucionalização, visando melhorar o tratamento aos doentes mentais e aumentar a permanência destes na comunidade, evitando ao máximo as hospitalizações, por muitas vezes dolorosas e traumáticas. Abre, também, novas frentes de pesquisas que possam oferecer ao paciente e familiares uma melhor qualidade de vida.



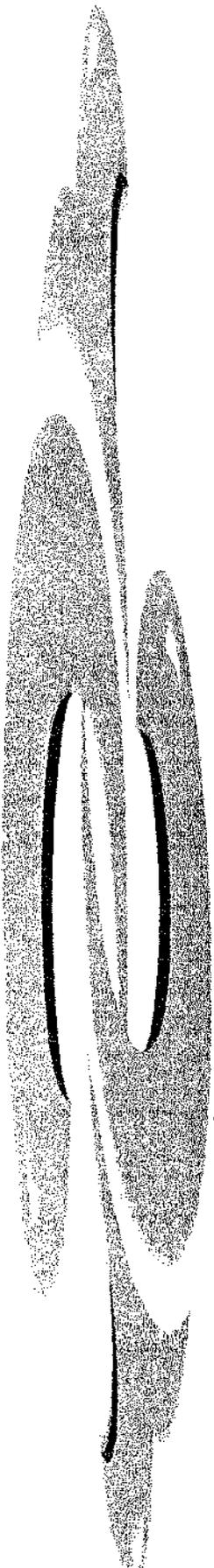
## ***7. SUMMARY***

The deinstitutionalization of psychiatric patients has been presenting difficulties due to the inefficacy of the programs of social reinsertion. Capable community services to substitute the psychiatric hospitals were not created in enough measure in any country. The present study has as objective to evaluate a new treatment alternative in Mental Health in Brazil - Home Assistance Program (HAP), accomplished in the municipal district of Hortolândia, State of São Paulo, Brazil.

Using the "action research" as methodology, HAP is constituted in study material and as procedure the evaluation of the program effectiveness is accomplished, being accompanied a subgroup of 35 psychotic patients assisted in the 2 year-old period. The Program consists of home attendances accomplished by a multidisciplinary team, composed by a psychiatrist, a psychologist, a social worker, an occupational therapist, a nurse and a nurse assistant. The diagnoses are made through the International Classification of Diseases - 10 (ICD-10). Violent patients are assisted by the team and medicated at their own houses in an emergency assistance. In the case of hospitalization, the Psychiatry Infirmery Hospitalization Protocol of the Clinics Hospital of the State University of Campinas (Unicamp) is used. The comparison is made through the indications of psychiatric hospitalization with the realized. The patients' adhesion and of their respective families are also verified to the treatment proposed for 2 years.

The results present that: 17 (48,57%) patients presented indications of psychiatric hospitalization. Those who obtained hospitalization indication, 5 (29,41%) were hospitalized; therefore it were avoided 12 (70,59%) hospitalization. With relationship to the treatment, 19 (54,29%) patients adhered to the Program immediately, but 16 (45,71%) needed another visits to accept the treatment. The families, in its majority, 21 (60%) adhered to HAP, even so 14 (40%) didn't make it.

The Program shows efficiencies on patients and families adhesion, and capable to avoid the hospitalization. HAP comes as a new treatment alternative in Mental Health, favoring the patient's recovery in their own homes and aiding the families to understand and work better with their own psychiatric patients.



**8. REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**

- ANDREWS, G. & GOLDSTEIN, G. The economic costs of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 1985, **42**:537-43.
- BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1991, **40** (7): 355-360.
- \_\_\_\_\_, Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1993, **42**(9): 491-498.
- \_\_\_\_\_, LESAGE, A., MORISETTE, R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1994, **43** (12): 659 -666.
- BARNES, G.E. & TOEWS, J. Desinstitutionalization of chronic mental patients in the canadian context. *Canadian Psychology*, 1983, **24**(1): 22-36.
- \_\_\_\_\_, Mental health professionals knowledge in the field of caring for chronic mental disorders. *Soc. Sci. Med.*, 1985, **21** (11): 1229-1233.
- BARSA, J.J.; KASS, F.; BELLS, C.; CHARLHES, E. Development of a cost-efficient psychogeriatrics service. *Am. J. Psychiatry*, 1985, **142** (2): 238-241.
- BARRY, M.M. & CROSBY, P.C. *Br. J. Psychiatry*, 1996, **168**:210-16.
- BASAGLIA, F. *A psiquiatria alternativa*. Editora Brasil Debates Ltda., São Paulo, 1979.
- \_\_\_\_\_, GALLIO, G. Vocazione terapeutica e lotta di classe per un'analisi crítica del modello italiano. (1950-1979). - Divulgação do Centro Studi e Ricerche, Trieste, 1979.
- BENDER, M.P. *Psicologia da comunidade*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.
- BORSON, S. & LIPTZIN, B. Psychiatry and the nursing home. *Am. J. Psychiatry*, 1987; **144**: 1412-1418.
- BOTEGA, N. J. & DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico*. São Paulo, Editora Moraes, 1992.

- BRANDÃO, C.R. **Pesquisa participante**. São Paulo, Editora Brasiliense, 1990.
- BRAUN, P.; KOCHESKY, G.; GREENBERG, S.; JOHNSON, S. Overview: desinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. **Am. J. Psychiatry**, 1981, **138**: 736-749.
- BROOKER, C., GOLDBERG, D., GRAHAM, H. The outcome of training community psychiatric nurses to deliver psychosocial intervention. **Br. J. Psyc.** 1994, **165**: 225-230.
- CAETANO, D.; PESSOA, F.O.; BECHELLI, L.P.C. **Esquizofrenia - atualização em diagnóstico e tratamento**, São Paulo, Editora Atheneu, 1993.
- \_\_\_\_\_, **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 - Diretrizes clínicas e diretrizes diagnósticas**. OMS, Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- CARPENTIER, N.; LESAGE, A.; GOULET, J.; LALONDE, P.; RENAUD, M. Burden of care of families not living with young schizophrenics relatives. **Hospital and Community Psychiatry**, 1992, **43** (1): 38-43.
- CARSE, J.; PANTON, N.; WATT, A. A district mental health service - the whorting experiment. **Lancet**, 1958, January, **4**: 39-41.
- CASALS-ARIET C. & BLUESTONE H. Non emergency forensic psychiatric house calls. **J. Forensic Sci**, 1984; **29**(3): 831-835.
- CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro-São Paulo: Atheneu, 1989.
- CHASE, K. & HENDRY, M. A continuum of care from hospital to community. **Administration and Policy in Mental Health**, 1989, **16** (4): 227-238.
- CLUAIN MHUIRE SERVICE **Safety Statement**, 9(4-29), Dublin, 1993.
- CYR, M.; TOUPIN, J.; LESAGE, A. L'évaluation des problèmes psychiatriques graves. **Rapport présenté au CGRS**, 1992.

- DAKER, M.V. Aspectos gerais das reformas sanitárias e psiquiátricas italianas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 1987, **36** (1): 59-63.
- DAVIS, A.E. & PASAMANICK, B. The prevention of hospitalization in schizophrenia: five years after an experimental program. **Am. J. Orthopsychiatry**, 1972, **42**: 375-388.
- DAVIS, J.M. Overview: maintenance therapy in psychiatry. 1. schizophrenia. **Am. J. Psyc.**, 1975, **132**: 237-245.
- DEAN, C. & GADD, M. Home treatment for acute psychiatric illness. **Br. Med. Journal**, 1990, **301** (11): 1021-1023.
- \_\_\_\_\_; PHILLIPS, J.; GADD, E.M. Comparison of community based service with hospital with based service for people with acute, severe psychiatric illness. **B.M.J.**, 1993, **307** (08): 473-476.
- DELGADO, PGG. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: Tundis S. & Costa N. R. **Cidadania e loucura, políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, Ed. Vozes, 1987.
- \_\_\_\_\_, **Projeto de lei número 3657**, Brasília, 1.989.
- DORVIL, H. Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'hôpital Louis L. Lafontaine. **Santé Mentale au Québec**, 1987, **XII** (1) 79-89.
- DOWIE R. National trends in domiciliary consultations. **Br.Med.J.**, 1983, **286**: 819-822.
- DUNNINGHAM, W. & AGUIAR, W.M. O custo social dos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 1995, **44** (8): 419-422.
- FALLON, I.R.H. Expressed Emotion: current status. **Psychol. Med.**, 1988, **18**:269-74.
- \_\_\_\_\_, Family management of schizophrenia. In: Weller M., **International perspectives in schizophrenia**, 1990
- FENTON, F.R. & TERSIER, L. A comparative trial of home treatment and hospital psychiatric care: one year follow-up. **Arch. Gen. Psyc.**, 1979, **36**: 1073-1079.

- GRAD, J. & SAINSBURY, P. The effect that patients have on their families in a community care and a control psychiatry service - a two year follow-up. **Br.J.Psyc.**, 1968, **114**: 295-278.
- HARDING, C.M.; BROOKS, G.M.; STRAUSS, M.J.S.; ASHIKAGA, T. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness - 1: methodology, study sample and overall status 32 years later. **Am. J. Psyc.**, 1987, **144** (6): 718-726.
- HARNOIS, G.P. Challenges to the reintegration of the mentally ill in Québec, Canada. **Journal of Mental Health**, 1987, **15** (4): 6-15.
- \_\_\_\_\_, **Projet de politique de santé mentale pour le Québec**. Comité de la politique de Santé Mentale, Gouvernement du Québec, 1988.
- HILLARD, R.; SLOMOWITZ, M.; DEDDENS, J. Determinants of emergency psychiatric admissions for adolescents and adults. **Am. J. Psyc.**, 1988, **145**(11): 1416-19.
- HOGARTY, G.E.; GOLDBERG, S.C. SCHOOLER, N.R.; ULRICH, R.F. Drug and psychotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. **Arch. Gen. Psychiatry**, 1974, **31**: 603-18.
- HOULT, J.; ROSEN, A.; REYNOLDS, I. Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. **Soc. Sci. Med.**, 1984, **18**(11): 1005-1010.
- KAPUR, R.L. & PAI S. Impact of treatment intervention on the relationship between dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on the family of psychiatric patients. **Psychol. Med.** 1982, **12**: 651-8.
- KATES, N.; LEPAGE, P.; WEBB, S. Therapy begins at home: the psychiatric house call. **Can. J. Psyc.**, 1991, **36**(9): 673-676.
- KIESLER, C.A. Mental health and alternative care: non institutionalization as potential public policy for mental patients. **Am. Psychol.**, 1982, **37**(4): 349-360.

- KINOSHITA, R.T. Uma experiência pioneira - a reforma psiquiátrica italiana. *In: Marsiglia R.G.; Dallari, D.A.; Lancetti, A; Costa, J.F.; Moura Neto, F.D.M.; Kinoshita, R.T. - A doença mental e cidadania - S.P., Ed. Mandacaru, 1987.*
- KNAPP, M. Service use and costs of home base x hospital based care for people with serious mental illness. *Br.J.Psyc.*, 1994, **165**: 195-203.
- LANCETTI, A. **Prevenção, preservação e progresso em saúde mental.** São Paulo, Ed. Hutitec, 1989.
- LANGSLEY, D.G.; PITTMAN, F.S.; MACHOTKA, P. Family crises therapy- results and implications. *Family Process*, 1968, **7**: 145-158.
- \_\_\_\_\_ ; MACHOTKA, P. Avoiding mental hospital admission: a follow-up study. *Am. J. Psyc.*, 1971, **127** (10): 1391-94.
- LEFF, J. & GLASS, I. A trial of family therapy in relatives group for schizophrenia. *Br.J. of Psyc.*, 1989, **154**: 58-66.
- \_\_\_\_\_ & VAUGHAM, C.E. Expressed emotion The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow-up. *Br. J. Psychiat.*, 1981, **139**: 102-104.
- LIBERMAN, R.P. Coping with chronic mental disorders: a framework for hope. *In: Liberman, R.P. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients.* Washington DC, American Psychiatry Press, 1988.
- LOSSON, J.P. & PARRATE, J. Desinstitutionalization au Québec. *Information Psychiatrique*, 1988, **64**(10): 1289-1298.
- MARKS, I.M.; AUDIN, B.; LAURENCE, E. Home based X out patients / in patients care for people with serious mental illness - phase I of controlled study. *Br. J. Psyc.*, 1994, **165**: 204-210.

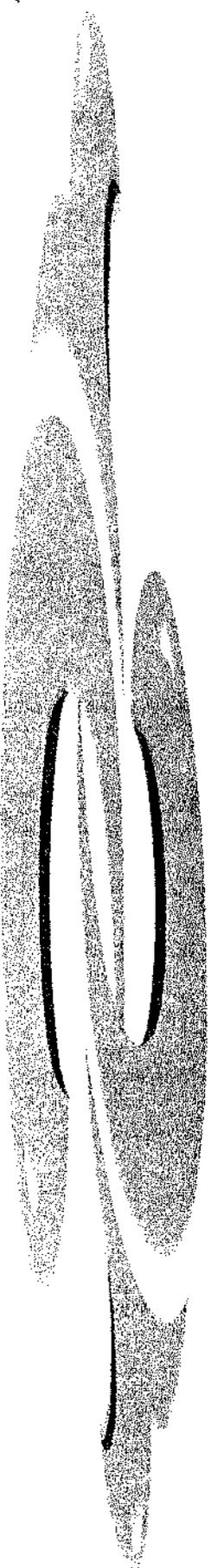
- \_\_\_\_\_ ; MUIJEN, M.; AUDIL, B.; MAC NAME, G. Home based versus hospital based care for people with serious mental illness. **Br. J. Psyc.**, 1994, **165**: 179-194.
- MELLO, J.H.R. Esquizofrenia; sobrecarga do cuidador. *In: O que é ser familiar de doente mental. Informação Psiquiátrica*, 1997, **16(3)**: 117-119.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria n.º 224. Brasília, 1992.
- MIOTO, R. C. T. O Tratamento da família. *In: Esquizofrenia, Atualização em Diagnóstico e Tratamento*. Ed. Atheneu, 1993.
- MORGADO, A. & LIMA, L.A. Desinstitucionalização suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 1994, **43(1)**: 19-28.
- \_\_\_\_\_. Asilo e hospital psiquiátrico: ainda são necessários na era da saúde mental comunitária? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 1995, **44 (11)**: 551-558.
- MOSHER, R.L. Italy's revolutionary mental health law, an assessment. **Am. J. Psyc.**, 1988, **139**: 199-203.
- MPAS/INAMPS. Programa de reorientação da assistência psiquiátrica. Portaria nº 3. 108/BSB/1982/83.
- MUIJEN, M.; MARKS, I.; CONNOLY, J.; AUDINI, B. Home based care and standart hospital for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. **B.M.J.**, 1992a, **304 (3)**: 749-754.
- \_\_\_\_\_, The daily living programe preliminary comparison of community versus hospital - based treatment for seriously mentally ill facing emergency admissão. **B.J. Psyc.**, 1992b, **160**: 379-384.
- PASAMANICK, B.; SCARPATTI, F.; DINITZ, S. **Schizophrenia in the community. An experimental study in the prevention of hospitalization**. New York, Appleton-Century-Crofts, 1967.

- PELLENTIER, L. Psychiatric home care. **Journal of Psychosocial Nursing**, 1988, 26(3): 22-27.
- RAMSDELL, J.; STWART, J.; JACKSON, J. The yield of a home visit in the assesment of geriatric patients. **J. Am. Geriatr. Soc.**, 1989, 37 (1): 17-24.
- RICHMAN, H. Mental hospital desistitutionalization in Canadá. A national perspective with some referal examples. **Int. J. Ment. Health**, 1983, 11 (4): 64-83.
- ROSENFELD, A.H. Closing the revolving door through family therapy. **Hospital and Community Psychiatry**. 1982, 33: 893-94.
- SALIZE, H.J. & RÖSSLER, W. The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A cost evaluation for a German catchment area. **Br. J. Psyc.**, 1996, 169: 42-48.
- SAN MARTIN, H. Trabajo en equipo y equipo de salud. In: Salud y Enfermidad, La Prensa Médica Mexicana, 1968.
- SARACENO, B. Psiquiatria e saúde mental. **J. Br. Psic.**, 1995, 44 (8): 389-393.
- SCHEPPER-HUGHES, E.M. Has desistitutionalization failed? Caveats and Lessons from US and Italy. **Regards Anthropologiques en Psychiatrique**, Montreal, Editions du Gireme, 1988, 161-177.
- SCHOGT, B. & SAVOY, J. Assessing the protection and service needs of the impaired elderly living in the community. **Am. J. Psyc.**, 1987, 32 (3): 179-184.2
- SEGAL, P.S.; EGLEY, L.; WATSON, M.; GOLDFINGER, S. The quality of psychiatric emergency evolution and patient outcome in country hospital. **Am. J. Public Health**, 1995, 85 (10): 1429-1431.
- SHADISH, W.R. Lessons from the implementation of desinstitutionalization. **Am. Psychol.**, 1984, 39 (7): 725-738.

- SHULMAN, K. & ARIE, T. UK Survey of psychiatric services for the elderly: direction for developing services. **Can. J. Pshyc.**, 1991, **36** (3): 169-175.
- SOREFF, S. New directions and added dimensions in home psychiatry treatment. **Am. J. Psyc.**, 1983, **140** (9): 1213-1216.
- STEIN, L.I. & TEST, M.A. Alternative to mental hospital treatment: conceptual model, treatment program and clinical evaluation. **Arch. Gen. Psyc.**, 1980, **37**: 392-397.
- \_\_\_\_\_, Alternative to mental hospital treatment. **Arch. Gen. Psyc.**, 1980, **37**: 405-411.
- TALBOT, J.A.; GOLDMAN, H.H.; ROSS, L. Schizophrenia: na economic prespective. **Psychiatric Annals**, 1987, **17**: 577-79.
- \_\_\_\_\_, & MANEVITZ, A. **Psychiatry house calls**. Washington DC. Am. Psyc. Press, Inc., 1988.
- TEIXEIRA, S.M.S. Reorientação da assistencia médica previdenciária: um passo adiante ou dois atrás? **Rev. Admin. Pública**, 1985, **19**: 48-50.
- TEST, M.A. & STEIN, L. Alternative to mental hospital treatment. III social cost. **Am. Gen. Psyc.**, 1980, **37**: 409-412.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo, Ed. Cortez, 1985.
- VAISSMAM, M.; LEUCOVITZ, S.; AMARANTE, P.D. A saúde mental na reforma sanitária. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 1987, **36** (6): 347-52.
- WALLOT, H. L'ideologie de la desinstitutionalization en psychiatrie. **Information Psychiatrique**, 1988, **64** (10): 1281-1286.
- WEISBROD, B.J.; TEST, M.A.; STEIN, L. Alternative to mental hospital treatment - Economic benefits - Cost analysis. **Am. Gen. Psyc.**, 1980, **37**: 400-405.

WIERSMA, D.; KLUITER, H.; NIENHUIS, J.F.; RÜPHAN, M. Cost and benefits of hospital and they treatment with community care of affective and schizofrenic disorders. **Br. J. Psyc.**, 1995, **166** (27): 52-59.

ZHAO GUO-QIU. Introduction to the mental health delivery system in Hangzhou. **Hangzhou Mental Health Office**, 1994, 4-5.

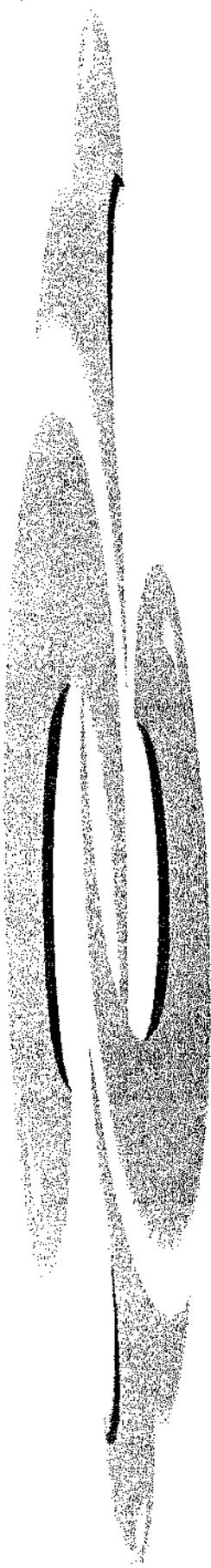


**9. FONTES  
CONSULTADAS**

- BANZATO, C.; RAIMUNDO, A.; MALVEZZI, E.; RIBEIRO, C. Hospital-dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira: avaliação do primeiro ano de funcionamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1993, **42** (4): 197-201.
- BASTOS, O. O conceito de doença mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995, **44** (3): 111-115.
- BODLUND, O.; KULLGREN, G.; EKSELIUS, L.; KNORRING, L. Axis V - Global assessment of function scale. Evolution of a self-report Version. *Acta Psy. Scand.* 1994, **90**:342-347.
- BOURICIUS, J.K. Community based care in western massachusetts, *Am. J. Psychiatry*, 1991, **148** (6): 816-817.
- COHEN, S.; SARUK, C.; HARPER, D. Psychiatric training in gender specific psychology and goals for women in therapy. *Can. J. Psy.*, 1983, **28** (2): 128-131.
- CROWCROFT, A. *O psicótico - compreensão da loucura*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1971.
- FERDINAND, R.F.; REIJDEN, M.; GIAL, R. Assessment of the prevalence of psychiatric disorders in young adults. *B. J. of Psyc.*, 1995, **166**: 480-488.
- FERNANDES, J.D. Contribuição de equipe multiprofissional nas ações de saúde - mito ou realidade? *Rev. Bras. Enf.*, 1981, **34**: 175-181.
- FOLSTEIN, M.F.; ROVNER, B.W.; KAFONEK S.; FILIPP, L. Prevalence of mental illness in a community nursing home. *Am.J. Psychiatry*, 1986, **143**: 446-449.
- FURUKAWA, T.; SUMITA, Y.; NAKAZATO, H. Predictive validity of subtypes of chronic affective disorders derived by cluster analysis. *Acta Psic. Scand.*, 1995, **91**: 379-385.
- GOLDMAN, H.H. & SKODOL, E.A. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social function. *Am. J. Psyc.*, 1992, **149**: 1148-1156.

- HOFFMAN, F.B. Future trends in the legal rights of patients in nursing homes. *C. M. A. J.*, 1989, **141**(1): 21-25.
- INFANTE, R. Uma nova perspectiva em saúde mental. A abordagem dos modelos de hospital-dia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1991, **40**(4): 157-159.
- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. *Compêndio de psiquiatria*. 2a. ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- LINK, B.G. & CULLEN, F.T. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am.J. Soc.*, 1987, **92** (6): 1461-1500.
- MARSON, S.; TYRES, P.; QUIETT, S.; JACK, S.; BUKELL, P. Early intervention in psychiatric emergency. A controlled clinical trial. *Lancel*, 1992, **335**: 1311-1314.
- MORRIS, H.; ROWNER, W.B.; FOLSTEIN, M. Delusions in newly admitted residents of nursing homes. *Am. J. Psyc.*, 1990, **147**13: 295-302.
- PATTERSON, A.D. & MUIJING, S.L. Field trial of the global assessment of functioning scale modified. *Am. J. Psyc.*, 1995, **152** (9): 1386-1388.
- PITTA, A.M.F. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1994, **43** (12): 647-654.
- PRESLEY, A.; GRUBB, A.B.; SEMPLE, D. Predictors of successful rehabilitation in long-stay patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1982, **66**: 83-88.
- QUEIROZ, J.P.F. Reflexões sobre a equipe psiquiátrica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1993, **42** (9): 469-481.
- RAPPAPORT, J. *Community psychology: values, research and activities*. New York, Rinehart, Wiston, 1977.
- ROWNER, W.B.; KAFONEK, S.; FILLIPP, L.; SWES, M.J.; FOLSTEIN, M.F. Prevalence of mental illness in a community nursing home. *Am. J. Psyc.*, 1986, **143** (11): 1446-1449.

- RUND, B.R. The relationship between psychosocial and cognitive functioning in schizophrenic patient and expressed emotion and communication deviance in their parts. **Acta Psych. Scand.**, 1994, **90**: 133-140.
- STEWART, C.D. & ROBINSON C.C. Combining motherhood with psychiatric training and practice. **Am. J. Psych.**, 1985, **30** (1): 28-34.
- SYMASKI, S.; LIBERMAN, A.J.; COGNER, T.; GEISHEN, S. Gender differences onset of illness. treatment response in first episode schizophrenic patients. **Am. J. Psych.**, 1995, **152**: 698-703.
- TARIOT, P.N.; PODGORSKI, C.A.; BHEZIA, L. Mental disorders in the nursing home: another perspective. **Am. J. Psych.**, 1993, **150** (7): 1063-1069.
- WINNICOTT, D. N. **A família e o desenvolvimento do indivíduo**. Tradução de Jane Correa. Ed. Interlivros, 1980.
- WISBERG, B.G.; BIEHER, I.; KUPIETZ, S.; BOTTL, B.; BALKE, B.S. Home versus hospital care of children with lochourius disorders. **Arch. Gen. Psych.**, 1980, **37**: 413-418.



***10. ANEXOS***

**ANEXO I: Ficha de Atendimento do Sistema de Atenção à Saúde Mental**

**QUESTIONÁRIO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR**

**I. IDENTIFICAÇÃO:**

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO:  F  M

COR:  Branca  Parda  Negra  Amarela

IDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  Casado/Amasiado  Solteiro  Separado/Divorciado  Viuvo

FILHOS: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

ATIV. OCUPACIONAL:  Ativo  Ativo mas irregular  Inativo Há qto. tempo? \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_

**II. ENCAMINHAMENTO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. MOTIVO DA CONSULTA:**

(QUEIXAS, DURAÇÃO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IV. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:**

(EVOLUÇÃO DA DOENÇA, TRATAMENTOS, INTERNAÇÕES, MEDICAÇÕES ANTERIORES E ATUAIS, FATORES ASSOCIADOS OU AGRAVANTES)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**IX. HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (Segundo a CID-10):**

---

---

---

**X. CONDUTA:**

---

---

---

Medicação no local ?  Sim  Não

Listar medicamentos psiquiátricos utilizados: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:**

S.A.S.M.  Visita domiciliar  Pronto Socorro Clínico  Internação Psiquiátrica

**XI. OBSERVAÇÕES:**

---

---

---

**XII. PROFISSIONAL RESPONSÁVEL E DATA:**

---

## **CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO**

### **Enfermaria de Psiquiatria - HC-UNICAMP**

1. O paciente apresenta **risco para si mesmo**.
  - 1.1. **Risco de Suicídio.**
    - 1.1.1. O paciente está convencido de que o **Suicídio é a Saída** para seus problemas.  
(Inclua-se aqui a ideação suicida motivada por delírio e/ou alucinações).
    - 1.1.2. O paciente **dissimula arrependimento** após tentativa frustrada.
    - 1.1.3. O paciente **não revela a motivação** para o suicídio ou ideação suicida.
    - 1.1.4. O paciente se encontra com **insuficiente suporte sócio-familiar**.
    - 1.1.5. A causa/motivação para o suicídio é **passível de tratamento**.
  - 1.2. **Risco de Morte por Inanição ou Desidratação.**
    - 1.2.1. O paciente **recusa-se terminantemente** a se alimentar ou ingerir líquidos.
    - 1.2.2. A recusa é devida a processo **reconhecidamente psicopatológico**.
    - 1.2.3. A **Família esgotou seus recursos** para tentar alimentar o paciente.
    - 1.2.4. O **paciente mora só** ou em companhia de pessoas que não tem condições de se responsabilizar pela alimentação ou ingesta hídrica do paciente.
  - 1.3. **Risco de ser Agredido, Preso, Morto ou de Comprometer a Saúde ou as Finanças.**
    - 1.3.1. O paciente apresenta **comportamento inconseqüente, desnibido, gastador, bizarro, paranóide**.
    - 1.3.2. A família não consegue ou não pode **mantê-lo sob vigilância**.
    - 1.3.3. O paciente **vive só**.
    - 1.3.4. Há **ameaças concretas** contra o paciente.
    - 1.3.5. O paciente está **gastando mais do que pode**.
    - 1.3.6. O paciente apresenta **comportamento sexual de risco**.
    - 1.3.7. O comportamento é devido a processo **reconhecidamente psicopatológico**.
    - 1.3.8. A causa/motivação para o comportamento é **passível de tratamento**.
  - 1.4. **Risco Inespecífico.**
    - 1.4.1. O paciente apresenta **capacidade de julgamento seriamente comprometida**.
    - 1.4.2. A família não consegue ou não pode **mantê-lo sob vigilância**.
    - 1.4.3. O paciente **vive só**.
    - 1.4.4. A perda da capacidade de julgamento é devida a processo **reconhecidamente psicopatológico**.
    - 1.4.5. A causa do comprometimento é **passível de tratamento**.

2. **O Paciente Recusa Tratamento.**
  - 2.1. O tratamento é **indispensável**.
  - 2.2. O paciente apresenta **capacidade de julgamento seriamente comprometida**.
  - 2.3. A perda da capacidade de julgamento é devida a processo **reconhecidamente psicopatológico**.
  - 2.4. **A família esgotou seus recursos** para tentar dar a medicação ao paciente.
  - 2.5. **O paciente mora só** ou em companhia de pessoas que não têm condições de se responsabilizar pela medicação do paciente.
  
3. **O Paciente apresenta Risco aos Outros.**
  - 3.1. O paciente apresenta **comportamento agressivo**.
  - 3.2. O paciente faz **ameaças constantes** de agressão física.
  - 3.3. O paciente **já agrediu fisicamente** alguém nesse ou em outros surtos/fases da doença.
  - 3.4. A motivação para a agressão não pode ser **removida ou modificada**.
  - 3.5. A motivação para a agressão é **delirante ou incompreensível**.
  - 3.6. A família não consegue ou não pode **contê-lo**.
  - 3.7. O paciente **vive só**.
  - 3.8. A causa/motivação para a agressividade é **passível de tratamento**.
  
4. **O Paciente Necessita de Avaliação ou Investigação.**
  - 4.1. O paciente necessita de avaliação por propedêutica armada em **caráter de urgência**.
  - 4.2. O paciente necessita **ser observado** para se firmar um diagnóstico e a informação dos familiares é insuficiente.
  - 4.3. A investigação restringe-se ao diagnóstico diferencial de desordens psiquiátricas e de **desordens psico-orgânicas**.
  
5. **Caso de Interesse Científico.**
  - 5.1. O Paciente apresenta **quadro psiquiátrico raro**.
  - 5.2. A **apresentação clínica** do paciente é **incomum**.
  
6. **O Paciente Necessita de Tratamento Especializado.**
  - 6.1. O tratamento do paciente **não pode ser feito ambulatorialmente**: E.C.T., drogas que o paciente não pode comprar, etc.

## Sistema de Atenção à Saúde do Município

### AÇÕES DESCENTRALIZADAS DE SAÚDE

#### UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Casa do Médico Residente de Família & Enfermagem de Quarteirão

- PADO - Programa de Atendimento Domiciliar Programa de Saúde Mental Domiciliar
- Programa de Fisioterapia Domiciliar
- SIDH - Serviço de Internação Domiciliar

#### UNIDADES MÓVEIS DE SAÚDE:

- SISI - Serviço Itinerante de Saúde Infantil
- SISM - Serviço Itinerante de Saúde da Mulher
- SISO - Serviço Itinerante de Saúde Oral

### AÇÕES CENTRALIZADAS DE SAÚDE

#### UNIDADE CENTRAIS DE ATENDIMENTO

Vila Real, Jd. Rosolém e Jd. Amanda:

- Pronto Atendimento (24 horas)
- Pronto Atendimento Odontológico aos finais de semana.
- Ambulatórios de:
  - Clínica Médica
  - Ginecologia
  - Pediatria
  - Odontologia

#### Centro de Especialidades Médicas (Vila Real):

- Cardiologia
- Neurologia
- Gastro-Endoscopia
- Dermatologia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Fisioterapia

- Raio X
- Eletrocardiografia

### AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL PRONTO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

CIF - Centro de Atenção Integral à Saúde da Família

Ambulatórios de:

- Clínica Médica
  - Pediatria
  - Ginecologia
  - Odontologia
  - Educação em Saúde
  - Profissionalização da Mulher
- Jd. Santa Clara, Jd. Adelaide, Parque Hortolândia (Cadece).

#### • Médico de Família e Enfermeira de Família:

Jd. Amanda.

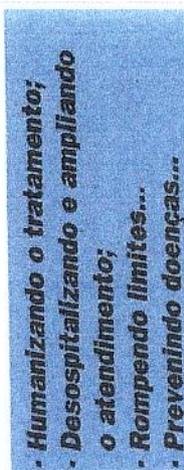
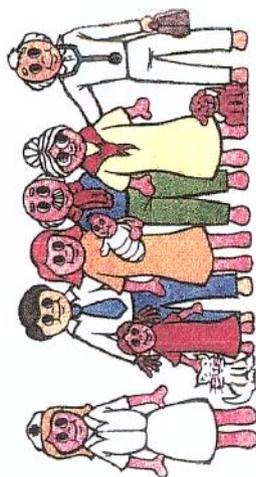
#### CIR - Centro Integrado de Reabilitação

- Escola Especial para Deficientes Mentais
- Escola Especial para Deficientes Auditivos
- Ambulatório de Múltiplas Deficiências
- Dificuldades de Aprendizagem
- Oficina de Trabalho

CASPH - Centro de Atendimento à Saúde Pública de Hortolândia

- Referenciamento de Internações
- Consultas de Especialidades
- Agendamentos Transportes

### SERVIÇO DE TRANSPORTE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24 HORAS



## O que é?

É uma nova forma de atenção em saúde mental para pacientes crônicos e agudos que apresentam dificuldades para comparecer às unidades de saúde mental (pronto atendimento psiquiátrico - ambulatório de saúde mental).

A Equipe Multiprofissional passa a atender no domicílio e na comunidade, de forma descentralizada e integral, desinstitucionalizando o paciente e sua família do atendimento convencional (hospital psiquiátrico).

## Como funciona?

A família, a comunidade ou o serviço de saúde responsável pelo paciente deve procurar a CASPH - PADO, que irá programar uma visita a este paciente para avaliação e inclusão no programa.

Endereço: **CASPH-PADO**  
Rua José da Silva Gaivão, nº 75 - Vila Real  
Telefone: **65.2771**

## Para quê?

- Garantir a Assistência em Saúde Mental e Psiquiatria às pessoas que tenham limitações na busca do atendimento de saúde mental convencional (ambulatório, hospital, etc.);

- Atendimento de urgência em Saúde Mental e Psiquiatria para pacientes em que o estado físico, psíquico-emocional e/ou social, são fatores de impedimento de locomoção ao pronto-atendimento psiquiátrico do Município;

- Acompanhamento para a continuidade do tratamento psiquiátrico e psicológico de pacientes após sua alta hospitalar, com o objetivo de evitar internações;

- Atendimento a pacientes em programa no ambulatório de Saúde Mental que necessitem de um acompanhamento para a reorganização da dinâmica familiar através de orientações contínuas;

- Trabalhar na comunidade, espaços de promoção da Saúde e grupos de auto-ajuda.

## Quem faz?

Uma equipe multiprofissional, composta de:

- Médico Psiquiatra;
- Psicólogo;
- Enfermeira Psiquiátrica;
- Auxiliar de Enfermagem;
- Terapeuta Ocupacional;
- Assistente Social.

## Endereço

### AMBULATÓRIO DA SAÚDE MENTAL E PRONTO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO

Rua Luis Camilo de Camargo, nº 500  
Remanso Campineiro

Um telefone a serviço da Saúde Mental no Município

**F: 65.2248**