

Maria Cristina Pereira Lima

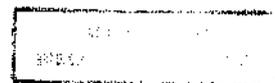
**HOSPITAL-DIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU - UNESP: ESTUDO DESCRITIVO DA
POPULAÇÃO ATENDIDA**

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 Saúde
Mental.

ORIENTADOR: Prof. Dr. *Neury José Botega*

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Campinas, Junho de 1999.

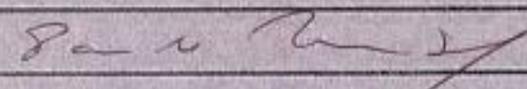
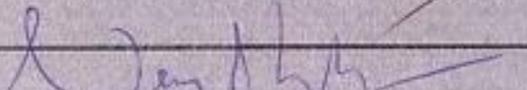
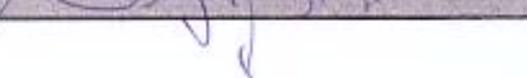


6819167

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Membros:

1. 
2. 
3. 

Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração Saúde Mental, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 38/6/99



Ao *Luiz e Thereza*, meus pais e ao *Walter e Patrícia*, meus irmãos, pelo carinho e o estímulo do “pré” à “pós”.

Ao *André*, por estar sempre perto, por ser uma pessoa maravilhosa e por outras coisas que não cabem em palavras ou em dissertações.

Ao *Henrique e Guilherme*, meus super-heróis fortes e corajosos, que enfrentam monstros e bandidos, resgatam princesas e me fazem mais feliz.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Neury José Botega, orientador absolutamente acolhedor em todas as gestações que aconteceram nesse período, agradeço o estímulo constante e o empenho em diminuir, tanto quanto possível, a distância entre Botucatu e Campinas.

À Profa Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, profissional competente e afetuosa, pelas sugestões preciosas em vários momentos da minha vida - de dissertações a *mousses* -, pela porta sempre aberta, pela doçura e, principalmente, pelo exemplo de vida universitária. É muito bom tê-la por perto.

Às Profa Albina Rodrigues Torres e Profa Sumaia Inati Smaira, amigas e cúmplices, pela convivência calorosa e pelo apoio logístico, linguístico e afetivo.

À Profa Florence Kerr-Corrêa, pelo estímulo à pesquisa e pela leitura cuidadosa dos originais deste trabalho.

À Profa Ivete Dalben, pela “maternagem” na análise estatística e a paciência com a aluna.

À equipe do Hospital-Dia de Botucatu: José Roberto Tozzoni dos Reis, Mariângela Quarentei, Marli Benedita Santos Ribeiro, Silvia Maria Danziato, Silvia M.F.C. Marcolino, Telma Oliveira Gomes e Vânia Moreno, pelo trabalho atencioso e criativo com os pacientes, pela companhia no dia a dia e pela compreensão com minha ausência nos últimos tempos.

Às companheiras do grupo de Psicodrama de Botucatu: Ana, Biba, Geni, Gimol, Neide, Neusa, Regina, Sumaia e também Miguel Navarro, pelos passeios ao parque de diversões, no barco, no castelo e todas as outras “viagens” que fizemos juntos.

Ao Dr. Ronaldo Rossini e Dra. Ana Maria Tiosso, colegas da disciplina de Psiquiatria de Botucatu, pela amizade e pela retaguarda no cotidiano, em particular no Hospital-Dia.

Ao Chico, Geraldo, Marcos e Vanderci, funcionários do Depto de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, que prontamente cuidaram e cuidam dos pedaços burocráticos do meu trabalho.

Ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em especial à Profa. Lidia Strauss, à

Sra. Mônica AP.C.G. de Almeida e à Maria Luisa Gazabim S. Ballarim. Três mulheres que, em diferentes momentos, descomplicaram muito minha vida acadêmica.

À Bibliotecária Rosemary Cristina da Silva (Botucatu - UNESP) e à Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas (UNICAMP) pela revisão das referências e pela ficha catalográfica.

A Deomara Cristina Damasceno e ao Mário Augusto Dallaqua, pela editoração deste trabalho.

Aos residentes e estagiários, particularmente Edgar e Rodrigo, que ajudaram muito em momentos críticos e André e Valquíria, que, com suas oficinas, coloriram as paredes do HD.

Aos pacientes que emprestaram seus sintomas e suas incapacitações para que eu calculasse médias e desvios padrões, construísse tabelas e quadros, me emocionasse com suas histórias e pudesse fazer esta dissertação.

SUMÁRIO

Pág.

Introdução	12
1. As Reformas Psiquiátricas e os Serviços Criados	15
1.1. A Reforma Psiquiátrica no Brasil	23
1.2. Restrições à Reforma Psiquiátrica	44
2. Serviços de Hospitalização Parcial	47
2.1. Definições e Propostas de Classificação	47
2.2. População Atendida	51
2.3. Organização dos Serviços	53
2.4. Critérios de Avaliação	55
2.5. O Hospital Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu	64
Objetivos	74
Metodologia	76
1. Delineamento do Estudo	77
2. Local e Sujeitos	77
3. Instrumentos	77
4. Procedimentos	86
5. Análise Estatística	86

6. Aspectos Éticos	89
Resultados	91
Discussão	111
Considerações Finais	125
Referências Bibliográficas	130
Summary	148
Anexos	151

RESUMO

Nos últimos anos, a assistência psiquiátrica em geral e os hospitais psiquiátricos, em particular, têm sido muito criticados. Como alternativa à hospitalização fechada, hospitais-dia (HD) e similares vêm sendo criados. Dados do Ministério da Saúde do Brasil mostram um aumento do número desses serviços, não havendo, contudo, informações disponíveis sobre seu funcionamento e sua adequação às necessidades da população. A partir desta constatação, foi conduzido um estudo prospectivo no HD da Faculdade de Medicina de Botucatu (São Paulo, Brasil), com o objetivo de descrever a população atendida e sua evolução na internação, segundo vários parâmetros. Foram levantados dados sócio-demográficos, antecedentes psiquiátricos, alterações psicopatológicas (através da *Brief Psychiatric Rating Scale* - BPRS), diagnóstico (CID 10), relacionamento familiar (*Global Assessment of Relational Functioning Scale*) e níveis de incapacitação psicossocial (*Psychiatric Disability Assessment Schedule* - DAS). Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e à análise de regressão logística, tendo como variáveis dependentes: melhora, duração do tratamento e adesão.

Houve predomínio de mulheres (76,5%), com menos de 40 anos (61,8%), procedentes de Botucatu e região (64,8%), sem vinculação conjugal (70,6%) e com transtornos do humor (44,1%). As internações duraram, em média, 74 dias, havendo 79,4% dos pacientes com melhora na ocasião da alta. A renda *per capita* foi um fator preditivo de melhora ($p=0,03$). A duração da internação foi maior entre os indivíduos com sintomatologia depressiva/ansiosa ($p=0,02$) e menor naqueles com retraimento/desorientação ($p=0,03$). Quando a melhora foi considerada, aqueles com vínculos conjugais tiveram um menor tempo de internação ($p=0,002$). A adesão, avaliada pelo comparecimento ao serviço, foi maior entre os pacientes com vínculos conjugais, menor renda *per capita* e maior freqüência da família ao serviço.

O HD estudado aproxima-se mais daqueles que promovem uma extensão do atendimento ambulatorial do que daqueles que se propõem a substituir a internação fechada. A associação entre melhor evolução e maior renda *per capita*, vinculação conjugal e menor tempo de internação, assim como a duração média da internação encontrados foram compatíveis com a literatura. Discute-se que as exigências utilizadas no Brasil pelo Ministério da Saúde para credenciar hospitais-dia não são suficientes para garantir sua qualidade. Este tipo de serviço pode tornar-se um investimento lucrativo em detrimento da qualidade dos cuidados - ironicamente, uma das críticas mais contundentes aos hospitais psiquiátricos tradicionais.

INTRODUÇÃO

Poucas questões, no cenário mundial, conseguem ser ao mesmo tempo tão antigas e tão atuais quanto os cuidados prestados aos doentes mentais. Assim, enquanto já na Grécia antiga eram recomendados “contos e jogos” para os “melancólicos” e “castigos e terrores imprevistos” para os “maníacos furiosos” (PESSOTI, 1994), na atualidade ainda ocorre um debate sobre a assistência ao doente mental e em especial sobre o Hospital Psiquiátrico. Discute-se sua utilidade, seu potencial terapêutico e/ou iatrogênico, sua ampliação ou sua extinção, questionando-se de certo modo, se suas funções estão mais próximas dos “castigos e terrores imprevistos” ou dos “contos e jogos”.

No Brasil, como em outros países, essa discussão ampliou-se para além dos meios acadêmicos, envolvendo toda a sociedade com intensa cobertura pela imprensa leiga. Inegavelmente, o debate aqueceu-se ainda mais com a aprovação do projeto de lei nº 3657-B de 1989⁽¹⁾ na Câmara dos deputados (em 14/12/1990).

Argumentos ideológicos, econômicos, humanitários, filosóficos e técnicos foram utilizados para concluir pelo fechamento ou mesmo pela ampliação dos leitos em hospitais psiquiátricos, fazendo com que, em meio a muita controvérsia, o único consenso seja “...que a assistência psiquiátrica prestada no Brasil é de má qualidade” (ALVES et al., 1992).

Além da má qualidade, a assistência no país caracteriza-se também por estar baseada quase exclusivamente no atendimento em hospitais psiquiátricos. Em levantamento realizado a partir de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS),

(1) O projeto de autoria do Deputado Paulo Delgado dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios, sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 1989).

Botega & Schechtman (1997) estimaram que, dos 69.237 leitos para internação psiquiátrica remunerados pelo SUS, apenas 2,5% localizavam-se em Hospitais Gerais.

Complicando ainda mais as condições de atendimento nas diferentes regiões do país, a distribuição desses leitos é extremamente desigual. Segundo Alves et al. (1992), o Brasil apresentava, em 1991, o índice de 0,56 leitos por mil habitantes - muito próximo do preconizado pelo MS que é de 0,5 leitos por mil habitantes - porém, enquanto a região Norte do país possuía apenas 0,04 leitos/1000 habitantes, a região Sudeste alcançava índices de 0,84 leitos/1000 habitantes, existindo, portanto, uma maior concentração de leitos psiquiátricos nas regiões de maior poder econômico (ALVES, 1996). Não há dados recentes sobre os serviços de saúde mental externos ao Hospital Psiquiátrico que permitam conclusões seguras quanto às suas características de funcionamento e nem mesmo quanto ao número e tipo de serviços existentes e sua adequação às necessidades locais.

A precariedade de alternativas ao tratamento hospitalar, as críticas aos hospitais psiquiátricos, a má assistência prestada e a organização dos trabalhadores na área da saúde mental foram fatores que fizeram surgir um movimento pela reformulação da assistência psiquiátrica denominado "Movimento de Desinstitucionalização". Este tem criticado, preferencialmente, o hospital psiquiátrico e sua utilização a serviço da segregação e do isolamento (AMARANTE, 1995). Este movimento não ocorre exclusivamente no Brasil e, ainda que tenha peculiaridades próprias em diferentes países, uma característica comum a todos é o surgimento de outros serviços que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico ou, em alguns casos, ser um intermediário entre este último e o tratamento ambulatorial. Estes serviços "alternativos" ao hospital psiquiátrico

compõem uma gama tão variada de possibilidades que alguns autores têm sugerido como único ponto comum o horário de internação (HOGE,1992).

O mais antigo serviço desse rol de alternativas aos hospitais psiquiátricos é o Hospital-Dia (HD), cujo nome explicita a idéia de internação parcial e, em decorrência desta, a possibilidade pela qual os pacientes possam ser tratados sem a perda do contato com suas famílias e suas comunidades. Desde que surgiram, os HDs tem despertado polêmicas sobre a possibilidade de substituírem os hospitais psiquiátricos, as indicações e limitações das hospitalizações parciais, sua utilidade em reabilitação de crônicos, etc.

O surgimento desses serviços no Brasil e em outros países, as características gerais de seu funcionamento, a população atendida e as tentativas de classificá-los serão revistas a seguir. Ainda que sejam descritas as circunstâncias da criação desses equipamentos, a ótica nesta revisão privilegiará a diferenciação entre os serviços, buscando contrapor os dados da literatura com aqueles obtidos em estudo sobre o Hospital-Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (HD-UNESP).

1. As Reformas Psiquiátricas⁽²⁾ e os Serviços Criados

Embora os movimentos pela Reforma Psiquiátrica sejam um fenômeno do pós-guerra, a criação de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico é anterior a essa época. Machado (1998) afirma que propostas similares aos HDs já haviam sido esboçadas no século passado. Atribui-se, contudo, ao russo Dzagorov a criação do primeiro serviço de hospitalização parcial⁽³⁾, na cidade de Moscou, em 1933 (VAUGHAN, 1985; PARKER & KNOLL III, 1990). Sua criação teria sofrido influência de fatores econômicos mais do que técnicos, havendo, na verdade, uma preocupação em diminuir os custos com o turno noturno de enfermagem (PARKER & KNOLL III, 1990). Esta ressalva apontada pelos autores tem feito com que aquele serviço seja citado na literatura como um “hospital without beds” e não como “day-hospital” (PARKER & KNOLL III, 1990; ZUSMAN, 1992).

Um serviço com intenção explícita de ser uma alternativa à internação psiquiátrica tradicional e um programa claramente definido surgiu 13 anos depois no Canadá, quando Cameron - seu criador - cunhou o termo “Hospital-Dia” (BARNARD et al., 1952). Para Cameron, o paciente psiquiátrico não necessitava estar acamado, o tratamento não deveria se limitar ao doente mas também incluir a família, com a

(2) Segundo Amarante (1995), utilizar a expressão “Reforma” implica em um paradoxo conceitual e político. Historicamente, “reforma” era indicativa de transformações “superficiais, cosméticas, acessórias” se opondo às verdadeiras transformações “estruturais, radicais e de base”. Apesar dessa crítica, segundo o autor, o termo estaria sendo usado, com frequência, para designar as tentativas de modificar a assistência psiquiátrica no país, pela “necessidade estratégica de não criar maiores resistências às transformações”.

(3) Serviço de Hospitalização Parcial será o termo utilizado para englobar a totalidade dos serviços criados como resposta à hospitalização psiquiátrica tradicional. Não negando com isto as limitações do termo que, a rigor, exclui os NAPS e os Centros de Saúde Mental Italianos - serviços que podem funcionar 24 horas por dia e não operam com a questão da “hospitalização”.

vantagem adicional da hospitalização parcial ter um custo financeiro menor (BARNARD et al., 1952).

A esse serviço canadense outros viriam se somar, inicialmente nos Estados Unidos e na Europa. Nesses países, como em diversos lugares do mundo, o período que se seguiu ao final da Segunda Guerra Mundial ficou marcado por intensas discussões sobre os direitos humanos em geral e de grupos minoritários em particular - entre eles os pacientes psiquiátricos. Esse clima foi propício para desencadear movimentos em favor da transformação da assistência psiquiátrica nos diferentes países. Lima & Teixeira (1995) apontam três fatores que parecem ter sido fundamentais nesses movimentos: as pressões sociais pelos direitos civis e humanos; a negligência com que os pacientes eram tratados nos hospitais e, por fim, a descoberta dos psicotrópicos no início da década de 50, que permitiram o tratamento dos pacientes fora do ambiente hospitalar.

A somatória desses fatores aliada às características de cada país promoveram várias respostas. Segundo Barros (1994), “a opção política e teórica pela desinstitucionalização revelou e produziu conteúdos diferenciados, segundo a opção que se adotou para o enfrentamento prático das questões que envolvem as instituições manicomiais” (p 46). Dos diversos programas propostos nos vários países, aqui só serão apresentados dois: a Psiquiatria Comunitária dos Estados Unidos (EUA) e a Psiquiatria Democrática italiana. Não se pretende, com isto, negar a importância e a influência de outras contribuições tais como a Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones, as experiências da Psiquiatria de setor francesa ou a psicoterapia institucional de Tosqueles, entre outros; porém, optou-se por restringir a revisão àqueles países cujos projetos de reformulação da Assistência Psiquiátrica exerceram maior influência sobre o Brasil (CERQUEIRA, 1984; AMARANTE, 1995).

O Movimento de Desinstitucionalização nos EUA é anterior ao italiano, começando durante a segunda Guerra Mundial. Naquele país, os soldados que alegavam “objeção de consciência” para ir à guerra acabaram por prestar serviços em hospitais psiquiátricos públicos, conhecendo de perto as precárias condições de tratamento prestado aos pacientes (ROCHEFORT, 1984). Ao final da guerra, em 1945, estes soldados já totalizavam 2.000 pessoas que se uniram e fundaram a “National Mental Health Foundation” com o intuito de melhorar as péssimas condições dos hospitais públicos, conhecidas após a publicação de um censo realizado em 1955 (AMARANTE, 1995). Embora alguns serviços tenham surgido nesse período, foi apenas na década de 60 que o referido movimento se ampliou.

Em 1962, o então presidente John Kennedy assinou o “Action for Mental Health” que instituiu os Centros Comunitários de Saúde Mental em todo o país (CERQUEIRA, 1984). Parker & Knoll III (1990) afirmam que o grande atrativo, na época, teria sido a possibilidade de diminuir os custos com internação psiquiátrica fechada. Ainda que essa motivação não estivesse alicerçada em bases técnicas, a reformulação do atendimento psiquiátrico nos EUA baseou-se em um programa bastante consistente conhecido como Psiquiatria Preventiva ou Comunitária.

Segundo Amarante (1995), a Psiquiatria Preventiva pretendia ser a terceira revolução psiquiátrica por propor não apenas a prevenção das doenças mas fundamentalmente, a promoção da saúde mental — seguindo o modelo da história natural das doenças proposto pela Medicina Preventiva.

A Psiquiatria, então denominada Preventiva propunha-se a trabalhar com: “um novo objeto — a saúde mental; um novo objetivo — a prevenção da doença mental; um novo sujeito de tratamento — a coletividade; um novo agente profissional — as

equipes comunitárias; um novo espaço de tratamento — a comunidade; uma nova concepção de personalidade — a unidade biopsicossocial” (COSTA, 1989, p.24).

Para Almeida Filho (1983), a Psiquiatria Preventiva, com sua proposta de busca do doente pelos instrumentos de “screening”, além de ineficaz, possuía um respeitável potencial iatrogênico. O autor apontou como possibilidade de atuação iatrogênica a modificação da atitude da população diante dos “sintomas” questionados no instrumento, auxiliando na formação de estereótipos. Outra possibilidade seria a do processo de rotulação dos indivíduos suspeitos — ainda que se concluísse ser um falso positivo no exame psiquiátrico.

Com a proposta de intervenção na comunidade e busca dos suspeitos, o que se obteve foi um “aumento relevante da demanda ambulatorial extra-hospitalar, aumento esse que não significa exatamente a transferência dos egressos asilares para os serviços intermediários” (AMARANTE, 1995, p.44).

Além de ser denunciada como uma tentativa de controle social, a reformulação psiquiátrica nos EUA tem sido criticada por reduzir o movimento de desinstitucionalização à mera desospitalização. Segundo Morgado & Lima (1994), “os EUA cobrem a hospitalização, reduzem o *Revolving door*⁽⁴⁾ mas às custas de gerar a maior população de *homeless* de pacientes psiquiátricos do mundo”.

Barros (1994) reforça as críticas afirmando que: “Na psiquiatria norte-americana, desinstitucionalização significou um processo de racionalização de recursos e de desospitalização. Criou-se uma rede de serviços de pequenas dimensões na

(4) “Revolving door” é o movimento de rotatividade que os pacientes psiquiátricos fazem saindo de um hospital e internando em outro ficando, na verdade, muito pouco ou quase nada na companhia de suas famílias.

comunidade que propiciou transferências de pacientes, principalmente crônicos, para instituições asilares não psiquiátricas e comunidades terapêuticas privadas. Esse procedimento tecno-burocrático conduziu, por vezes, ao abandono de pacientes na periferia das grandes cidades, projetando-os definitivamente no circuito da miséria” (p. 47).

Nos tempos de entusiasmo com o preventivismo, seus pressupostos influenciaram instituições internacionais como a OMS e a OPAS e alguns países do terceiro mundo — entre eles o Brasil, particularmente na década de 70 (PITTA-HOISEL, 1984).

Do mesmo modo que ocorreu nos EUA, o movimento italiano que propôs a desinstitucionalização iniciou-se apenas na década de 60. Segundo Barros (1994), na década de 50, com a introdução dos neuroléticos, viveu-se momentos de euforia na psiquiatria italiana, sem que com isso o número de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos diminuísse — na verdade até aumentou. Pitta-Hoisel (1984) discute que a psiquiatria italiana era “refratária” a modificações, tendo aberto a possibilidade para novas práticas apenas com a chegada de jovens psiquiatras italianos formados em outros países como Inglaterra e EUA. Um desses jovens psiquiatras era Franco Basaglia. Embora tendo sido alvo de inúmeras críticas, o modelo italiano exerceu grande influência sobre o movimento de desinstitucionalização no Brasil (AMARANTE, 1995).

A psiquiatria democrática de Basaglia teve, na cidade de Trieste, seu palco mais famoso; contudo, foi em Gorizia que ela teve seu início. Em 1961, Basaglia foi para Gorizia dirigir o Hospital Psiquiátrico Provincial da Região — um hospital público com 700 leitos — no qual se adotou, inicialmente, o modelo da comunidade terapêutica de Maxwell Jones (AMARANTE, 1994).

Barros (1994) assim descreve o trabalho em Gorizia: “uma série de transformações foram imediatamente introduzidas: fim das ações institucionais de contenção, criação de condições para reuniões e encontro entre pessoal médico e pacientes. Procurava-se devolver ao doente a dignidade do cidadão e abrir espaços para que este se reunisse com seus companheiros e, através de grupos organizados, influísse e decidisse sobre a vida institucional à qual estava submetido. Em novembro de 1962 foi aberto o 1º pavilhão (p. 59)”. Porém, a equipe que trabalhava em Gorizia começou a tecer algumas críticas ao seu próprio trabalho. Para eles, a comunidade terapêutica não ia além de um “perfeccionismo interno e estéril”. Os pacientes continuavam fechados numa instituição, perpetuando a “segregação e a exclusão da pessoa”. Com a evolução destas reflexões, em 1968, a equipe de Gorizia pediu à administração local o fechamento do hospital psiquiátrico. Diante da negativa, todos se demitiram assinando uma declaração de cura dos pacientes que ainda estavam internados (BARROS, 1994).

Basaglia foi para os EUA como professor visitante em um dos *Community Mental Health Centers* de Nova York, local onde amadureceu suas críticas às instituições psiquiátricas e à “inviabilidade de sua mera reorganização” (ROTELLI & AMARANTE, 1992). No retorno à Itália, trabalhou por um ano em Parma, chegando a Trieste em 1971. Nesta cidade iniciou-se a “verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos *tratamentos* violentos, a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Ao contrário do que muitos afirmavam e ainda afirmam, o trabalho desenvolvido em Trieste não propugnava a suspensão dos cuidados aos que deles necessitavam, mas a construção de novas possibilidades, de novas formas de entender, de lidar e de tratar a loucura” (ROTELLI & AMARANTE, 1992, p. 43).

Na experiência italiana a reformulação da prática psiquiátrica ocorreu de dentro para fora do hospital psiquiátrico, criando condições para a desmontagem desta instituição. Contudo, a resposta “externa” não foi apenas a criação de outros serviços, mas de uma outra lógica na compreensão do adoecimento. Conforme esclareceu Amarante (1994), não há negação da doença mental “no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico assim reduzido ao conceito de doença” (p. 65).

Do ponto de vista teórico, a experiência italiana desenvolveu uma crítica epistemológica; do ponto de vista prático, procurou concentrar as ações em Centros de Saúde Mental regionalizados e com uma área de abrangência de vinte a quarenta mil pessoas, funcionando 24 h/dia. Aos centros poderiam recorrer pacientes com diferentes níveis de gravidade. Em Trieste há um serviço de diagnose e cura no Hospital Geral com 8 leitos que Rotelli & Amarante (1992) denominaram serviço de emergência psiquiátrica. Há ainda residências para usuários⁽⁵⁾ e as cooperativas (REALI, 1990; ROTELLI & AMARANTE, 1992).

Outro ponto fundamental da reforma psiquiátrica italiana foi a aprovação da Lei 180 em maio de 1978 e que ficou conhecida como a “Lei Basaglia”. Os pontos centrais da lei eram: a eliminação da internação psiquiátrica, a abertura dos serviços territoriais e a eliminação da noção de periculosidade do doente mental. A lei estabeleceu

(5) Há uma predileção a este termo ao invés de “pacientes” nas descrições do trabalho italiano, provavelmente refletindo o já referido rompimento com os conceitos tradicionais de doença e doente/paciente.

ainda o tratamento sanitário obrigatório, regulamentando as situações onde há a recusa do paciente/usuário em se submeter ao tratamento (KINOSHITA, 1988).

A experiência italiana produziu discussões acirradas levando os seus críticos a apontarem algumas limitações e dificuldades encontradas nesse modelo, tais como: 1. a distribuição irregular dos serviços de custódia e moradia para crônicos e mesmo dos centros psicossociais, em maior número no norte da Itália, região mais rica e desenvolvida; 2. piora das condições de tratamento aos internos de hospitais psiquiátricos (em torno de 35.000 internos na Itália em 1985) ocasionada pela diminuição dos recursos estatais destinados a eles; 3. aumento do número de casas de repouso privadas; 4. aumento do estresse familiar responsável pelos cuidados prestados ao doente mental crônico (JONES & POLETTI, 1986). 5. politização do movimento de desinstitucionalização (MORGADO & LIMA, 1994). Esta última crítica merece uma consideração especial. Para Basaglia, a “política” foi o que ficou faltando às Comunidades Terapêuticas e o que possibilitou o avanço do sistema italiano. Morgado & Lima (1994), embora apontem a “politização” como um risco no processo de desinstitucionalização brasileiro, admitem ser impossível a existência de um campo isento de influências ideológicas, reconhecendo que o assunto é controverso.

Apesar das críticas que a psiquiatria democrática italiana tem recebido, é importante assinalar sua influência não só sobre alguns setores da psiquiatria brasileira, como também setores de outros países como Argentina, Chile, São Domingos, México, Grécia, EUA, Canadá, Espanha, França, Suécia, Eslovênia, Croácia, Alemanha e Japão (ROTELLI & AMARANTE, 1992).

1.1. A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Em toda a história da Psiquiatria Brasileira foram feitas diversas tentativas de melhorar a assistência prestada aos doentes mentais. Da criação do Hospício Pedro II, em 1852, à recente aprovação de projeto de Lei nº 3657 de 1989 (de autoria do Deputado Paulo Delgado), a motivação explicitada tem sido sempre melhorar o cuidado aos doentes mentais.

Amarante (1995) propõe como um marco para o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil um episódio ocorrido no Rio de Janeiro, em 1978, e que ficou conhecido como “crise da DINSAM”⁽⁶⁾. Na ocasião, o descontentamento de trabalhadores vinculados a essa divisão com relação às condições de trabalho e o desrespeito aos direitos trabalhistas gerou uma crise que, embora tivesse características de uma organização corporativa, tinha também em seu interior um nascente movimento de transformação da prática psiquiátrica. Embora este fato seja um evento a partir do qual se organizou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e a discussão da assistência psiquiátrica se ampliou para a sociedade como um todo, acontecimentos anteriores a ele serão aqui revisados. Primeiro, porque representam períodos de crítica à assistência psiquiátrica; segundo, porque propõem alternativas à assistência prestada — entre elas os HDs e serviços similares; terceiro, porque alguns fatos mais recentes estão relacionados à criação do HD da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP e, por fim, porque mostram que algumas propostas não são exatamente inovadoras. A intenção não é fazer uma revisão exaustiva, mas apenas de apontar para o fato de que a partir de um

(6) DINSAM é a sigla para a Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde que, em 1978, era responsável pelas propostas e diretrizes na área da Saúde Mental.

mesmo discurso, muitas vezes são propostas soluções diferentes ou até mesmo antagônicas, como a criação ou a extinção de um serviço. Serão revistos três períodos: a instalação do Hospital Psiquiátrico no Brasil (de 1841 a 1930), as alternativas à hospitalização (de 1930 a 1978) e a Reforma Psiquiátrica propriamente dita (de 1978 até o momento atual).

◆ A Instalação do Hospital Psiquiátrico no Brasil

Segundo Costa (1989), até a segunda metade do século XIX os doentes mentais que moravam no Rio de Janeiro - bem como no resto do país - não contavam com qualquer tipo de assistência médica: andavam pelas ruas, eram encarcerados em celas especiais da Santa Casa de Misericórdia ou presos por vagabundagem ou perturbação da ordem. Em resposta a essa situação, em 1830 iniciou-se um movimento de opinião pública pedindo a construção de um hospício, desencadeado por um grupo de médicos que viam na criação do asilo uma medida de higiene. “Além da crítica ao modo como os loucos eram abandonados a si mesmo e perambulavam pela cidade, também eram criticados os métodos de tratamento empregados.... Em vez das celas insalubres dos Hospitais Gerais e dos castigos corporais, os médicos advogavam a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Em outras palavras, o que se exigia era que os loucos, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente” (COSTA, 1989, p. 69). Assim, em nome do cuidado aos doentes, propunha-se a criação do Hospital Psiquiátrico.

Fruto da pressão social e da Medicina de então, em 1841, o imperador Pedro II assinou o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o qual levou o seu nome. Quando foi inaugurado, em 1852, o hospício já contava com 144 pacientes para as suas 350 vagas — que em pouco mais de um ano estariam todas ocupadas (RESENDE, 1997). A partir dessa iniciativa, todos os doentes mentais do Império passaram a ser internados no Rio de Janeiro. Não é difícil imaginar as dificuldades num país de grandes dimensões e com os serviços de transporte da época. Essas dificuldades levaram à criação de outros hospitais psiquiátricos em vários pontos do país, nos quais rapidamente se chegava à superlotação. “Asilos que, uma vez abertos, se viam, em curto espaço de tempo, assoberbados pela demanda, justificando o clamor por mais verbas e mais hospitais” (RESENDE, 1997; p. 37).

À superlotação somaram-se denúncias de maus tratos, sujeira e falta de assistência médica naquelas instituições que - ironicamente - haviam sido criadas para beneficiar os doentes mentais. Na verdade, usar a expressão “doente mental” sugere uma abordagem médica que sequer estava presente em muitas delas. “Não só a nosologia psiquiátrica estava ausente das instituições (os alienados eram classificados e dispostos nos diversos setores e enfermarias segundo critérios classificatórios essencialmente leigos: alienados comuns, perigosos, criminosos, condenados, etc.), como também leigos eram os critérios de seleção da clientela, a juízo da autoridade pública em geral, o saber médico sendo chamado nem mesmo para referendar esses processos” (RESENDE, 1997; p. 40).

Foi somente no final do século passado e início deste que a “Psiquiatria empírica” do vice-reinado deu lugar à “Psiquiatria científica da República” (RESENDE, 1997), novamente em resposta aos apelos pela melhoria das condições de assistência aos doentes mentais. Segundo Dias (1985), este era um “...contexto profundamente crítico da

assistência aos alienados. Nessa época, as medidas sugeridas diante das insuficiências dessa assistência são várias: ampliação do atual asilo, construção de um outro na capital, construção de colônias agrícolas no interior, etc” (DIAS, 1985; p. 187). Os idealizadores das colônias agrícolas — particularmente Franco da Rocha em São Paulo e Juliano Moreira no Rio de Janeiro — propunham algumas inovações, além da ampliação de vagas.

Com a criação do Juqueri, em 1898, Franco da Rocha propôs a instalação de um “open-door” relativo. Por este sistema seria possível “recluir num mundo novo os alienados para que pudessem, sob a orientação de um *regime especial de viver*⁽⁷⁾, adquirir a conduta do homem trabalhador” (DIAS, 1985; pag. 187). Além da idéia da “cura” pelo trabalho, havia a idéia de que os pacientes fossem cuidados por famílias da região em troca de um pagamento, criando o então “regime especial de viver”, fora do asilo tradicional.

Resende (1997) afirma que a expectativa de Franco da Rocha era de “tratar o agudo, recuperá-lo pelo trabalho agrícola e devolvê-lo à comunidade como cidadão útil; esse retorno se faria diretamente ou pela via intermediária da adoção do ex-internado por famílias das redondezas, humildes em sua maioria, e que se supunha veriam de bom grado a possibilidade de receber alguma remuneração do Estado.... . Tentava-se, desse modo, a título de solução terapêutica, recriar artificialmente o ambiente rural pré-capitalista no qual algumas das práticas agora propostas como estratégias terapêuticas eram, até certo ponto, espontâneas e decorrência natural da própria organização social daquelas sociedades” (pag 51). Como um dos obstáculos nesse processo, o projeto de

(7) Grifo da autora

Franco da Rocha encontrou a lavoura do café voltada para a exportação e já distante do ambiente rural pré-capitalista. As verbas para o programa começaram a declinar, enquanto a população de internos aumentava.

Todo o projeto de Franco da Rocha começou a evoluir de maneira desfavorável. Segundo Dias (1985) “o mundo novo criado para o louco, o simulacro da liberdade, a grande aspiração da sociedade burguesa de encaminhar o doente mental para o projeto de restabelecimento social através de seu controle e educação, tudo rapidamente vai por água abaixo. O Hospital Central é mantido, as colônias agrícolas são mantidas, a nova Assistência Familiar (com pouco mais de 15 pacientes sob esse regime) também é mantida; porém, aquele tão esperado resgate do louco e sua posterior devolução ao mundo dos sãos, dos produtivos, nada disso acontece... Como a cura não ocorria nas proporções esperadas, o abarrotamento é inevitável... daqui para a frente o que se faz é administrar a superlotação” (p. 200-1).

◆ As Alternativas ao Hospital Psiquiátrico (1930-1978)

Enquanto o Juqueri seguiu sua história, lidando com a contradição de ter sido concebido como um centro de excelência e ter que administrar a miséria, a superlotação e suas conseqüências, surgiram outros focos de resistência à prática psiquiátrica tradicional. Em Pernambuco, nas primeiras décadas deste século, surgiu o psiquiatra Ulysses Pernambucano. Extremamente crítico dos problemas da assistência psiquiátrica em seu estado — e conseqüentemente do país, já que Pernambuco não era exceção - Ulysses Pernambucano tentara encampar, entre outras, a proposta da

assistência heterofamiliar nos moldes em que fora preconizada por Franco da Rocha (RESENDE, 1997).

Outras intervenções propostas por Ulysses Pernambucano foram permeadas por uma concepção “preventivista”, que de algum modo iria marcar toda sua atuação no estado. “Custa muito menos evitar que curar. Uma política bem orientada de prevenção das doenças mentaes importaria em grande economia. Calcule-se quanto vem a custar à collectividade um doente mental que passe vinte ou trinta annos internado? Mas o interessante é que no Brasil, os maiores oppositores que encontram os neuro-higienistas em sua ação incipiente, são os higienistas *tout court*. Acham que “*ainda é cedo*”. Enquanto isto transbordam por todo este Brasil... os hospitaes de alienados. Cream-se os chamados serviços abertos, instalam-se colonias, augmentam-se os hospitaes e sempre, e por toda a parte, a superlotação é um fenómeno normal” (PERNAMBUCANO, apud CERQUEIRA, 1984; p. 23). Por esta concepção, internar nos asilos seria lidar com a doença — a consequência — enquanto a atuação na comunidade possibilitaria lidar com as causas⁽⁸⁾.

Ulysses Pernambucano sugeria ainda levantamentos estatísticos em todos os serviços de Assistência a “psycopatas do Brasil”, que possibilitariam, segundo acreditava, conhecer as populações atendidas e construir hipóteses sobre seu adoecimento e, com isto, diminuir a ocorrência dos transtornos mentais. Por fim, defendeu, em 1931, a reforma da assistência psiquiátrica em seu estado, chegando a cogitar a necessidade de “órgãos de prevenção primária, secundária e terciária, já apontando para uma psiquiatria

(8) COSTA (1989) apresenta um estudo sobre a influência dos ideais eugênicos de raça pura e “saneamento racial e social” sobre a Psiquiatria Brasileira do início do século até meados da década de 30. Embora Ulysses Pernambucano estivesse em plena atividade acadêmica e clínica neste período, não foram encontrados textos que tratem da influência ou não desses ideais sobre sua produção.

comunitária e propondo oficialmente, pela primeira vez no Brasil, em nossa especialidade, tratamentos extra-hospitalares e serviço aberto, bem como uma equipe multidisciplinar” (CERQUEIRA, 1984).

Embora pareça que a idéia de serviços abertos tenha sido pensada por Ulysses Pernambucano, não ficam claras nas citações de Cerqueira (1984) quais seriam as características destes equipamentos. “O serviço aberto, localizado nas imediações do Hospital, internava 15 “*pequenos mentais*”. Eram geralmente psicóticos incipientes, com possibilidades de recuperação, predominando os neuro-sifilíticos e paralíticos gerais que, então, correspondiam à décima parte dos ingressos nos Hospitais Psiquiátricos tradicionais. O serviço aberto poupava-os e aos demais psicóticos das formalidades legais que naquele tempo limitavam os direitos civis de quem se internasse em serviços psiquiátricos, postergando um tratamento precoce” (CERQUEIRA, 1984, p. 28).

Pacheco e Silva, em 1928, também se referiu aos serviços abertos de modo semelhante: “A criação de serviços abertos para o tratamento dos psychopatas e hoje idea vencedora em todos os países do mundo; foi por isso que, com verdadeiro júbilo, vimos sancionada pelo sr. Presidente da República, em 10 de janeiro do corrente ano, a nova lei que reorganiza a assistência a alienados no Brasil, a qual nos faculta a criação de serviços abertos para psychopathas. Já não se tornam indispensáveis, como na velha lei, moldada ainda nas práticas rotineiras, a guia de qualificação da polícia e as clássicas portarias das autoridades, para que um doente mental receba assistência médica em hospital psychopathico” (PACHECO e SILVA, apud DIAS, 1985, p. 277)⁽⁹⁾.

(9) PACHECO e SILVA. A.C. “A assistência a psychopatas no Estado de São Paulo”. São Paulo Médico, 1(2): 120-9. 1928

Descritos como acima, ficam dúvidas se os “serviços abertos” na verdade referem-se mais à liberdade que o médico teria em internar (dispensando a burocracia legal da época) do que às internações em tempo parcial e todas as estratégias terapêuticas que surgiram posteriormente com os HDs, Núcleo e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS).

Os serviços abertos no país, mais próximos do que se conhece hoje, surgiram apenas nas décadas de 50 e 60 e, ainda assim, de um modo muito pontual, não caracterizando um movimento propriamente dito. Esse surgimento parece ter sido fruto mais do modo como a assistência médica em geral se organizava e de algumas iniciativas individuais do que do advento de novas tecnologias terapêuticas. Assim, embora a eletroconvulsoterapia tenha sido introduzida no Brasil na década de 40 e os neuroléticos na década de 50, não há, nesses períodos, modificações significativas do atendimento prestado, restringindo-se a assistência às internações nos hospitais públicos.

Como em outros tempos, as críticas aos Hospitais Psiquiátricos públicos repetiam-se: sujeira, maus tratos e superlotação; eram locais de depósito mais do que de tratamento. Essa situação fez com que algumas categorias profissionais passassem a exigir melhores condições de tratamento em geral e para os transtornos mentais em particular. Essas exigências levaram à criação do primeiro HD do país no Hospital dos Comerciantes de São Paulo em 1956, por Laerte Ferrão (CAMPOS, 1986). Esse HD funcionava junto à enfermaria psiquiátrica desse hospital e contava com pessoal de enfermagem, setores de terapia ocupacional e recreativa e serviço social. A assistência aos doentes mentais obedecia aos seguintes princípios estabelecidos pelos profissionais do HD:

“1) Prescindir quanto possível de todo sinal exterior visível de coação espacial;

- 2) Esforçar-se para entender amplamente o paciente e proporcionar-lhe tratamento adequado;
- 3) Criar um ambiente hospitalar mais próximo do encontrado na realidade social, através da não separação dos sexos e do exercício de responsabilidade e direito;
- 4) Solicitar a participação do paciente nos problemas administrativos e no encontro de soluções para tornar mais agradável e sadio o convívio hospitalar;
- 5) Promover condições para integrar e recapacitar o paciente à vida social e profissional e, quando não possível, criar condições hospitalares compatíveis com seu estado mental, nunca perdendo de vista que é também um ser humano a merecer respeito e consideração” (FERRÃO et al., 1960; p.120).

Eram realizadas reuniões semanais da equipe e dos pacientes para discutir problemas administrativos, o tratamento e a assistência prestada na Unidade. Os pacientes eram estimulados a participar destas reuniões e também das várias atividades propostas. Uma das atividades foi a criação de um “clube” com a finalidade de “proporcionar aos pacientes da Unidade Psiquiátrica, internados ou egressos, uma assistência fundamentada nos princípios da terapia sócio-psiquiátrica visando, principalmente, o respeito aos direitos e dignidade pessoal dos pacientes, criando um ambiente adequado para sua recuperação ou, quando isto não for possível, para a sua nova conduta mórbida” (FERRÃO et al., 1960, p. 121). Para atingir estes objetivos eram desenvolvidas atividades culturais, esportivas e sócio-recreativas, entre outras. Das atividades do “clube” podiam participar todos os pacientes internados ou mesmo os egressos da Unidade Psiquiátrica. Desconhece-se qual era a relação entre o “clube” e o HD existente nessa unidade — o primeiro seria apenas uma das atividades do último ou ambos seriam uma mesma coisa?

O que se nota é que as atividades desenvolvidas no “clube” lembram aquelas desenvolvidas nos atuais HDs, NAPS e CAPS.

A pressão exercida por setores da sociedade para uma melhor assistência psiquiátrica produziu ainda outra resposta: a compra de leitos nos Hospitais Psiquiátricos privados pelos Institutos de Pensão e Aposentadoria. No período entre 1941 e 1961, o número de Hospitais Psiquiátricos no Brasil aumentou de 62 para 135, enquanto o número de leitos em Hospitais públicos diminuiu de 80,7% para 75,1% (SAMPAIO, 1988). A tendência da compra de leitos privados pelos Institutos de Pensões e Aposentadorias justificava-se pela idéia geral de que os leitos públicos estavam associados ao abandono, ao asilo e à exclusão — diferentemente dos leitos privados....

Em 1961, na cidade de Porto Alegre, em um serviço psiquiátrico privado, surgiu uma unidade que se autodenominou “Hospital-Dia” (BLAYA, 1961). Este nasceu ligado a um pequeno sanatório psiquiátrico de 24 leitos e usando — ao menos no início — o mesmo espaço físico dos pacientes em internação total. O serviço recebia pacientes egressos de internação fechada ou vindos diretamente dos consultórios para a internação parcial. Estabelecidos pelos critérios da época, os diagnósticos mais freqüentes, em seu primeiro ano de funcionamento, foram: reação psiconeurótica (52,5%) e reação esquizofrênica (22,5%). As maiores dificuldades encontradas eram a falta de treino dos diferentes profissionais no atendimento psiquiátrico e os preconceitos dos médicos mais velhos decorrentes de suas experiências nos hospitais tradicionais (BLAYA, 1961). A esse respeito Goshen (1959) afirmou que “O pessoal usado nos centros dia foram tirados de várias profissões e, invariavelmente, representam um arranjo entre o que havia disponível e o que se necessitava”. Segundo Blaya (1961), era exatamente isto que ocorria no HD de Porto Alegre.

Na década de 60, outros dois HDs foram criados, agora em serviços públicos. O primeiro deles foi o HD da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, no interior de São Paulo. Segundo Campos (1986), desde 1959 foram feitas tentativas de implantar o HD, o que só foi possível em 1961 dadas as dificuldades de acomodações e pessoal treinado. Rodrigues (1967), que estagiou neste serviço, assim o descreveu: “O Hospital-Dia começou com uma salinha minúscula de ludoterapia, onde as atividades se interpunham. Num espaço reduzido os pacientes começaram a fazer um pequeno jardim. E contra a lógica do espaço o serviço começou a funcionar” (p. 145). Seu funcionamento, porém, não foi contínuo; em 1967, por “razões internas” ao serviço o HD foi fechado, voltando a funcionar apenas em 1974, graças à celebração de um convênio entre o Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e a Secretaria Estadual da Saúde (CONTEL, 1991).

O segundo HD criado neste período foi o do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), em 1965, na cidade de São Paulo (SONENREICH et al., 1967). Foi instalado, inicialmente, no segundo andar de um prédio anexo ao Hospital Geral. Pouco tempo depois da inauguração do HD do HSPE foi implantada a enfermaria psiquiátrica. A idéia era instalar várias unidades e serviços: o HD, uma unidade de tratamento contínuo (Centro Psiquiátrico), uma “unidade para agudos e diagnóstico” e um Hospital Noite (MARTINS, 1967). No HD eram internados “casos bastante graves para não poderem ser tratados em ambulatório, mas não tão graves para não poderem se transportar diariamente e passar uma parte no lar, sem cuidados médicos mediatos” (SONENREICH et al., 1967, p. 29).

Embora tenham sido dois HDs que até hoje continuam em funcionamento, a década de 60 não seria lembrada por estes dois fatos isolados. Segundo Resende

(1997), o “período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes” (p. 60). Como os hospitais públicos estavam em péssimas condições, a solução encontrada foi a contratação de leitos em hospitais privados. Para Resende (1997), a ampliação da assistência psiquiátrica, além de atender a interesses diversos, era uma forma de legitimar o estado burocrático-autoritário. Outra mudança importante no período foi a unificação dos diferentes institutos de categorias profissionais no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, diminuindo a participação dos usuários e facilitando — ainda mais — a contratação dos leitos privados.

Os ambulatórios existentes funcionavam como “malha de captação” de pacientes para hospitalização que aumentou muito na rede privada. Em 1965 haviam 14.000 pacientes internados na rede privada e em 1970, 30.000 internos sem qualquer diminuição ou aumento na população internada nos serviços públicos. A duração da internação também não era fiscalizada, chegando a atingir níveis compatíveis aos do início do século (RESENDE, 1997). Cerqueira (1984) caracterizou esse processo como a “Indústria da loucura”: “Quem é que vai se interessar por semi-internação, reabilitação de crônicos, serviços especiais na comunidade, enquanto o INPS pagar internação integral por tempo ilimitado?” (p. 105).

O início da década de 70 trazia uma interessante contradição para a assistência psiquiátrica: a compra dos leitos privados, caracterizando a citada “Indústria da Loucura” e uma série de propostas/ordens de serviços, etc que partiam do Ministério da Saúde e/ou das Secretarias Estaduais sugerindo práticas não hospitalares para a Psiquiatria. Um exemplo disto foi o que ocorreu no estado de São Paulo.

Em 1971, o Governador do Estado criou um grupo de trabalho com o objetivo de definir a política de Saúde Mental do Estado e propor as medidas necessárias para sua implantação. A nomeação deste grupo parece ter sido influenciada pelos seguintes fatores:

1. Constatação do problema médico-social relacionado às doenças mentais;
2. A precariedade da assistência psiquiátrica no Estado;
3. A realização, em abril de 1969, da reunião promovida pela OPAS⁽¹⁰⁾ (SÃO PAULO, 1973).

O referido grupo levantou, na ocasião, problemas que estão, ainda hoje, na ordem do dia das discussões sobre Políticas de Saúde Mental: a necessidade de inserção e integração dos serviços de assistência psiquiátrica na rede de recursos de saúde da comunidade, a necessidade de modificações das leis referentes à Saúde Mental e a ausência de pessoal com formação adequada. Como propostas para os problemas apontados, sugeriram a criação dos Centros Comunitários de Saúde Mental, aos quais seriam atribuídas as seguintes funções:

1. Diagnóstico precoce dos doentes;
2. Tratamento ambulatorial nas unidades sanitárias ou encaminhamentos aos Ambulatórios de Saúde Mental;
3. Controle de internações em Hospitais Psiquiátricos e em Hospitais Gerais;
4. Controle de tratamento em regime de HD e Hospital-Noite sempre atuando de forma setORIZADA;

(10) A OPAS enfatizava a necessidade de realizar modificação no sistema de atenção à saúde mental vigente em diferentes países, procurando atingir a implantação de uma "Psiquiatria da Comunidade" (SÃO PAULO, 1973).

5. Descentralização dos macro-hospitais;
6. Maior investimento de recursos em pessoal — aumento no orçamento da Coordenadoria de Saúde Mental;
7. Integração das Faculdades de Medicina no programa de formação de psiquiatras e no treinamento de internos e residentes para o adequado cuidado de pacientes com transtornos psiquiátricos em qualquer Hospital Geral (SÃO PAULO, 1973).

O papel das Faculdades de Medicina parece ter sido bastante valorizado na época, na medida em que se propôs que as cidades que possuísem Faculdade de Medicina fossem sede de Centros Comunitários (SÃO PAULO, 1973). O estreitamento das relações entre a Coordenadoria de Saúde Mental e instituições de ensino criou condições para o efetivo estabelecimento dos convênios entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e as Faculdades de Medicina — através de seus Departamentos de Psiquiatria, em alguns casos, e de Medicina Preventiva em outros. Desse modo, em 1972, foram firmados convênios com as Faculdades de Medicina estaduais e ainda a Faculdade de Saúde Pública e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, ambas da USP. Naquele ano, dez milhões de cruzeiros foram designados para aplicação nestes convênios com a definição que não fossem aplicados em práticas hospitalares tradicionais. Também foi definido que as maiores parcelas seriam atribuídas àquelas que “mais amplos e objetivos planos oferecessem quanto a programas comunitários, além, naturalmente, das tarefas comuns a todos, relativamente a ensino, pesquisa e assistência extra-hospitalar” (CERQUEIRA, 1975, p. 13).

A Coordenadoria de Saúde Mental, ocupada então pelo Prof. Luiz Cerqueira, atribuía às Faculdades de Medicina um papel importante no processo de modificação da assistência psiquiátrica. Em 1975, Cerqueira afirmava: “As clínicas da

Faculdade de Medicina, do mesmo modo que os Laboratórios da Escola de Engenharia, por exemplo, devem também inventar processos operacionais mais viáveis e eficientes para atender as necessidades de saúde da coletividade...” (CERQUEIRA, 1975; p. 8).

Além da invenção de novos modelos, caberia às Faculdades o papel de formar profissionais capacitados a atuar em contextos diferentes do Hospital Psiquiátrico: “Só desta reciclagem, num circuito abrangendo técnicas sociais e individuais hospitalares e extra-hospitalares, micro e macro-comunitárias, grupais e pessoais, para ricos e para pobres — pode sair o *trabalhador psiquiátrico de novo tipo*⁽¹¹⁾, sem o qual as reformas não sairão do papel e a Universidade, berço natural das inovações, não sairá do ramerrão” (p. 9). Atento para a importância de pessoal capacitado, Cerqueira (1973) colocou como primeira prioridade a formação dos técnicos, chegando a sugerir uma constituição para equipe básica, normas de funcionamento e a necessidade de formação e treinamento contínuos. Resgatava assim a preocupação de Blaya com a ausência de profissionais capacitados para o trabalho em HD (BLAYA, 1961).

É oportuno destacar que, além da influência da Psiquiatria Preventiva norte americana através da OPAS, o trabalho de Luiz Cerqueira teve como características essenciais a formação de recursos humanos e a denúncia dos interesses dos setores privados — possivelmente, o que o destituiu do cargo na Coordenadoria de Saúde Mental após um curto período de tempo.

Na segunda metade da década de 70, a assistência ao doente mental perdeu a importância que tivera na primeira metade. Segundo Resende (1997), no início da década de 70 os gastos com a assistência psiquiátrica representavam em torno de 8,0%

(11) Grifo da autora

dos gastos com a assistência médica geral, chegando a 4,47% em 1979. Esse desinvestimento, aliado a diversos outros fatores, possibilitou a organização de setores ligados à saúde mental pedindo pela Reforma Psiquiátrica no país.

◆ A Reforma Propriamente Dita

No ano de 1978 diversos fatos parecem ter contribuído para a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM): o primeiro deles, como já exposto, foi a crise que se instalou nos hospitais da DINSAM em abril de 1978. Nesses Hospitais, desde 1974, a DINSAM contornava os problemas com seu quadro funcional pela contratação de “bolsistas” — profissionais graduados que trabalhavam em condições bastante precárias ocupando, inclusive, cargos de chefia e direção. A partir da denúncia das irregularidades em uma de suas unidades hospitalares, iniciou-se um movimento de reivindicações trabalhistas e de formação de recursos humanos, o que lhe conferiu também características de organização corporativa. O movimento, contudo, foi além, criticando as relações entre a instituição, a clientela e os profissionais e a inadequação do modelo médico-assistencial⁽¹²⁾.

O recém criado movimento envolveu outras organizações (como Sindicato dos Médicos, Associações de Médicos Residentes, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Ordem dos Advogados do Brasil, Associação Brasileira de Imprensa, etc) fazendo com que o problema da assistência psiquiátrica no Brasil ganhasse espaço na mídia, ampliando-se o fórum de discussão.

(12) A situação era de tal desestruturação que, embora a terapêutica biológica fosse preconizada como prioritária nos próprios da DINSAM, não havia medicação suficiente (AMARANTE, 1995).

Ainda em 1978, durante o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) acabou por render-se às pressões e à organização dos militantes do movimento e aprovou moções em favor do projeto político do MTSM, sendo a primeira delas: o “repúdio à transferência maciça dos recursos públicos para o setor privado” (AMARANTE, 1995). Enquanto isso, no estado de São Paulo, em resposta às várias denúncias quanto à situação de abandono do Hospital do Juqueri, a Assembléia Legislativa do Estado criou uma Comissão Especial de Inquérito para averiguar a situação.

Na verdade, a situação dos pacientes continuava tão ruim quanto sempre fora. O fato novo era a divulgação, pela imprensa, da situação que profissionais, pacientes e familiares já viviam há muito tempo. No final da década de 70, com o enfraquecimento da ditadura — ainda longe de eleições diretas para cargos executivos, mas no último mandato do governo militar — foi possível a divulgação destes fatos (AMARANTE, 1995). Alguns autores propuseram um paralelo entre as condições políticas do pós-guerra no mundo e as do Brasil nos últimos anos de ditadura militar, discutindo que, em ambos os casos, a “comunidade local ou internacional experimentava os ventos da liberdade” após uma fase de restrições e repressões à individualidade e à espontaneidade de seus membros (CESARINO, 1989; ZUSMAN, 1992; AMARANTE, 1995).

Outro fato importante foi a vinda de Franco Basaglia ao Brasil, em 1979, quando proferiu palestras em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A ampla cobertura da imprensa e a empolgação com que foi recebido por trabalhadores dos serviços psiquiátricos públicos e privados aqueceu ainda mais o debate sobre a assistência psiquiátrica.

Foi do início da década de 80, o “primeiro documento oficial e público onde se faz uma análise crítica e substancialmente séria” da assistência psiquiátrica (PITTA-HOISEL, 1984). Surgiu assim, em 1982, o programa de reorientação da assistência psiquiátrica previdenciária, a partir de motivações diversas: moralizadoras, políticas, sociais, racionalizadoras e econômicas — já que a Previdência começava a dar sinais de sua conhecida crise (PITTA-HOISEL, 1984).

Amarante (1995) afirma que este período caracterizou-se por um movimento da Reforma Sanitária como um todo. A influência da OPAS fez-se sentir com maior ênfase e aspectos como a universalização, regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralidade e equidade estiveram presentes nos programas sugeridos. Em São Paulo, um projeto que somava esforços governamentais e da cadeira de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo foi um exemplo — talvez o mais profícuo, enquanto durou. Na região da Freguesia do Ó (bairro da cidade de São Paulo) iniciou-se um trabalho com as seguintes preocupações:

- “1. Constituir nos níveis primário, secundário e terciário da atenção um programa integrado e regionalizado de Saúde Mental consoante com essa concepção mais totalizadora do fenômeno mórbido psíquico.
2. Prevenir internações psiquiátricas desnecessárias.
3. Criar procedimentos não cronificadores.
4. Abrir espaço na rede pública de atendimento para ser utilizado na formação de pessoal especializado em Saúde Mental dentro dessa nova visão” (CESARINO, 1989).

Embora não houvesse a preocupação da busca de “suspeitos”, todo o corpo de propostas era influenciado pela Psiquiatria Comunitária norte americana. Na gestão

do Governo Franco Montoro, no estado de São Paulo, houve a retomada das propostas de Cerqueira, resultando na ampliação da rede ambulatorial e constituição de equipes nos serviços de saúde mental sem que, com isto, fosse alterado significativamente o modelo hospitalocêntrico.

No nível federal, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, além de debater temas básicos para a saúde, acabou por possibilitar a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Na “oitava” discutiu-se a saúde como um direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde — que levaria posteriormente ao Sistema Único de Saúde — e o financiamento do setor, estabelecendo responsabilidades nos níveis federal, estadual e municipal. Na I Conferência Nacional de Saúde Mental foi proposto: a reversão do modelo hospitalocêntrico, a importância da equipe multiprofissional, a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e a organização de um sistema extra-hospitalar com recursos para HDs, lares abrigados e enfermaria psiquiátrica no Hospitais Gerais (BRASIL, 1988). Por fim, propunha que o poder público fiscalizasse o tratamento dos pacientes em hospitais psiquiátricos não só quanto ao tempo de internação como também às características desta.

Para Amarante (1995), a I Conferência marcou o fim de uma trajetória sanitária do movimento dos trabalhadores em saúde mental e o início de uma trajetória de desinstitucionalização ou desconstrução/invenção. Surgiram, neste contexto, experiências práticas que exemplificam esta mudança na Reforma Psiquiátrica e que exerceram forte influência na criação e transformação de muitos serviços. O primeiro deles foi o CAPS, Centro de Atenção Psicossocial (Prof. Luiz Cerqueira), criado em São Paulo em 1987, com a proposta inicial de atender a “uma parcela de usuários dos serviços de saúde mental que apresentassem graves distúrbios psíquicos...” (YASUI, 1989, p. 52),

evoluindo, posteriormente, para um serviço de reabilitação (GOLDBERG, 1996) que congregava atitudes terapêuticas, atividades produtivas e de lazer — esta última disponível também para usuários de outros serviços. O segundo deles foi a intervenção à Casa de Saúde Anchieta na cidade de Santos, em São Paulo, em 1989. Para Amarante (1995), esta experiência permitiu que a trajetória da desinstitucionalização assumisse um caráter nacional. A Casa de Saúde Anchieta era um hospital privado — conveniado com sistema público — de estrutura “tradicional” no pior sentido que a palavra pode conter: celas fortes e superlotadas, taxa de mortalidade altíssima, inexistência de programação terapêutica, deficiência de funcionários e uma interessante equação que permitia a um hospital com 290 leitos abrigar 450 pessoas. Essa situação levou a uma série de denúncias e, em resposta a elas, a Prefeitura do Município de Santos interveio na instituição, tendo como objetivo o processo de desconstrução manicomial e implantação de um modelo substitutivo (LANCETTI & KINOSHITA, 1992). Este modelo compreendia uma rede de NAPS — Núcleos de Atenção Psicossocial, semelhantes aos Centros de Saúde Mental italianos.

Ainda, no ano de 1989 foi apresentado ao Congresso Nacional o projeto de Lei nº 3657/89 do Deputado Paulo Delgado. O debate em torno deste projeto foi acirrado.

Toda a discussão do Projeto de Lei e a mobilização dos setores interessados — tanto pró como contra — produziram ainda alguns fatos importantes que se refletiram sobre a assistência psiquiátrica: a portaria do Ministério da Saúde nº 224 de janeiro de 1992 e a II Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro de 1992, além de surgirem outros projetos de Lei em âmbito estadual e municipal claramente inspirados no projeto citado. A portaria nº 224 (BRASIL, 1992) estabeleceu diretrizes e normas para o

funcionamento de serviços de internação parcial, reconhecendo a existência de outros procedimentos além da internação e consultas ambulatoriais como terapia de grupo, terapia ocupacional e o sistema hospital-dia. Além de definir operacionalmente os HDs, NAPS e CAPS, a portaria criou condições para o ressarcimento pelos procedimentos realizados.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental apresentava como tema central a “Reestruturação da atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo de Atenção e Direito à Cidadania”, tendo ampla participação de diferentes setores da sociedade. Dos mais de 1000 delegados, 20% eram usuários dos serviços de saúde mental indicados em conferências estaduais e municipais. Segundo Schechtman et al. (1996), como resultado do processo de Reforma Psiquiátrica conseguiu-se uma redução de 313 para 280 Hospitais Psiquiátricos, uma diminuição de 87 para 69 mil leitos psiquiátricos, a abertura de 2 mil leitos em Hospitais Gerais e a implantação de cerca de 200 Hospitais-Dia e Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial no país.

Finalmente, em 21 de janeiro de 1999, o projeto de lei nº 3657/89 que tramitava desde 1990 foi aprovado no Senado com substitutivos. Para Delgado (1999), essa foi uma “aprovação política e simbólica das idéias da reforma psiquiátrica” que acrescentou, em tempo, a necessidade de programas específicos para os pacientes institucionalizados de longa data. Contudo, o substitutivo teria mantido o caráter ambíguo do hospital psiquiátrico, não discriminando a territorialização dos serviços e não deixando clara a questão do redirecionamento das verbas para a rede extra-hospitalar.

1.2. Restrições à Reforma Psiquiátrica

Alguns autores nacionais tem manifestado suas restrições à Reforma Psiquiátrica, criticando, particularmente, a proposta de fechamento dos hospitais psiquiátricos, encontrada no projeto de Lei 3657/89. Para Ferraz (1995), esta é uma “ameaça inócua” mas que tem servido aos donos de hospitais para dizer que os doentes seriam abandonados pelas ruas.

Sonenreich & Silva Filho (1995) apresentam uma revisão de autores brasileiros e estrangeiros que se opõem ao fechamento dos hospitais psiquiátricos. Defendem que não pode haver fechamento de hospitais públicos se não houver recursos alternativos suficientes, salientando que as más condições de funcionamento dos hospitais psiquiátricos podem ser prejudiciais e não a internação em si.

Lima & Teixeira (1995) também manifestaram sua preocupação com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os autores alegam que os Centros de Saúde Mental comunitários nos EUA acabaram por privilegiar o “atendimento a pacientes neuróticos e em crises vitais, deixando de resolver as necessidades dos pacientes mais graves e crônicos”. Sugeriram que se fizesse uma análise dos leitos públicos existentes, diferenciando leito psiquiátrico de leito geriátrico e de leitos para deficientes mentais, recalculando as taxas leito/1000 habitantes e adequando-os ao estabelecido pelo MS em 0,5 leito/1000 hab. Propuzeram, ainda, rígida fiscalização das clínicas particulares, estabelecendo punições cujo ressarcimento ajudaria a compor um Fundo de Assistência à Saúde Mental e, por fim, um incremento da rede pública ambulatorial, de HDs e lares, evitando a terceirização, com a avaliação periódica da qualidade e resolutividade dos serviços.

Segundo Amarante (1995), uma das maiores resistências à Reforma Psiquiátrica vem da Federação Brasileira de Hospitais (desde o final da década de 80 composta em sua maioria por donos dos Hospitais Psiquiátricos) que veriam na aprovação das medidas propostas o fim dos seus lucros.

Fora do país, a discussão sobre a desinstitucionalização e suas conseqüências já ocorre há alguns anos. Thornicroft & Bebbington (1989) discutem as funções dos hospitais psiquiátricos e o possível efeito destas no processo de desinstitucionalização. De um modo geral, todas as funções ficam prejudicadas se a rede de serviços oferecida na comunidade não estiver bem equipada e integrada. Por fim, os autores salientam uma distinção importante do que é o asilo como instituição e o asilo como função, entendendo esta última como provimento de um lugar seguro que independe do tamanho institucional e que deve ser preservado.

Enquanto alguns autores tem manifestado preocupação com as conseqüências do fechamento dos hospitais psiquiátricos sem a substituição por uma rede de serviços comunitários, outros tem questionado o por quê do número destes serviços terem crescido menos do que se esperava nas décadas de 60 e 70, havendo inclusive uma subutilização deste recurso.

Creed et al. (1989), tratando especificamente dos HDs, afirmam que não serão utilizados em maior escala até que hajam trabalhos empíricos satisfatórios mostrando a eficiência destes e apresentando critérios mais objetivos de quais pacientes poderiam se beneficiar do HD, de suas características clínicas e de sua adaptação social. Revendo o uso da hospitalização parcial nos EUA, Parker & Knoll III (1990) afirmam que este recurso tem sido subutilizado por várias razões — algumas delas relacionadas ao próprio psiquiatra, uma vez que é com este profissional que a maioria dos pacientes inicia

seu tratamento. São elas: 1) a maioria dos psiquiatras tem pouco ou nenhum treinamento em serviços de hospitalização parcial; 2) a hospitalização integral é mais segura em situações de possível erro médico; 3) os psiquiatras podem receber mais facilmente o repasse do seguro-saúde na hospitalização integral; 4) o psiquiatra é mais aceito como coordenador de equipe e responsável num contexto médico hospitalar fechado do que num contexto de hospitalização parcial, que tende a ser mais voltado ao “cliente” do que ao “paciente”.

A despeito das restrições, Zusman (1992) levantou a hipótese de que se estaria diante de uma proliferação dos HDs e similares no Brasil, dada a promulgação de normas e resoluções que possibilitam o pagamento destes serviços.

Dados do Ministério da Saúde⁽¹³⁾ mostram que, em 1995, haviam 330 leitos em HDs no país remunerados pelo SUS. Este número aumentou em 1996 para 974 e em 1997 para 1410 leitos, confirmando a hipótese de Zusman (1992). Deste total, 13% estão em serviços universitários, 31% em serviços públicos e 56% em serviços privados. Com o SUS pagando o mesmo valor para as diárias em leitos psiquiátricos nos hospitais gerais e nos HDs, estes últimos podem se tornar um investimento mais interessante e rentável que os primeiros — particularmente se alguns parâmetros de qualidade não forem estabelecidos e cumpridos. Isto sem falar nos NAPS e CAPS que trabalham sem limite para duração do tratamento.

Campos (1997) afirmou que “defensores ferrenhos da hospitalização integral estão adequando seus hospitais às exigências da portaria. Em várias cidades, serviços similares estão sendo abertos, sem um corpo técnico e ideológico definidos, apenas para

(13) Fonte: DATASUS: Tabnet/Rede Hospitalar do SUS

cumprir as exigências da municipalização da Saúde ou simplesmente porque é “politicamente correto” ter hospitais-dia em suas cidades. Este desvirtuamento precisa ser evitado ou corrigido. Mecanismos de avaliação e controle devem ser acionados. Caso contrário, iremos observar a contradição de ter as precárias condições intramuros, tão criticadas, no extramuros, no seio das comunidades”. Esta afirmação reforça a importância de se conhecer os serviços criados e estabelecer parâmetros para avaliá-los.

2. Serviços de Hospitalização Parcial

Algumas características dos serviços de hospitalização parcial serão apresentadas a partir dos dados obtidos na revisão da literatura.

2.1. Definições e Propostas de Classificação

O primeiro aspecto a ser estabelecido é o que definir. Nos EUA, em sintonia com a preocupação relacionada à desospitalização, o termo mais corrente é “Hospitalização Parcial”. Em 1982, a Associação Psiquiátrica Americana definiu a hospitalização parcial como “um programa de tratamento aberto que inclui as principais modalidades de tratamento em termos de diagnóstico e atendimento médico, psiquiátrico, psicossocial e de readaptação ocupacional, destinado a pacientes com transtornos mentais graves, que necessitam de um tratamento coordenado, intensivo, abrangente e multidisciplinar que não é oferecido em consultas ambulatoriais. É um programa de tratamento flexível e menos restritivo, ao oferecer uma alternativa a hospitalização integral” (ROSIE, 1987).

DI BELLA⁽¹⁴⁾ et al. (apud CAMPOS, 1986) também definiram a hospitalização parcial como um “programa de tratamento com oito ou mais horas vígeis, por semana; delineado para promover melhora de um grupo de seis ou mais pacientes; provido de uma equipe multidisciplinar de duas ou mais pessoas, com cuidadosa coordenação de terapias multimodais e interligadas; em um ambiente terapêutico; com participação dos pacientes pelo menos duas vezes por semana, com duração diária de no mínimo três horas, mas nunca de 24 horas”.

No Brasil, em 1992, o MS optou pela definição de serviços ao invés de programas, estabelecendo dois serviços: os HDs e os NAPS/CAPS. Os HDs subordinados ao sistema de informação hospitalar e os NAPS/CAPS ao sistema de informação ambulatorial, ambos do SUS. O Hospital-Dia é definido como “um recurso intermediário entre internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas até cinco dias da semana (de 2^a a 6^a feira) com uma carga horária de oito horas para cada paciente”. Já os NAPS/CAPS são definidos como “unidades locais/regionais, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 1992).

Como se pode observar pelas definições acima, ambos são serviços regionalizados, com equipes multiprofissionais e visam evitar a internação fechada substituindo-a como no HD ou sendo um intermediário entre ela e o ambulatório, como

(14) DI BELLA, G.A.W; WEITZ, G.W.; POYNTER-BERG, D.S. e YURMARK, J.L. Handbook of Partial Hospitalization. New York, Brunner/Mazel, 1982. 334p.

no NAPS/CAPS. Para Oda et al. (1995), os HDs seriam uma modalidade assistencial entre o ambulatório e a hospitalização integral. Zusman (1995) propõe uma outra diferenciação entre os HDs e os NAPS/CAPS. Para o autor, o modo como a portaria nº 224/92 (BRASIL, 1992) coloca os serviços leva a que os HDs fiquem responsáveis por atender às apresentações agudas da doença mental, enquanto os CAPS lidam com as formas crônicas. Um argumento a favor desta proposta é que nos HDs o tempo de internação é de no máximo 45 dias, ao passo que nos CAPS não há limite de tempo. O autor não cita os NAPS, o que afasta da discussão uma estrutura que se propõe a atender aos dois momentos, na medida em que seu funcionamento pode ser por 24 horas e se propõe a ser a única referência para uma determinada região (LANCETTI & KINOSHITA, 1992). Aos HDs ficaria reservada a função de tratar a situação de crise, representada pela piora dos sintomas, dos relacionamentos etc.; aos CAPS caberia a função de “estimular este paciente, introduzindo em seu campo mental, através de novos vínculos afetivos, um conjunto novo de representação... O CAPS é um indutor de *crise*” (ZUSMAN, 1995, p. 64).

Outros autores que se propuseram a classificar os diferentes programas também tomaram como critério o tipo de atividade desenvolvida. Klar et al. (1982) propuseram a divisão em três tipos de programas: 1) Atenção intensiva, com objetivo de diminuir a duração da internação integral ou ser uma alternativa a ela; 2) Atenção para crônicos, com baixa expectativa de melhora do paciente, tolerância aos sintomas e frequência e duração do tratamento flexíveis; 3) Reabilitação, para pacientes com severos desajustes ou incapacitação nos desempenhos social e de trabalho.

Em 1985, a classificação dos serviços de hospitalização parcial ocupou espaço em um editorial do LANCET. A proposta apresentada era de classificar os serviços

em três tipos: 1) alternativos à internação hospitalar, com equipe bem estruturada e diversos programas de tratamento simultâneo; 2) serviços para portadores de neuroses e transtornos de personalidade onde o nível de comprometimento não é suficiente para indicar internação fechada e 3) para pacientes crônicos, principalmente esquizofrênicos (DAY, 1985).

Schene et al. (1988) avaliaram 46 dos 85 programas de hospitalização parcial para adultos na Holanda e classificou-os em quatro grupos, de acordo com sua função:

1. Alternativa à hospitalização completa: a orientação é predominantemente médica, perto de instituição fechada, elevada relação pacientes/profissionais, disponibilidade de leitos para pernoite, menor duração do tratamento.
2. Continuidade à hospitalização completa: encaminhados de serviços de hospitalização fechada, maior número de psicóticos, pacientes mais velhos e com menor nível educacional, maior uso de psicofármacos, curta duração do tratamento.
3. Extensão do tratamento ambulatorial: mais distantes dos hospitais, pacientes encaminhados de serviços ambulatoriais, poucos psicóticos (mais neuroses, transtornos de personalidade e depressão), pacientes mais jovens, com melhor nível educacional, tratamento mais prolongado.
4. "Day-care" para reabilitação ou apoio a crônicos, com maior duração de tratamento, mais encaminhamentos de hospitais psiquiátricos, maior número de psicóticos, tratamento bem mais prolongado.

Neste estudo holandês, em 44% dos serviços não foi possível estabelecer o predomínio de um dos tipos de funcionamento e nos 85 serviços havia uma média de 2,5 programas diferentes por semana.

2.2. População Atendida

Os serviços de hospitalização parcial não são uma modalidade terapêutica exclusiva da Psiquiatria, havendo, por exemplo, serviços para pacientes com câncer (WILKES et al., 1978), com diabetes mellitus, etc. (NOVIKS et al., 1976; SCHENE & GERSON, 1986). Especificamente em Psiquiatria, há serviços para crianças e adolescentes (KISER et al., 1995), para idosos (PLOTKIN & WELLS, 1993), para adultos com determinados diagnósticos como esquizofrenia, transtornos alimentares, retardo mental e dependentes químicos (PARKER & KNOLL III, 1990; ALTERMAN et al., 1992).

No Brasil, a utilização mais freqüente tem sido para atendimento psiquiátrico, não havendo serviços tão especializados como os descritos acima, exceto pela faixa etária. Serviços especializados no atendimento de crianças e adolescentes, embora raros, já tiveram aspectos de seu funcionamento descritos (ANTONUCCI, 1990).

Criados com o intuito de evitar a internação psiquiátrica, alguns serviços tem predomínio de pacientes neuróticos — população teoricamente não elegível para internação fechada. *Teoricamente*, pois a associação usual entre o termo “neurose” e condições de menor gravidade nem sempre é verdadeira como propõem alguns autores (SONENREICH, 1964). Este fenômeno merece algumas considerações.

Segundo Resende (1997), no período entre 1968 e 1974 aumentou muito no Brasil o diagnóstico de neurose entre a clientela dos hospitais psiquiátricos. O autor

apontava que isto também ocorreu na Grã-Bretanha e nos EUA, sendo uma questão de difícil interpretação. Especulava, contudo, que no caso do Brasil, sob o “elástico rótulo de neurose... se escondem problemas sociais diversos que têm no asilo a única solução possível” (p. 62). Para alguns autores, esta seria uma distorção dos propósitos explicitados pela Reforma Psiquiátrica: atendendo a uma clientela com “nosologia mais leve”, deixa de lado a clientela típica dos hospitais psiquiátricos (VASCONCELOS, 1992; MORGADO & LIMA, 1994).

Alguns serviços tem critérios de exclusão estabelecidos, não internando, por exemplo, pacientes portadores de dependência química. Outros, trabalhando com critérios diagnósticos nem sempre claros, apontam grupos nosológicos predominantes, em alguns casos imprecisamente definidos e noutros com códigos específicos das classificações utilizadas diferentes a cada época. Deste modo, quando os autores relatam predomínio de “psicóticos” (CAMPOS, 1989; BANZATO et al., 1993) ou “neuróticos” (BLAYA, 1962; AZOUBEL NETO & BORGES, 1971; SCHENE et al., 1988; KERR-CORRÊA et al., 1994) ou que atendem a ambos sem destacar nenhum grupo (PITTA, 1994) não se sabe, exatamente o que significam estes diagnósticos nos diferentes relatos.

Em alguns serviços, a questão do diagnóstico não é levada em consideração, dada a proposta de rompimento com o modelo psiquiátrico tradicional e, em outros, o “referencial psicodinâmico” produzirá “diagnósticos estruturais e não de quadro” (LANCETTI, 1989).

2.3. Organização dos Serviços

De modo geral, os serviços funcionam no período diurno e de segunda a sexta-feira, havendo a possibilidade de funcionamento por 24 horas (BRASIL, 1992; LANCETTI & KINOSHITA, 1992) e até serviços que funcionam predominantemente no período noturno (DeHERT et al., 1996). Há ênfase sobre o trabalho grupal com os pacientes, sendo desenvolvidas atividades expressivas, psicoterápicas, de orientação, apoio, etc. Deste modo, há grupos operativos (OLIVEIRA, 1995), de Psicodrama (INFANTE & CLEBER, 1991), de Terapia Ocupacional (CAMPOS & CONTEL, 1996), atividades diversas desenvolvidas em comissões — como recepção, despedida, decoração, etc. (CONTEL et al., 1993), oficinas de expressão e composição musical (CHICAYBAN, 1991), oficinas de contos de fada (FERREIRA, 1991), etc, sendo muitas as possibilidades de atividades propostas. Pode haver ainda reuniões nas quais a equipe trata de problemas administrativos e/ou clínicos, a utilização de medicamentos — muitas vezes discutida em grupos (BANZATO et al., 1993) e as atividades voltadas para o atendimento das famílias — que merecem aqui algumas considerações especiais.

Autores tem destacado a importância do cuidado com as famílias como fundamental no sentido de diminuir as internações psiquiátricas. Morgado & Lima (1993) afirmam que, se não houver uma rede de serviços que auxilie a família no cuidado com o paciente, as internações serão sucessivas. Moreno (1998) avaliou a sobrecarga que pacientes psiquiátricos representam na rotina diária, entrevistando os familiares de pacientes egressos de HD. Os dados preliminares mostram que os aspectos mais comumente apontados como fonte de sobrecarga foram a pouca ajuda nas tarefas

domésticas e os comportamentos embaraçosos que expõem a doença, o paciente e a família em suas comunidades.

A resposta que os serviços têm dado às famílias tem sido na forma de atendimentos grupais trabalhando às vezes com orientação e noutras em enquadres psicoterápicos (MEDEIROS et al., 1993). Autores tem reforçado o predomínio de mulheres entre os familiares cuidadores de adultos dependentes (LEE, 1999) — particularmente mães e esposas (ORTIZ & TOSTES, 1992).

A necessidade de equipe multidisciplinar parece ser um consenso, pelo que se pode apurar na presente revisão. Outro fato que se repete é a pouca ou nenhuma experiência — teórica e prática — dos profissionais para o trabalho em HD. Parker & Knoll III (1990) destacaram este fato como uma das razões para a reduzida utilização dos serviços, o que no Brasil já havia sido apontado por Blaya (1962) e Cerqueira (1984) entre outros.

Recentemente, Cavichioli-Rossini (1998) investigou o trabalho do enfermeiro em HDs psiquiátricos, entrevistando profissionais em 16 serviços públicos no estado de São Paulo. A autora encontrou os seguintes dados: 88,2% da amostra não havia recebido qualquer tipo de treinamento para o trabalho nos HDs, sendo que 47,1% do total não possuía qualquer experiência em enfermagem psiquiátrica. Como decorrência, a dificuldade apontada com maior frequência foi exatamente a formação insuficiente (47,3%).

Embora existam variações quanto ao número de profissionais e mesmo à proporção profissionais/pacientes, a constituição das equipes mantém-se semelhante: psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiros, terapeuta ocupacional e profissionais de nível médio (auxiliar enfermagem, auxiliar de farmácia, escriturários, etc.). Na portaria

224/92 (BRASIL, 1992), o MS propõe para HDs e NAPS/CAPS a mesma constituição da equipe.

2.4. Critérios de Avaliação

Entre os critérios usados para avaliar serviços de hospitalização parcial, os mais comuns são: tempo de internação, melhora de sintomas, melhora no desempenho social, taxas de readmissão, funcionamento social, satisfação dos pacientes e também custos financeiros com as diferentes modalidades terapêuticas. Com frequência, os resultados são comparados àqueles obtidos nas internações fechadas ou são comparados aos de ambulatórios. Autores tem apontado algumas críticas metodológicas nos diversos estudos revisados, tornando, muitas vezes, seus resultados não generalizáveis. São elas: pequeno número e distribuição não aleatória de pacientes, pouco controle das variáveis (como por exemplo diagnóstico, uso de medicação, seguimento pós alta, etc), ausência de definições e objetivos dos serviços de hospitalização parcial e medidas de resultados não padronizadas (CREED et al., 1989; RAIMUNDO et al., 1994). Piper et al. (1994) acrescentam que os desenhos muitas vezes são retrospectivos, não sendo realizada análise estatística multivariada, o que possibilitaria avaliar o impacto de cada fator como preditivo de adesão/sucesso. A seguir serão apresentados alguns trabalhos sobre avaliação de serviços de hospitalização parcial, segundo os critérios considerados pelos autores.

◆ A Hospitalização Parcial versus Integral

A primeira questão levantada após a criação dos serviços de hospitalização parcial foi se a tão esperada substituição dos hospitais psiquiátricos seria possível. Com

isto, os primeiros trabalhos realizados foram comparações entre HD e hospitais psiquiátricos. Herz et al. (1971) conduziram um estudo no qual pacientes foram aleatoriamente selecionados para hospitalização parcial e integral. Pelos resultados obtidos, concluíram que em 22% dos casos os pacientes poderiam ser assistidos em qualquer um dos dois tratamentos propostos, sendo as taxas de readmissão encontradas no seguimento maiores no grupo de hospitalização integral.

Creed et al. (1989), em uma extensa revisão, apontam diversos estudos comparativos entre HD e hospital psiquiátrico, nos quais foram calculadas as transferências do primeiro para este último por períodos variáveis. Afirmam que estes não foram um fenômeno raro, tendo ocorrido em 22% a 40% dos casos, dependendo do estudo.

Kluiter et al. (1992) avaliaram a indicação de HD, comparando-a com a indicação de hospitalização integral. Pacientes encaminhados para internação foram alocados aleatoriamente para estes dois programas, excluindo apenas os portadores de quadros demenciais e com problemas judiciais. Os grupos eram semelhantes em relação às características sócio-demográficas e diagnóstico. Os pacientes em hospitalização integral podiam pedir licença para dormir em casa e, do mesmo modo, os pacientes do HD podiam dormir no hospital se necessário. O número de noites passadas fora do hospital nos dois grupos foi considerado um indicador de possibilidade (ou não) de hospitalização parcial. Neste estudo, os autores não encontraram variáveis proibitivas para o tratamento em regime de HD. A probabilidade de manter-se em regime de HD foi maior entre os pacientes com predomínio de sintomas depressivos, quando era a primeira internação, quando necessitaram de pouca vigilância na primeira semana e quando o tratamento era feito por psiquiatra experiente.

Schene et al. (1993) conduziram um outro estudo comparativo entre hospitalização parcial e integral. Selecionaram dois grupos aleatoriamente e avaliaram-nos na internação, na alta e após seis meses com relação à sintomatologia e funcionamento social, entre outros aspectos. Neste estudo não houve diferença significativa para os dois aspectos citados; contudo, no grupo de HD mais pacientes concluíram o tratamento - fazendo supor que o tratamento neste regime é mais aceito. A duração do tratamento no HD foi significativamente maior do que na hospitalização integral.

Sledge et al. (1996a) realizaram também uma pesquisa em que compararam um programa convencional e um programa de HD com residência de apoio para situações de crise. Os grupos, aleatoriamente formados, foram avaliados para sintomas, ajustamento e funcionamento social, qualidade de vida e satisfação com os serviços, em quatro momentos diferentes: na alta e após dois, cinco e dez meses. Nos dois grupos os diagnósticos predominantes foram de transtorno esquizofrênico (incluindo transtorno esquizoafetivo e psicoses atípicas) seguido de transtornos de humor. Na amostra houve uma discreta tendência a melhores resultados do HD nas medidas de sintomas e funcionamento social, sem diferença estatisticamente significativa.

◆ Função Reabilitadora

Enquanto alguns autores avaliaram a função de alternativa à hospitalização fechada, Tantam & McGrath (1989) buscaram avaliar a função de reabilitação de crônicos. Para isto, compararam pacientes crônicos (59% com mais de um ano de tratamento) divididos em dois grupos: encaminhados para programa de reabilitação e não encaminhados (controles). Os grupos foram pareados por diagnóstico, idade, sexo e

duração do episódio atual e as escalas utilizadas buscavam avaliar estado mental, sintomas negativos, relações sociais e progressos obtidos — esta última aplicada a pacientes e equipe. Embora os casos tenham recebido mais altas que os controles, esta diferença não foi significativa. Os pacientes que receberam alta apresentaram, nas avaliações de início e final de tratamento, menos sintomas negativos, menor alteração do estado mental e menor tempo de hospitalização prévia. Os autores discutiram que a longa permanência poderia estar associada à dependência do HD - inevitável em pacientes mais comprometidos e que poderiam provocar uma superlotação dos serviços.

◆ Duração da Internação e Medidas de Melhora

A duração da internação tem sido muito investigada, tanto pela necessidade de estabelecer parâmetros para cobrança de serviços, como também pela preocupação com a dependência que alguns pacientes estabelecem com os serviços de hospitalização parcial. Com frequência, a medida da duração é acompanhada de avaliações de melhora. McGrath & Tantam (1987) avaliaram a duração de internação a partir de registros de atendimento de pacientes acompanhados em um HD. Em 62% dos casos os diagnósticos eram de esquizofrenia ou psicose maníaco-depressiva e o melhor preditor de duração de internação foi a quantidade de hospitalizações prévias em hospitalização parcial ou integral.

Creed et al. (1989) afirmaram que a duração da internação nos HDs foi em torno de oito semanas para os estudos revistos, enquanto nos hospitais psiquiátricos foi de aproximadamente duas semanas. Naquela revisão, contudo, estavam incluídos serviços

de hospitalização parcial com diferentes perfis, sendo os serviços de reabilitação de crônicos os responsáveis pelas médias mais altas, segundo os autores.

Karterud et al. (1992) avaliaram a evolução de pacientes neuróticos, com e sem transtornos de personalidades associados, admitidos em um HD na Noruega. A maioria dos pacientes não tinha companheiro (57%), tinha hospitalizações prévias (46%) e uma média de duração de internação de 171 dias (desvio padrão 109). Entre outros aspectos, os autores avaliaram remissão de sintomas, encontrando melhores resultados nos pacientes sem distúrbios de personalidade associados, sendo os transtornos esquizotípicos os que tiveram evolução menos favorável e as internações mais longas.

Outros autores que investigaram a eficiência dos HDs para “neuróticos” foram Sims et al. (1993). Esses autores avaliaram pacientes com diagnósticos de transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e transtornos somatoformes pelos critérios da CID10 (OMS, 1993). Os pacientes foram tratados por 12 semanas e avaliados em três momentos: na internação, um mês e 18 ou 24 meses após a alta, para medidas de sintomas e de interações sociais. Embora na primeira avaliação não tenha sido possível distinguir o grupo que melhorou com o tratamento, os autores observaram que a melhora nas relações sociais foi mais tardia que a melhora dos sintomas. A partir destes achados, levantaram a hipótese de que haveria uma interação complexa entre sintomatologia e interação social — não linear ou automática, mas onde a melhora dos sintomas seria uma pré condição para melhora da interação social.

Mbaya et al. (1998) procuraram estabelecer preditores de duração de internação em dez HDs diferentes, agrupados em serviços de reabilitação, serviços para agudos e mistos. Os diagnósticos predominantes foram esquizofrenia e transtornos bipolares nos serviços de reabilitação e desordem depressiva nos serviços para agudos.

A análise apontou como preditores de maior duração da internação: idade, ter sido encaminhado por uma enfermagem psiquiátrica e estar em HD com programas de reabilitação. Por outro lado, receber terapia comportamental e ser casado foram variáveis associadas a menor duração.

Weinberg et al. (1998) também buscaram avaliar preditores de duração de internação para pacientes de diferentes HDs, comparando-os com um programa de internação fechada. Entre as variáveis estudadas, aquelas que estiveram associadas positivamente à duração de internação na análise de regressão múltipla foram: idade, diagnóstico de esquizofrenia ou mania e intensidade de sintomas na admissão - este último o melhor preditor isolado de internações mais longas. Nos HDs avaliados houve ampla variação na gravidade de doença não relacionadas às necessidades locais, mas à proposta de atendimento estabelecida por cada serviço.

◆ Opinião de Pacientes, Familiares e Equipe

Hoge et al. (1988) buscaram investigar que fatores produziam melhora na hospitalização parcial a partir dos relatos de pacientes e familiares. Utilizando entrevistas semi-estruturadas gravadas e submetidas a análise temática em diversos passos, os autores encontraram 14 fatores que auxiliariam no tratamento. Os três fatores apontados com maior frequência pelos dois grupos foram: a estrutura do serviço (ter rotina pré-estabelecida, com atividades organizadas, dando um “sentido” ou um papel para a vida dos sujeitos), o contato com outras pessoas (a experiência de pertencer a um grupo e a continência aumentariam a auto-estima) e a medicação prescrita.

No mesmo ano, Goldstein et al. (1988) publicaram um trabalho no qual avaliaram a opinião de pacientes e profissionais sobre cinco HDs de Nova York. Eram portadores de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo em 77% dos casos, internados em HDs para estabilização de sintomas buscando evitar a internação ou fazer a transição para a comunidade. Os pesquisadores observaram que a equipe e os pacientes valorizavam aspectos diferentes de seu tratamento: os primeiros valorizavam a orientação em relação aos problemas pessoais - o entendimento e o enfrentamento destes problemas — e os últimos valorizavam mais o apoio, o envolvimento — o clima emocional da unidade — e a clareza de objetivos dos HDs.

No Brasil, Campos (1989) entrevistou pacientes e familiares sobre as vantagens e desvantagens da hospitalização parcial e da integral. Os dois grupos foram unânimes em alguns aspectos, diferindo em outros. Assim, para ambos, a preservação da liberdade individual, dos vínculos com a família e a comunidade e a possibilidade de aprendizado e ocupação foram vantagens apontadas para a hospitalização parcial, enquanto o recebimento de cuidados técnicos regulares e individualizados foi apontado para a hospitalização integral. Com relação às desvantagens da hospitalização parcial, pacientes destacaram aquelas condicionadas pelo tipo de atendimento: deslocar-se de casa para o hospital diariamente, acordar cedo, cumprir horários, etc e os familiares destacaram a sobrecarga no lar e na atividade profissional. Quanto à integral, as desvantagens apontadas foram o afastamento do ambiente familiar e a convivência com pacientes de diferentes níveis de comprometimento. A autora ressalva que algumas desvantagens apontadas são muito mais distorções do que características intrínsecas ao modelo de atendimento como, por exemplo, condições precárias de hotelaria e higiene inadequada.

◆ Custos dos Serviços de Hospitalização Parcial

Não foram encontrados trabalhos nacionais que tenham avaliado comparativamente o custo monetário dos cuidados em hospital psiquiátrico com aquele prestado na comunidade. Raimundo et al. (1994) levantam a suposição de que no Brasil, com as condições de hotelaria ruins, ausência de outras terapias além dos psicofármacos e baixa razão equipe/paciente encontrada nos hospitais psiquiátricos, as alternativas na comunidade seriam mais caras.

Em outros países esta questão tem sido mais estudada, embora os resultados ainda não sejam definitivos. Creed et al. (1989) e Parker & Knoll III (1990), revendo a literatura sobre os HDs e similares, citaram trabalhos onde não houve diferença na comparação dos serviços comunitários com os hospitais psiquiátricos e outros nos quais ocorreram diferenças de 13% a 50% — com os HDs sendo mais baratos. Fink et al. (1978) investigaram os custos com internação integral e parcial de dois grupos de pacientes pareados, submetidos a uma destas modalidades de tratamento. Os autores encontraram um menor custo da hospitalização parcial em relação à integral durante a internação, com custos semelhantes no cuidado um ano após a alta.

Um grupo de pesquisadores — entre eles um economista — avaliou os custos de cuidados na comunidade de pacientes egressos de dois hospitais psiquiátricos londrinos recém fechados (KNAPP et al., 1990). Neste estudo, em que inúmeros gastos foram computados — como por exemplo gastos com dentistas, fisioterapeutas, serviços educacionais, etc. — os autores concluíram que os cuidados na comunidade tiveram um menor custo que no hospital psiquiátrico. Ressaltam ainda que o nível de incapacitação de pacientes com longa história de institucionalização — 10 ou 20 anos — exige um

trabalho de reabilitação que pode ser muito longo e que as necessidades da população na comunidade também podem variar com o tempo, exigindo a continuidade desses estudos.

Sledge et al. (1996b), na continuação de estudo já citado (SLEDGE et al., 1996a) procuraram investigar se o programa de hospitalização parcial era menos dispendioso que o tradicional. Os autores investigaram também se a diferença nos custos poderia ser atribuída a algum dos vários diagnósticos. Neste estudo, a hospitalização parcial foi mais barata que o programa convencional em relação aos custos totais, sendo a diferença atribuída aos custos no episódio inicial no qual os maiores gastos foram com pessoal administrativo e manutenção — maiores nos hospitais psiquiátricos. Com relação aos diagnósticos, os pacientes foram divididos em três grandes grupos: 1. “psicóticos”, 2. com desordens afetivas e 3. com abuso de substâncias somado a outro diagnóstico. O grupo de pacientes psicóticos teve maiores gastos em relação aos outros dois e, em todos os casos, a internação psiquiátrica tradicional foi mais cara.

Como se pode observar pela revisão apresentada, praticamente não há trabalhos brasileiros avaliando HDs ou descrevendo, de modo prospectivo, a população atendida. Esta ausência é mais sentida quanto mais ocorre o redirecionamento das políticas públicas em saúde mental na direção dos serviços comunitários. Esta foi uma preocupação que motivou o presente estudo, desenvolvido no Hospital-Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (HD-UNESP), cujas características gerais serão descritas abaixo.

2.5. Hospital-Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (HD-UNESP)

O HD-UNESP foi inaugurado em 23 de setembro de 1980, enfrentando as mesmas dificuldades e resistências que outros serviços de saúde mental enfrentaram ao serem instalados em hospitais gerais (MARTINS, 1967; CAMPOS, 1986; BOTEGA & DALGALARRONDO, 1993). Embora não seja o propósito, no momento, rever esta história com detalhes, alguns fatos serão recordados para que se possa ter uma visão mais clara do contexto no qual a presente pesquisa se desenvolveu. A inauguração do HD-UNESP ocorreu em 1980, porém, circunstâncias anteriores a esta data parecem ter sido determinantes da sua criação. Uma delas foi o convênio celebrado entre a Faculdade de Medicina e a Secretaria Estadual de Saúde - mais especificamente a Coordenadoria de Saúde Mental. Estes convênios, como já foi visto, no início da década de 70, possibilitaram um novo incremento aos serviços de Saúde, como por exemplo a reabertura do HD da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CAMPOS, 1986).

Em Botucatu, o convênio firmado em 19.11.1973 permitiu a contratação de diversos profissionais que passaram a prestar atendimento tanto em nível ambulatorial quanto aos pacientes internados na enfermaria do Hospital Psiquiátrico Cantídio de Moura Campos — hospital próprio do Estado, localizado nos arredores da cidade — com a participação de internos e residentes (BERGAMO, 1991). Com a ampliação das dependências da Faculdade de Medicina de Botucatu, o ambulatório de Psiquiatria foi transferido para o campus universitário, deixando de ser feito nas dependências do referido Hospital.

Segundo Bergamo (1991) “desde o início da implantação de um serviço de Psiquiatria nesta Faculdade... tinha-se por objetivo implantar dentro do Hospital das Clínicas uma enfermaria (internação total) e um Hospital-Dia... devido às dificuldades (recursos financeiros e humanos) de implantar uma enfermaria, em 1980 foi implantado o Hospital-Dia de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu” (p. 56)⁽¹⁵⁾.

Os profissionais que compunham a equipe responsável pela organização do HD-UNESP eram, quase exclusivamente, profissionais contratados pelo convênio com a Secretaria da Saúde. Como estes profissionais exerciam atividades junto ao ambulatório, foi necessário um arranjo a partir do qual passaram a atender também os pacientes internados neste HD. Talvez tenha ocorrido no HD-UNESP algo semelhante ao que ocorrera no HD descrito por BLAYA (1962), ou seja, “um arranjo entre o que havia disponível e o que se necessitava”. Embora todos fossem profissionais da área de saúde mental, prestavam serviços em dois lugares: no HD e no ambulatório. A favor da hipótese de que esta organização não era a “necessária” mas a “disponível” há o fato de que, posteriormente, duas equipes independentes foram constituídas.

◆ Objetivos do HD-UNESP

Kuchembuck et al. (1985) estabeleceram uma série de objetivos para o HD em termos de assistência, ensino e pesquisa. Em 1994, Kerr-Corrêa et al. em

(15) José Manuel Bertolote foi um dos responsáveis pela implantação do HD. Em comunicação pessoal, reiterou as palavras de BERGAMO (1991) complementando que, à época, as dificuldades com o transporte para os pacientes eram um fator limitante ao tratamento, em função do HD estar localizado a cerca de 8 Km do centro da cidade. Apesar desta dificuldade, optou-se pelo seu funcionamento no prédio do HC por entender que era importante o serviço psiquiátrico funcionar dentro do Hospital Geral.

levantamento retrospectivo, retomam estes objetivos considerando-os ainda válidos para o serviço. Sendo em termos da assistência os seguintes:

- a) cuidados psiquiátricos para avaliação diagnóstica, tratamento e seguimento;
- b) uma abordagem para melhor auxiliar no processo de tratamento do paciente, preenchendo suas necessidades médicas, sociais, psicológicas e emocionais;
- c) um programa de atividades terapêuticas estruturadas e convívio social para estimular o relacionamento interpessoal, o auto-conhecimento, o desenvolvimento de habilidades físicas e cognitivas, a produtividade, a participação e a criatividade. Visa ainda auxiliar os pacientes a atingir e manter níveis de desempenho mais adequados dentro dos limites da doença;
- d) participação ativa do doente no processo de estabelecimento e implementação do plano terapêutico às suas necessidades;
- e) preservação do convívio familiar e social, evitando o caráter de isolamento e confinamento do atendimento psiquiátrico tradicional e favorecendo a reintegração social e profissional do paciente;
- f) integração dos familiares no tratamento através de orientações e participação em atividades do programa terapêutico, quando dividem com a equipe e o paciente a responsabilidade pelo tratamento;
- g) engajamento de amigos, parentes, local de trabalho e de recursos da comunidade no entendimento das dificuldades do paciente e na colaboração com sua superação e/ou melhora;
- h) diminuição dos efeitos maléficos de internação em hospitais psiquiátricos tradicionais, no que se refere à dependência de instituição considerada como único local onde o doente é aceito;

- i) economia nos investimentos comuns à internação completa com alimentação, pessoal especializado em três turnos, leitos e outros gastos inerentes ao funcionamento hospitalar.” (KUCHEMUCK et al., 1985; KERR-CORRÊA et al., 1994).

Moreno (1998) acrescentou aos objetivos do HD-UNESP a reinserção social e familiar dos pacientes através de um acompanhamento sistemático, o que teria, segundo a autora, levado a um aumento na duração da internação.

Pela sua inserção em um hospital universitário, este HD tem sido campo de estágio para diferentes estudantes de graduação e pós-graduação *sensu lato*. Assim, já estagiaram no serviço alunos de graduação em Medicina, Enfermagem e Terapia Ocupacional, residentes de Psiquiatria e diversos profissionais em Curso de Aprimoramento na área da saúde (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais). Com relação ao ensino propõe-se a oferecer:

- a) “oportunidade para o aprendizado das habilidades necessárias para a avaliação, tratamento e seguimento de pacientes psiquiátricos que necessitam de cuidados intensivos;
- b) oportunidade para experimentar o trabalho em equipe multidisciplinar;
- c) aperfeiçoamento de pessoal na área de saúde mental” (KUCHEMUCK et al., 1985).

◆ Área Física

O HD funciona no 2º andar do prédio central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, situado no distrito de Rubião Junior. Localizado na

extremidade oeste desse prédio, ele ocupava, até junho de 1997, uma área de aproximadamente 170 m² assim dividida: dois consultórios, uma sala (com mesas, cadeiras e armários contendo materiais para diversas atividades), um solário dividido em dois ambientes (sendo utilizado para grupos e refeições), um corredor (que era utilizado como posto de enfermagem, recepção e sala de espera) e um banheiro com chuveiro.

Essa localização fazia com que o HD funcionasse em área contígua ao Departamento de Neurologia e Psiquiatria, dividindo com este a área de circulação e os banheiros. A partir de junho de 1997, com a mudança do departamento para prédio próprio, o HD aumentou sua área em cerca de 50m².

Eventualmente, áreas externas ao HD (dentro do campus e mais raramente fora dele) são utilizadas para atividades, como por exemplo quadra poliesportiva, salão de ginástica, Jardim Botânico e Hospital Veterinário.

◆ Composição da Equipe

Ao longo do tempo, o HD sempre contou com uma equipe multiprofissional, como recomendam as portarias e normas técnicas governamentais (BRASIL, 1992; SÃO PAULO, 1992) e como ocorre em outros países (SCHENE et al., 1986; PARKER & KNOLL III, 1990). A equipe conta com um médico psiquiatra (docente ou médico da disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu), uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem. A partir de 1996 têm participado também um psicólogo, uma enfermeira (ambos docentes da Faculdade de Medicina de Botucatu) e mais uma terapeuta ocupacional, que participa de algumas atividades.

Semelhante à descrição feita por Campos (1988) sobre o HD da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, a equipe do HD-UNESP é composta por dois grupos: um “flutuante” e um “fixo”. O primeiro, composto dos estagiários e residentes e o segundo por profissionais contratados pela instituição para assistência e/ou ensino. Do grupo fixo, apenas a assistente social, a terapeuta ocupacional e a auxiliar de enfermagem permanecem no HD durante todo o dia. Os demais profissionais permanecem por períodos que variam de oito a doze horas semanais.

◆ Características de Funcionamento

Quando foi inaugurado, o HD-UNESP funcionava apenas três vezes por semana em períodos de quatro horas diárias. Em janeiro de 1981 o horário foi estendido para todas as tardes e em julho do mesmo ano passou a funcionar das 8 às 16 horas (KUCHEMUCK et al., 1985). O HD funciona praticamente o ano todo, havendo apenas um período de 3 a 5 dias nos quais são tomadas medidas de limpeza geral. Fica fechado à noite e nos finais de semana, havendo a retaguarda do pronto socorro para os pacientes nestes períodos.

As atividades não diferem de outros HDs (CAMPOS, 1986; BANZATO et al., 1993; TAVARES, CAVALCANTE & DISITZER, 1991), havendo grupos de recepção, de familiares, operativos, terapia ocupacional, psicodrama, teatro espontâneo, entre outros. Há também visitas domiciliares, acompanhamentos a outras instituições fora do HD-UNESP e atendimentos individuais a famílias e pacientes, embora as atividades grupais sejam privilegiadas. Semanalmente, a equipe reúne-se para avaliar os pacientes, havendo também reuniões administrativas.

A partir de 1997 foi estabelecido um horário no qual os residentes e estagiários coordenam um ou mais grupos de pacientes denominados “oficinas”. Estes grupos têm por objetivos possibilitar que estagiários e residentes experimentem a coordenação de um grupo e que os pacientes aprendam, experimentem ou produzam uma atividade sobre a qual os residentes e estagiários tenham domínio (HD, 1998). Algumas tarefas do cotidiano do HD-UNESP são realizadas em rodízio. A medicação é fornecida diariamente, de acordo com o horário e, no caso de uso noturno, o paciente e/ou o familiar levam-na para casa.

As atividades organizadas para os pacientes do HD-UNESP no período de agosto de 1997 a julho de 1998 podem ser observadas no Quadro 1.

◆ População Atendida

Pelas características do tratamento (ir e vir diariamente), apenas pacientes residentes em Botucatu e cidades próximas têm feito uso do HD-UNESP. Eventualmente, pacientes residentes em cidades mais distantes hospedam-se em casa de parentes ou amigos, tornando o tratamento possível. Há alguns anos havia uma pensão que hospedava pacientes e era custeada pela Faculdade de Medicina (KUCHEMUCK et al., 1985).

O HD-UNESP conta com vagas para 15 “pacientes-dia”, que são encaminhados pelos serviços de saúde local e da região. Todo paciente encaminhado ao HD-UNESP é submetido a uma entrevista inicial na qual é investigada sua história mais recente, os motivos que levaram a sua internação, suas possibilidades de adesão ao tratamento e os obstáculos que podem estar presentes (por exemplo: dificuldade com

transporte, dificuldade em se separar dos familiares, de se manter no espaço físico do HD, de conviver com os demais pacientes, os riscos de fuga, auto e heteroagressividade, etc). O paciente deve estar, preferencialmente, acompanhado de um familiar, o qual é orientado sobre sua participação no tratamento. Caso o paciente esteja desacompanhado, são feitas tentativas no sentido de que alguém da família compareça. Havendo concordância na internação, o paciente, o familiar e o profissional que fez o atendimento assinam o Contrato de Internação (Anexo 1). Para que a entrevista inicial seja agendada, é necessário que o paciente tenha sido encaminhado por um profissional de saúde. Há situações em que esta regra pode ser alterada e o paciente que procura o serviço espontaneamente ou é trazido por familiares pode ser internado, na dependência da avaliação da equipe.

Em 1994, Kerr-Corrêa et al. publicaram um estudo retrospectivo no qual foram descritas várias características da população internada no período de 1980 a 1992. As informações que se seguem baseiam-se nestes dados.

A maior parte dos pacientes era do sexo feminino (64%) e tinham menos de 40 anos (60%). Em 90% dos casos haviam sido encaminhados por subserviços do HC e 88% era procedente de Botucatu e região. Predominavam os casados ou amasiados (46%) sobre os solteiros (43%), viúvos (7%) e separados (4%). Quanto à escolaridade, 8% eram analfabetos, 60% tinham ensino fundamental completo e 32% ensino médio ou universitário.

Os diagnósticos estabelecidos pelos critérios da CID 9 (OMS, 1978) foram de neuroses em metade dos casos, seguido pelos quadros esquizofrênicos (18%), doenças afetivas (13%), orgânicos (12%) e outros (7%). O predomínio de neuroses em todas as faixas etárias levou a outro estudo (KERR-CORRÊA et al., 1995) no qual foram

investigados os prontuários dos pacientes com este diagnóstico. A partir desses dados procurou-se reclassificar os diagnósticos pelos critérios da CID 10 (OMS, 1993) e DSMIII-R (APA, 1987). Apesar das limitações do delineamento do estudo, os autores observaram que, em 52% dos casos, os diagnósticos pela CID10 e DSMIII-R seriam reclassificados como distúrbios do humor (38%), quadros orgânicos (10%) e esquizofrênicos (4%).

O tempo de internação foi inferior a 15 dias em 28% dos casos, de 16 a 30 dias em 33% e de 31 a 59 dias em 26%. A duração das internações tendeu a ser maior quanto maior o número de internações anteriores no HD. Assim, 56% dos pacientes com cinco ou mais internações tenderam a ficar de 30 a 60 dias internados. A alta por indicação médica (71%) prevaleceu sobre as demais, havendo abandono em 14% dos casos, principalmente de pacientes esquizofrênicos que representaram 39% de todos os casos de abandono. Abandono e transferência ocorreram predominantemente nos primeiros dias, sendo 52% das transferências na primeira quinzena.

Quadro 1: Atividades organizadas para os pacientes do HD-UNESP no período de agosto de 1997 a julho de 1998.

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
8:00 h	Café da Manhã ⁽¹⁾	Café da Manhã	Café da Manhã	Café da Manhã	Café da Manhã
10:00 h	Grupo de Recepção	Grupo de Familiares	Grupo de Psicodrama	Grupo de Projetos	Oficina Atividade Física ⁽³⁾
11:30 h	Grupo de Terapia Ocupacional				Grupo de Terapia Ocupacional
13:00 h	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
14:00 h	Horário Livre ⁽²⁾	Oficina de Canto ⁽³⁾		Oficina de Informação ⁽³⁾	
16:00 h	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche
		Teatro Espontâneo	Grupo de Terapia Ocupacional	Oficina de Aquarela ⁽³⁾	Horário Livre

(1) Horário para o café da manhã e cuidados de higiene pessoal

(2) A reunião da equipe para evolução dos casos é feita neste horário

(3) Apenas durante 4 meses

OBJETIVOS

Por tudo que foi exposto e, em particular, pela ausência de trabalhos brasileiros prospectivos sobre HDs optou-se por realizar um estudo cujo objetivo geral é descrever a população atendida no HD da Faculdade de Medicina de Botucatu, durante o período de um ano. Foram objetivos específicos:

1. Descrever esta população quanto a características sócio-demográficas, antecedentes psiquiátricos, alterações psicopatológicas, diagnóstico, relacionamento familiar e níveis de incapacitação psicossocial;
2. Descrever a evolução destes pacientes na internação atual e analisar a possível associação com as variáveis estudadas.

METODOLOGIA

1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo prospectivo baseado em entrevistas e avaliações padronizadas aplicadas, nas duas primeiras semanas de internação, a uma amostra consecutiva de pacientes internados em um HD ao longo de um ano.

2. Local e Sujeitos

Este estudo foi realizado no HD-UNESP cujas características gerais já foram descritas. As únicas mudanças ocorridas no período de estudo e que merecem ser citadas dizem respeito ao número de vagas e constituição da equipe. Nos primeiros seis meses não houve a participação da assistente social, o que levou à diminuição do número de vagas de 15 para 10 leitos.

Sujeitos: Foram estudados todos os pacientes internados no período compreendido entre 01.08.97 e 31.07.98 e que consentiram em participar da pesquisa.

3. Instrumentos

3.1. Protocolo para obtenção de dados gerais

Foi elaborado um protocolo (Anexo 2) para obtenção de informações sobre:

- a) **dados sócio-demográficos:** idade, sexo, estado civil, naturalidade, procedência, escolaridade, profissão, ocupação atual, existência de um cuidador (aquele que acompanha o paciente quando necessário e/ou presta cuidados a ele em sua casa), provedor (aquele que é o responsável pela maior parte da renda familiar), profissão e ocupação do provedor. As profissões foram agrupadas segundo

classificação proposta pelo Laboratório de Saúde Pública - UNESP (1986) (Anexo 3), que foi organizada com base na Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 1982).

- b) estratificação sócio-econômica:** baseada na renda *per capita* e na classificação proposta pela Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), versão de 1991 (ALMEIDA & WICKERHAUSER, 1991). Esta última baseia-se em “ítems de posse” (eletrodomésticos, automóveis, etc) adotando cinco estratos sociais obtidos a partir da pontuação dada a cada um destes itens (Anexo 4). A renda familiar foi o critério usado para a determinação dos ítems para a composição do atual sistema ABIPEME (em 1979). Este instrumento tem sido considerado útil para uma estratificação sócio-econômica mais próxima da realidade brasileira, em acordo com a distribuição de renda do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- c) internação atual:** origem do encaminhamento, diagnóstico na internação, medicação em uso, número de internações anteriores em HD e em hospitais psiquiátricos, tempo médio destas internações, duração da doença (em anos) e tempo de piora ou de início dos sintomas que antecederam a internação (em meses).
- d) problemas clínicos:** foi levantada a existência de outros problemas clínicos, seguindo a descrição estabelecida pela Classificação Internacional das Doenças 10ª Edição (OMS, 1993);
- e) freqüência de comparecimento de familiares e pacientes:** foram calculadas em percentuais as faltas dos pacientes e seus familiares ao HD, utilizando-se como

critério os dias programados para que comparecessem ao serviço, sendo estes dados utilizados como uma medida de adesão ao tratamento;

f) **condições de alta:** foram levantados os procedimentos realizados especificamente para cada paciente, como por exemplo solicitação de interconsultas, exames complementares, acompanhamento a outros locais, entre outros. As altas foram classificadas em: “alta médica”, quando indicava o final do tratamento no HD; “alta a pedido”, quando era solicitada pelo paciente e/ou familiar; “abandono”, quando o paciente ausentou-se por mais de cinco dias consecutivos e não retornou após ter sido contactado; e “transferência”, quando o tratamento foi interrompido porque o paciente foi encaminhado para outro serviço de saúde. Embora a alta tenha sido discutida com os pacientes ao longo de sua internação, alguns pacientes necessitaram de um processo gradual de distanciamento do serviço, aqui definido como “processo de alta” e expresso pela duração deste desligamento. O encaminhamento, a medicação em uso e a duração da internação foram também levantados. Com base no relatório de alta, os pacientes foram classificados como: melhor, inalterado e pior.

3.2. Escala de Avaliação Global de Relacionamento Social e Familiar

O funcionamento familiar foi avaliado através da Escala de Avaliação Global do Relacionamento Social e Familiar — Global Assessment of Relational Functioning Scale, GARF — (APA, 1994). Esta escala propõe-se a avaliar o funcionamento da família ou grupo social mais próximo do paciente, trabalhando num *continuum* que vai de um funcionamento grupal ótimo com relações satisfatórias a um

ponto de extrema desorganização e disfunção familiar. Neste estudo o avaliador estabeleceu um entre cinco níveis possíveis (Anexo 5).

3.3. Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (Psychiatric Disability Assessment Schedule - DAS)

A DAS (WHO, 1988) é uma escala que se propõe a avaliar níveis de incapacitação apresentados por pacientes com transtornos psiquiátricos. Foi desenvolvida pela OMS a partir da necessidade de se criar um instrumento de fácil aplicação e que pudesse ser utilizado em diferentes culturas. A DAS foi validada por meio de um estudo multicêntrico organizado pela OMS, tendo sido traduzida em várias línguas. O nível de incapacitação é dado pelo comprometimento do comportamento do paciente e pelo seu desempenho nas relações sociais. A escala pode ser aplicada por psiquiatras, psicólogos, sociólogos e assistentes sociais, com diferentes possibilidades de fontes de dados: o próprio paciente, familiares ou mesmo registros em prontuários (WHO, 1988).

Para o presente estudo foi utilizada a versão para o português de Chaves et al. (1990). Este instrumento é considerado de aplicação simples, tendo a versão em português apresentado boa confiabilidade entre diferentes avaliadores, obtendo coeficientes de correlação intra-classe de 0,88 a 1,00 (MENEZES & SCAZUFCA, 1993). Ela é dividida em cinco seções, descritas a seguir:

1. **Comportamento Global:** esta é uma seção com quatro itens que avaliam o cuidado pessoal do paciente, a diminuição de suas atividades, a lentificação e o isolamento social. O período avaliado é sempre o último mês e os escores vão de 0 a 5 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior o grau de disfunção.

2. **Desempenho do Papel Social:** nesta seção há 10 ítems que procuram avaliar: participação em atividades domésticas, relacionamento afetivo e sexual com parceiro (a), interesse e cuidado com os filhos, relacionamento sexual com outras pessoas que não o parceiro(a), contatos sociais, desempenho e interesse no trabalho e estudos, outros interesses e comportamentos do paciente em situações de emergência ou fora do comum. Todos os ítems são avaliados para o último mês, exceto o último que deve ser perguntado com relação aos últimos 6 meses. Os ítems grifados requerem informação comprobatória do paciente e os escores são dados do mesmo modo que na seção anterior. Os escores obtidos na aplicação das seções 1 e 2 podem gerar escores ajustados⁽¹⁶⁾.
3. **Paciente Hospitalizado:** é uma seção com 15 ítems que busca avaliar pacientes submetidos a internação fechada, a partir da observação do seu comportamento dentro da enfermaria.
4. **Fatores Modificantes:** buscou avaliar, através de 17 ítems, a presença de características que possam interferir no curso da doença mental e sobre os diferentes níveis de incapacitação relacionados à doença. Estão agrupados em quatro ítems: recursos pessoais, responsabilidades específicas, atmosfera doméstica e suporte externo. A forma de estabelecer os escores é semelhante às seções 1 e 2 havendo, contudo, questões onde as respostas são do tipo ausência/presença.
5. **Avaliação Global:** a última seção visa dar um escore de 0 a 4 para níveis crescentes de desajustamento. A orientação dada pela OMS é que esta seção não deva refletir mecanicamente as incapacidades específicas obtidas nas seções anteriores, mas sim

(16) Obtém-se os escores ajustados somando todos os escores obtidos diferentes de 9 e dividindo-se pelo número de ítems válidos.

o julgamento do entrevistador quanto ao funcionamento global do paciente em relação aos padrões de seu contexto sócio-econômico-cultural.

No presente estudo não foram utilizadas as seções 3, pela amostra não ser de pacientes em regime de internação fechada e 4, em função de haver outros instrumentos para mensurar alguns dos aspectos que integram esta seção. Ao final, encontra-se em anexo a folha de respostas usada na aplicação da DAS (Anexo 6).

3.4. Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS)

A Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) foi desenvolvida na década de 60 com o objetivo de avaliar alterações na expressão de alguns sintomas em pacientes psiquiátricos submetidos a intervenções medicamentosas (OVERALL & GORHAM, 1962). A escala original continha 16 ítems posteriormente ampliados para 18 ítems — que deveriam ser pontuados de 0 a 6 representando, respectivamente: ausência de sintoma, muito leve, leve, moderado, moderadamente grave, grave e extremamente grave. Alguns ítems referem-se a alterações observadas na entrevista e outros a informações obtidas sobre os dias anteriores (DENNIS et al., 1992). A BPRS tem sido uma das escalas usadas com maior frequência em diferentes países, entre outras razões pela facilidade e rapidez de aplicação (RHOADES & OVERALL, 1988; BECH et al., 1993). Se o escore total, obtido na aplicação da escala de 18 ítems, for usado para indicar gravidade dos sintomas, podem ser utilizados os seguintes pontos de corte: 0-9 representam ausência de síndrome; 10 a 19 há um síndrome menor; e 21 ou mais há um síndrome maior

(BECH et al. 1986 e 1993)⁽¹⁷⁾. Dois aspectos da escala original, contudo, têm sido alvo de críticas: a ausência de definições operacionais que norteariam o estabelecimento dos escores para as alterações encontradas (HAFKENCHEID, 1991) e o fato de não haver, para alguns autores (BECH, 1988), significado clínico em pontuar alguns sintomas numa variação tão ampla como a originalmente proposta.

Procurando resolver esses problemas, Bech et al. (1986) desenvolveram uma escala com definições operacionais para cada ítem e para cada pontuação atribuída. Ainda, os escores nesta versão foram distribuídos do seguinte modo: 0=ausente, 1=muito leve ou com presença duvidosa, 2=presente em grau leve, 3=presente em grau moderado e 4=presente em grau severo ou extremo. Em 1994, Zuardi et al. traduziram a versão de Bech et al. (1986) para o português, estudando sua validade, fidedignidade e estrutura fatorial. Os autores encontraram validade preditiva satisfatória, tendo como parâmetro a correlação entre diminuição de escores na BPRS e a alta dos pacientes na última semana observada. A fidedignidade entre observadores foi avaliada pelo coeficiente de correlação intra-classe com resultados entre 0,57 e 0,93. Com relação a estrutura fatorial, Zuardi et al. (1994) atribuíram à escala uma estrutura composta por seis fatores abaixo descritos e seguidos dos ítems que os compõem:

1. **Depressão/Ansiedade:** autodepreciação e culpa, humor deprimido e ansiedade psíquica;
2. **Agitação:** ansiedade somática, agitação psicomotora e distúrbios motores específicos;

(17) No trabalho de 1986, BECH e cols. referem-se especificamente à esquizofrenia; na publicação de 1993, não especifica uma determinada patologia utilizando a expressão “síndrome”. No original 0-9 = no syndrome; 10-19 = minor syndrome e 21 ou mais = major syndrome (BECH e cols, 1993, p. 36).

3. **Distúrbios Floridos do Pensamento:** auto-estima exacerbada, conteúdo incomum do pensamento, desorganização conceitual;
4. **Retraimento/Desorientação:** retraimento emocional, retardo psicomotor, afeto embotado, desorientação e confusão, falta de cooperação;
5. **Desconfiança/Hostilidade:** desconfiança, hostilidade e alucinações;
6. **Preocupação somática:** representada pelo ítem de mesmo nome.

No presente trabalho foi utilizada a versão da BPRS de Bech et al. (1986) traduzida para o português por Zuardi et al. (1994). A folha de respostas utilizada encontra-se ao final (Anexo 7).

3.5. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

A “Composite International Diagnostic Interview” (CIDI) é uma entrevista estruturada que cobre a gama de diagnósticos da CID 10 e do DSM-III-R (ÜSTÜN & TIEN, 1995). Seu desenvolvimento foi fruto do trabalho conjunto da OMS e da *Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration’s* (ADAMHA), tendo sido elaborada para uso em diferentes culturas e estando disponível em 16 línguas (WITTCHEN, 1994). Embora desenvolvida para uso em estudos epidemiológicos, a CIDI tem sido bastante utilizada em outros contextos, apresentando bons resultados em termos de confiabilidade em teste-reteste e *inter-avaliadores* (KESSLER et al., 1994).

Ser concebida como uma entrevista altamente estruturada com todas as possibilidades de respostas pré-codificadas tem permitido que a CIDI seja aplicada por leigos treinados. Para que um sintoma seja codificado como positivo, ele deve obedecer às seguintes condições: 1. estar presente; 2. ser grave o suficiente para ter sido motivo de

uma consulta a médico ou a outro profissional, ter interferido com a rotina diária ou com atividades do entrevistado, ter sido suficientemente intenso para que fosse usada medicação mais de uma vez e/ou 3. o médico ou outro profissional de saúde ter atribuído ao sintoma uma etiologia psíquica. Há também a possibilidade de codificar se este sintoma foi associado ao uso de medicamentos ou a uma doença física qualquer, não sendo codificado como sintoma psiquiátrico.

Para o presente estudo foi utilizada a versão para o português de Miranda (1992). Embora haja a possibilidade de realizar a entrevista em dois tempos, é recomendado que seja realizada numa única vez.

A CIDI possui 15 seções codificadas por uma letra, abaixo enumeradas:

- A: Seção de dados sócio-demográficos;
- B: Uso de tabaco;
- C: Distúrbios de somatização e ítems de tensão;
- D: Doença do pânico, ansiedade generalizada e fobias;
- E: Transtornos depressivos;
- F: Episódios de mania;
- G: Esquizofrenia e Distúrbios Esquizofreniformes;
- H: Distúrbios alimentares;
- I: Abuso de dependência de álcool;
- K: Distúrbio Obsessivo-Compulsivo;
- L: Abuso de dependência de drogas
- M: Síndrome Cérebro-Orgânica;
- N: Disfunções Psicosexuais;
- P: Observações do entrevistador;

X: Avaliação do entrevistador.

4. Procedimentos

As avaliações foram realizadas em três tempos:

- a) Até três dias após a internação foram aplicados o protocolo para obtenção de dados gerais, a DAS e a BPRS;
- b) Até a 2ª semana de internação foram aplicadas a CIDI e a GARF - esta última baseada nas informações obtidas diretamente do paciente, da observação dos familiares durante entrevista e da avaliação familiar feita pela assistente social;
- c) Na alta, quando foi reaplicada a BPRS e colhidas as informações sobre as condições de alta nos prontuários.

Todas as avaliações foram realizadas pela autora, excetuando-se apenas a avaliação familiar que faz parte da rotina do HD, feita pelas assistentes sociais.

5. Análise Estatística

Para a análise estatística dos dados foram utilizados os seguintes procedimentos:

1. Distribuição de frequência e associações entre variáveis, utilizando-se o teste do qui-quadrado e de Fischer para verificação da significância estatística com o programa EpiINFO (DEAN et al., 1990):
2. Análise estatística multivariada. Esta análise estuda as relações entre conjuntos de variáveis e os indivíduos para os quais estas variáveis foram medidas (KENDAL,

1980; GONZALES, 1993). Dos diferentes tipos de análise estatística multivariada existentes foi usada, neste estudo, a análise de dependência, cuja metodologia mais conhecida é a análise de regressão. Este tipo de análise tem uma possibilidade de derivação de várias técnicas em função do tipo de variável a ser estudada. No presente estudo foram realizadas análises de regressão para as seguintes variáveis dependentes: melhora, duração da internação e adesão ao tratamento. Melhora é variável do tipo binário e duração da internação e adesão ao tratamento variáveis contínuas. Estas duas últimas foram analisadas pela regressão de Cox (COX, 1972). Para as análises de regressão foi utilizado o programa SPSS Versão 8.0 (SPSS, 1996). As variáveis explicativas utilizadas na regressão logística podem ser observadas no Quadro 2.

Quadro 2: Variáveis explicativas utilizadas na regressão logística.

Variável	Codificação
Sexo	1 Masculino 2 Feminino
Idade	Variável contínua
Renda <i>per capita</i>	Variável contínua
Escolaridade	Variável contínua
Estado Civil	1 Sem vínculo conjugal 2 Com vínculo conjugal
Cuidador	0 Não tem 1 Tem
Anos de Doença	Variável contínua
Nº de Internações prévias HP ¹	Variável contínua
Duração de Internações HD ²	Variável contínua
Duração de Internações HP	Variável contínua
Classificação GARF ³	1 Satisfatório 2 Parcialmente insatisfatório 3 Insatisfatório 4 Seramente disfuncional 5 Desagregação
Escore DAS ⁴ (seção 1)	Variável contínua
Escore DAS (seção 2)	Variável contínua
Fatores BPRS ⁵	Variável contínua
Faltas da Família	Variável contínua

(1) HP = Hospital Psiquiátrico; (2) HD = Hospital-Dia; (3) GARF = Global Assessment of Relational Functioning Scale; (4) DAS = Disability Assessment Schedule; (5) BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale.

6. Aspectos Éticos

Foram seguidas as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Era perguntado ao paciente se ele consentia em participar da entrevista após ter sido informado sobre seu teor e a utilização que seria feita dos dados coletados. O modelo do consentimento informado encontra-se em anexo (Anexo 8), tendo sido apresentado e assinado pelo paciente. No caso de pacientes com menos de 18 anos, seus familiares foram informados sobre a pesquisa e questionados com respeito ao seu consentimento ou não.

RESULTADOS

Ao longo de um ano (agosto/97 a julho/98) foram estudados 34 pacientes, não havendo recusas a participar das entrevistas e avaliações.

a) Dados sócio-demográficos

Conforme pode ser observado na tabela 1, o grupo era composto principalmente por mulheres (76,5%) e por indivíduos com menos de 40 anos (61,8%), o que refletiu-se na média de idade do grupo: 37 anos com desvio padrão (DP) de 14,8 e variação de 15 a 72 anos. Houve predomínio de pessoas sem companheiros(as) (70,6%). Com relação à escolaridade, 47,1% possuíam de 4 a 8 anos completos de estudo, sendo a média para o grupo de 7,23 (DP 3,75) anos. A religião predominante foi a católica (64,7%).

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos pacientes internados no HD-UNESP* de agosto/97 a julho/98 (n=34).

Características	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Faixa Etária (em anos)						
<20	2	25,0	1	3,8	3	8,8
20-29	3	37,5	6	23,1	9	26,5
30-39	3	37,5	6	23,1	9	26,5
40-49	—	—	6	23,1	6	17,6
50-59	—	—	5	19,2	5	14,7
60 ou +	—	—	2	7,7	2	5,9
Estado Civil						
Solteiro	6	75,0	9	34,6	15	44,1
Casado	1	12,5	9	34,6	10	29,4
Separado**	1	12,5	8	30,8	9	26,5
Escolaridade (anos)						
<4	—	—	6	23,1	6	17,6
4 a 8	3	37,5	13	50,0	16	47,1
9 ou +	5	62,5	7	26,9	12	35,3
Religião						
Católico	3	37,5	19	73,1	22	64,7
Evangélico	3	37,5	5	19,2	8	23,5
Outros	2	25,0	2	7,7	4	11,8

* HD-UNESP = Hospital Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

** Inclui viúvos, divorciados e separados

Cerca de 2/3 da população nasceu em Botucatu e região (64,8%), com 61,8% dos pacientes procedendo desse município na ocasião da internação. Apenas 17,6% dos pacientes estavam trabalhando (com vínculo empregatício formal ou não), dividindo-se o restante em aposentados (14,7%), donas de casa (14,7%), estudantes (11,8%) e desempregados (41,2%).

Dos seis indivíduos que estavam trabalhando, três eram auxiliares de enfermagem, dois ajudantes gerais e um trabalhava em setor administrativo. Neste grupo quatro eram funcionários públicos. Quando se observam as profissões de toda a amostra - incluindo os desempregados e aposentados — nota-se que 38,2% não possuíam qualquer qualificação. O restante da amostra distribuiu-se nos diversos grupos da classificação utilizada do seguinte modo: grupo técnico/científico/artístico e grupo industrial com 17,6% cada um e grupo de trabalhadores agrícolas, comerciários e de prestação de serviços com 8,8% cada.

A estruturação familiar pontuada pela GARF mostrou que 50% da amostra possuía um grupo familiar com nível satisfatório de funcionamento (níveis 1 e 2), 29,4% insatisfatório (nível 3) e 20,6% nos piores níveis de funcionamento (níveis 4 e 5).

Com relação à existência de um “cuidador”, como definido previamente, 17,6% dos pacientes não contavam com alguém para lhes prestar cuidados, 41,2% eram cuidados pela mãe e os outros 41,2% eram cuidados por outros familiares. Em 67,6% do total da amostra o cuidador era do sexo feminino. Quanto ao “provedor”, em 20,6% dos casos era o próprio paciente, em 35,3% era o pai e em 44,1% dos casos outros familiares. Quanto à ocupação, 58,8% dos provedores estavam empregados ou eram proprietários, 26,5% estavam desempregados e 14,7% eram aposentados.

A renda *per capita* (tabela 2), calculada em salários mínimos (SM), apresentou média de 1,6 SM (DP 2,4) com mediana em 1,0 SM e uma variação de 0,15 a 13 SM. Cerca de 1/3 da amostra recebia menos de 1 SM *per capita* (31%). Segundo classificação proposta pela ABIPEME, baseada em itens de posse, 71,9% dos sujeitos encontravam-se nos estratos “D” e “E”. Com relação aos recursos para se deslocarem até o HD, 50% da amostra necessitou de algum tipo de subsídio para o transporte (passes, “carteirinha de paciente” ou transporte em veículos das prefeituras), levando em média 39,7 min (DP 36,3) nesse trajeto.

Tabela 2: Características sócio-demográficas dos pacientes internados no HD-UNESP de agosto/97 a julho/98 (n=34).

Características	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Renda per Capita (em Salários Mínimos)						
Ignorado	2	25,0	3	11,5	5	14,7
<1	2	25,0	7	26,9	9	26,5
≥1	4	50,0	16	61,6	20	58,0
Estrato ABIPEME(*)						
B	—	—	3	11,5	3	8,8
C	2	25,0	4	16,4	6	17,6
D	4	50,0	10	38,4	14	41,2
E	2	25,0	7	27,0	9	26,5
Sem Informação	0		2	7,7	2	5,9

(*) Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado.

b) Dados sobre a internação e características psiquiátricas

A principal fonte de encaminhamento de pacientes foi o Ambulatório do HC-UNESP (47% dos casos), seguida do Hospital Psiquiátrico “Prof. Cantídio de Moura Campos” (20,6%), do Pronto Socorro do HC-UNESP (17,6%) e de outros ambulatórios (14,7%). Com relação à categoria profissional, os psiquiatras foram responsáveis por 73,5% dos pacientes encaminhados, os psicólogos 5,8% dos casos e em 20,6% não foi possível identificar um profissional, mas apenas a instituição de origem.

Como se observa na tabela 3, entre os diagnósticos houve predomínio dos transtornos afetivos (44,1%) sobre os demais. Em 29,4% dos pacientes foram encontrados outros diagnósticos, sendo os mais comuns os problemas endocrinológicos correspondendo a 60% deste grupo. O tempo de doença variou de menos de um ano até 35 anos, com média de 9,9 (DP 9,9) e mediana de 7,5 anos. Houve uma tendência a que as mulheres apresentassem um maior tempo de doença, com 42,3% destas possuindo 10 ou mais anos desde o início do quadro. Já o tempo de piora variou de 1 a 12 meses, com média de 2,7 (DP 2,4) meses. Em seus antecedentes pessoais, 35,3% dos pacientes referiam internações anteriores no HD ou serviços similares, com duração média de 64,3 (DP 39,3) dias. Em cerca de metade dos casos deste grupo (41,7%) ocorreram quatro ou mais internações. Com relação a internações completas 44,1% dos pacientes já haviam sido internados em hospitais psiquiátricos. A média do número de internações foi de 5,5 (DP 6,5), variando de 1 a 22 internações, com duração média de 35,7 (DP 17,8) dias.

Do mesmo modo não houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres para internações anteriores em HD ou Hospital Psiquiátrico.

Tabela 3: Características psiquiátricas dos pacientes internados no HD-UNESP de agosto/97 a julho/98 (n=34).

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Diagnóstico⁽¹⁾						
F00-F09	1	12,5	3	11,5	4	11,8
F10-F19	0	—	1	3,8	1	2,9
F20-F29	2	25,0	6	23,1	8	23,5
F30-F39	5	62,5	10	38,5	15	44,1
F40-F49	0	—	6	23,1	6	17,6
Tempo de Doença⁽¹⁾ (anos)						
0-3	4	50,0	6	23,1	10	29,4
4-10	4	50,0	9	34,6	13	38,2
10 ou +	0	—	11	42,3	11	32,4
Internações Anteriores (HD)⁽²⁾						
Nenhuma	5	62,5	17	65,4	22	64,7
1-3	1	12,5	6	23,1	7	20,6
4 ou +	2	25,0	3	11,5	5	14,7
Internações Anteriores (HP)⁽³⁾						
Nenhuma	6	75,0	13	50,0	19	55,9
4 ou +	2	25,0	13	50,0	15	44,1

(1) Os diagnósticos estão agrupados pelos capítulos do CID10: F00-F09 — Transtornos (T) Mentais Orgânicos; F10-F19, T. Mentais decorrentes do uso de Subst. Psicoativa; F20-F29, Esquizofrenia, T. Esquizotópico e delirantes; F30-F39, T. do Humor; F40-F49, T. Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes.

(2) HD = Hospital-Dia;

(3) HP = Hospital Psiquiátrico

Quanto à sintomatologia pontuada pela BPRS, utilizando-se os pontos de corte propostos por Bech et al. (1986, 1993), 14,7% dos casos apresentaram escore total inferior a 10 (“ausência de síndrome”); 73,5% entre 10 e 19 (“síndrome menor”) e 11,8% maior ou igual a 20 (“síndrome maior”). A média para o grupo foi de 13,5% (DP 5,0), variando de 5 a 28 pontos. Para a análise de cada um dos itens da BPRS, considerou-se presença de sintoma quando a pontuação foi maior ou igual a dois e sintoma ausente ou duvidoso quando menor que dois. Os itens que apresentaram, com maior frequência, pontuação igual ou maior a dois foram: ansiedade, tensão e humor depressivo, presentes em 50%, 47,1% e 41,2% da amostra, respectivamente (tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos escores da BPRS* em percentagens (n=34)

	0-1	2-4	Total
BPRS 1 - Preocupação somáticas	88,1	11,8	100,0
BPRS 2 - Ansiedade	50,0	50,0	100,0
BPRS 3 - Distanciamento emocional	70,6	29,4	100,0
BPRS 4 - Desorganização conceitual	91,2	8,8	100,0
BPRS 5 - Auto-depreciação e sentimentos de culpa	64,7	35,3	100,0
BPRS 6 - Tensão	52,9	47,1	100,0
BPRS 7 - Distúrbios motores específicos	88,2	11,8	100,0
BPRS 8 - Auto-estima exagerada	88,2	11,8	100,0
BPRS 9 - Humor depressivo	58,8	41,2	100,0
BPRS 10 - Hostilidade	82,4	17,6	100,0
BPRS 11 - Desconfiança	82,4	17,6	100,0
BPRS 12 - Alucinações	76,5	23,5	100,0
BPRS 13 - Retardo psicomotor	79,4	20,6	100,0
BPRS 14 - Falta de cooperação	91,2	8,8	100,0
BPRS 15 - Conteúdo de pensamento	82,4	17,6	100,0
BPRS 16 - Embotamento ou afetividade inapropriada	85,3	14,7	100,0
BPRS 17 - Agitação psicomotora	82,4	17,6	100,0
BPRS 18 - Desorientação e confusão	91,2	8,8	100,0

*BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale

c) Dados sobre Incapacitação Social

O nível de incapacitação social avaliado pela DAS será descrito para ambas as seções que compõe a escala.

Na tabela 5 pode-se observar a frequência com que cada um dos itens da seção 1 e 2 receberam os escores de zero a cinco, lembrando que quanto maior o grau de disfunção, maior o escore. Para a presente análise foi considerado como ponto de corte para disfunção o escore dois, que corresponde a disfunção óbvia. Observou-se então, que os aspectos avaliados pela escala com maior frequência de escore dois ou mais foram isolamento social com 73,5% e atividade em geral e participação nas atividades domésticas — ambos com 67,6% dos sujeitos com, no mínimo, disfunção óbvia para estes itens. Nessa seção também chama a atenção o alto percentual de indivíduos com escore 9 para relacionamento afetivo e sexual no casamento (70,6% em ambos) e para relacionamento sexual com outras pessoas que não o parceiro conjugal (79,4%). Isto provavelmente está relacionado com o percentual elevado de indivíduos solteiros e também da tendência marcada ao isolamento social que se observa na amostra.

Ao restringir-se a análise aos dois escores que indicam maior comprometimento — 4 e 5 — observou-se que o isolamento social e a diminuição da atividade mantêm-se como os itens mais afetados.

Por fim, na avaliação global (seção 5), 14,7% dos pacientes foram considerados como tendo um ajustamento razoável, 35,3% um ajustamento pobre e 50% desajustamento.

Tabela 5: Distribuição de escores DAS*/WHO em percentagens (n=34)

	Escore						
	0	1	2	3	4	5	9
Seção 1							
Cuidado Pessoal	5,9	41,2	26,5	17,6	5,9	2,9	0
Diminuição de Atividade	11,8	20,6	26,5	23,5	11,8	5,9	0
Lentificação	23,5	17,6	11,8	32,4	11,8	2,9	0
Isolamento	20,6	5,9	20,6	29,4	17,6	5,9	0
Seção 2							
Atividade Domésticas	0	32,4	35,3	23,5	2,9	5,9	0
Casamento Rel. Afetivo	0	11,8	8,8	2,9	0	5,9	70,6
Casamento Rel. Sexual	2,9	0	17,6	2,9	0	5,9	70,6
Papel Mat./Paterno	8,8	8,8	17,6	8,8	2,9	0	52,9
Rel. Sexual	0	0	2,9	14,7	0	2,9	79,4
Contatos Sociais	35,3	8,8	20,6	23,5	5,9	2,9	2,9
Desempenho Trabalho	0	0	2,9	5,9	8,8	0	82,4
Interesse em obter trabalho	11,8	8,8	17,6	29,4	11,8	2,9	17,6
Interesse em Informação	8,8	26,5	41,2	8,8	5,9	8,8	0
Emergências	20,6	14,7	8,8	5,9	2,9	2,9	44,1

*DAS = Disability Assessment Schedule

d) Dados de evolução e alta

Durante a internação, 32,4% dos pacientes não faltaram nenhuma vez ao HD, 55,9% tiveram até 10% de faltas e o restante (11,7%) mais de 10% de faltas. Quanto aos familiares, 32,4% dos casos não faltaram a nenhum dos atendimentos propostos e 14,7% não compareceram ao HD nenhuma vez. O restante dos familiares teve uma média de faltas de 69,2% (DP 30,9%), variando de 1% a 90%.

Quando surgiu a necessidade dos pacientes serem encaminhados para procedimentos específicos, estes foram: interconsultas em outras clínicas do próprio Hospital das Clínicas em 54,5%⁽¹⁸⁾, acompanhamentos a outros serviços (30,3%) e outros (exames subsidiários, obtenção de cestas básicas, etc) em 15,2%. Vale destacar que metade dos acompanhamentos a outros serviços foram feitos junto a instituições ligadas a questões jurídicas (Forum, Delegacias, etc).

Com relação à medicação em uso na internação, 58,8% dos pacientes utilizaram neuroléticos, 52,9% benzodiazepínicos, 32,4% antidepressivos, 14,7% estabilizadores do humor e 11,8% outros medicamentos. Estas percentagens não totalizam 100% em função das associações de medicamentos, sendo a combinação mais freqüente antidepressivos com benzodiazepínicos (32,4% dos casos).

A maior parte dos pacientes (73,5%) recebeu alta “médica”, como já definida. Em 11,7% dos casos a alta foi por transferência para outro serviço, sendo metade destes encaminhados ao hospital psiquiátrico; em 8,9% a alta ocorreu por solicitação de pacientes e familiares e em 5,9% dos casos ocorreu abandono. Não foi

(18) Os percentuais foram calculados sobre o total de procedimentos realizados e não sobre o total de pacientes internados.

possível estabelecer a associação entre tipo de alta e qualquer outra variável do estudo. O processo de alta — definido como alta regressiva — foi necessário em 32,4% dos casos, tendo uma duração média de 43,5 (DP 24,1) dias. A duração da internação apresentou média de 74 (DP 43,7) dias com 29,5% das internações durando até 45 dias, 38,2% durando de 45 a 90 dias e 32,4% 90 dias ou mais.

Quanto às condições de alta, 79,4% dos pacientes apresentaram algum nível de melhora, 11,8% mantiveram-se inalterados e 8,8% pioraram durante a internação, segundo os relatórios de alta. Todos os pacientes considerados melhores apresentaram uma diminuição da pontuação obtida pela BPRS quando se comparou a pontuação obtida na internação e na alta. Houve apenas um caso em que, embora a pontuação da BPRS se mantivesse inalterada, o paciente foi considerado pior na alta. Neste caso, é possível que a piora no relacionamento familiar, referida em seu prontuário, tenha sido o fator que levou a considerar a evolução como pior.

Após a alta, os pacientes foram encaminhados para os seguintes profissionais 56% para psiquiatras, 12% para psicólogos, 16% para terapeutas ocupacionais e 16% para outros serviços (Associação de Familiares, Pacientes e profissionais de Saúde Mental; Grupos de Terceira Idade; etc). As frequências foram calculadas para o total de encaminhamentos, havendo em média 1,4 encaminhamento por paciente.

e) Resultados da análise multivariada

Utilizando a análise logística, procurou-se identificar variáveis preditivas de melhora, duração da internação, tipo de alta e adesão ao tratamento — esta última,

expressa pelas faltas dos pacientes ao HD-UNESP. Assim, em cada uma destas análises as variáveis melhora, duração de internação e faltas ao HD foram consideradas variáveis dependentes.

Com relação à melhora, foram incluídas como variáveis independentes: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda *per capita*, número de internações anteriores, escore GARF, escores ajustados da DAS para a seção 1 e 2 e existência de cuidador. A análise indicou que apenas a renda *per capita* mostrou-se significativa (Quadro 3), sugerindo que quanto maior a renda, maior é a probabilidade do paciente ter evoluído com melhora ($p=0,03$).

Quadro 3: Resultado da regressão logística (Variável dependente = melhora)

Variável	Parâmetro Estimado	Erro Padrão	Wald	p
Sexo	5,8918	14,3630	0,1683	0,6817
Idade	-1,0552	1,6306	0,4188	0,5176
Renda per Capita ^(*)	-3,4540	1,6369	4,4527	0,0348
Estado Civil (agrupado)	-2,4434	1,4747	2,7452	0,0975
Escolaridade	-2,1163	3,3496	0,3992	0,5275
Ter "Cuidador"	14,4884	123,1715	0,0138	0,9064
Nº de Internações Hosp. Psiquiátrico	0,7942	1,1885	0,4466	0,5039
Anos de Doença	0,8665	1,4045	0,3806	0,5373
Classificação GARF ⁽¹⁾	-5,5910	6,9465	0,6478	0,4209
Escore Seção 1 DAS ⁽²⁾	-3,5113	5,0506	0,4833	0,4869
Escore Seção 2 DAS	-2,8227	3,3100	0,7272	0,3938

(1) GARF = Global Assessment of Relational Functioning

(2) DAS = Disability Assessment Schedule

(*) ODDS = 0,0316 (0,0013 - 0,7821)

Para a análise dos possíveis fatores que poderiam influir na duração de internação foram incluídas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda *per capita*, escore GARF, tempo médio de internações anteriores e a BPRS agrupada em seus fatores. Numa primeira análise na qual não foi considerado o resultado final do tratamento (melhora ou não), o fator da BPRS “Depressão/Ansiedade” ($p=0,02$) mostrou-se um preditor de maior tempo de internação, enquanto o fator “Retraimento/Desorientação” ($p=0,03$) correlacionou-se com menor tempo de internação (Quadro 4). Utilizando-se a regressão de Cox e considerando-se não apenas o tempo de internação mas também a melhora ou não, obteve-se que pacientes com companhia — agrupando-se casados e amasiados — apresentaram significativamente um menor tempo de internação ($p=0,002$) (Quadro 5).

Quadro 4: Resultado da regressão de Cox para duração da internação, desconsiderando o evento melhor (Variável dependente = duração)

Variável	Parâmetro Estimado	Erro Padrão	Wald	p
Sexo	-0,0190	0,9116	0,0004	0,9834
Idade	-0,0185	0,0404	0,2096	0,6471
Escolaridade	-0,0789	0,1443	0,2991	0,5845
Ter "cuidador"	-1,7438	1,1745	2,2045	0,1376
Renda <i>per capita</i>	0,0556	0,1598	0,1212	0,7277
Classificação GARF ⁽¹⁾	-0,2578	0,2616	0,9493	0,3299
Estado civil (agrupado)	-1,1013	0,6683	2,7160	0,0993
Tempo médio de internações prévias em HP	-0,0043	0,0091	0,2218	0,6376
Tempo médio de internação prévias em HD	-0,0197	0,0172	1,3112	0,2522
Depressão/Ansiedade*	-0,3067	0,1419	4,6696	0,0307
Agitação	0,0398	0,2060	0,0374	0,8468
Distúrbios flóridos do pensamento	0,1159	0,1844	0,3949	0,5297
Retraimento/Desorientação **	0,8383	0,3727	5,0593	0,0245
Desconfiança/Hostilidade	0,4113	0,3083	1,7791	0,1823
Preocupação somática	-1,0808	0,6240	3,0004	0,2522

(1) GARF = Global Assessment of Relational Functioning

(*) ODDS = 0,7358 (0,5571 - 0,9719)

(**) ODDS = 2,3125 (1,1139 - 4,8010)

Quadro 5: Resultado da regressão de Cox para duração do tratamento, considerando o evento melhora (Variável dependente = duração)

Variável	Parâmetro Estimado	Erro Padrão	Wald	p
Sexo	0,4013	0,7216	0,3092	0,5781
Idade	0,0108	0,0266	0,1648	0,6848
Escolaridade	0,0411	0,1050	0,1534	0,6954
Ter "cuidador"	-1,2044	0,9287	1,6819	0,1947
Renda <i>per capita</i>	0,1782	0,1264	1,9886	0,1585
Classificação GARF ⁽¹⁾	-0,2748	0,2458	1,2495	0,2637
Estado civil (agrupado)*	-2,1450	0,7045	9,2697	0,0023
Escore seção 1 DAS ⁽²⁾	-0,0724	0,2886	0,0630	0,8018
Escore seção 2 DAS	-0,2317	0,4199	0,3044	0,5811

(1) GARF = Global Assessment of Relational Functioning

(2) DAS = Disability Assessment Schedule

(*) ODDS = 0,1171 (0,0294 - 0,4657)

Procurou-se investigar se haveria relação entre a duração da internação e tipo de alta. Tinha-se como hipótese de que as altas não médicas (abandono, a pedido e por transferência) poderiam estar associadas a menor tempo de internação. Considerando-se então “alta médica” como variável dependente (dicotômica) e sexo, idade, escolaridade, duração da internação, renda *per capita* e os fatores da BPRS como variáveis independentes, os dados foram submetidos à análise logística não sendo encontrada significância estatística.

Na análise da adesão ao tratamento, as variáveis independentes foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ter ou não “cuidador”, renda *per capita*, faltas das famílias, duração de internação e tempo de doença. Verificou-se que as variáveis preditivas de mais faltas foram: não ter vínculo conjugal (solteiros, desquitados, viúvos), maior renda *per capita*, maiores percentuais de faltas de suas famílias e ausência de “cuidador”. Por outro lado, maior tempo de doença foi um preditor de menores taxas de faltas (Quadro 6).

As variáveis não citadas nas análises logísticas não se mostraram significativamente relacionados às variáveis consideradas dependentes.

Quadro 6: Resultado da regressão de Cox para faltas (Variável dependente = número de faltas)

Variável	Parâmetro Estimado	Erro Padrão	Wald	p
Sexo	-1,1289	0,9277	1,4806	0,2237
Idade	-0,0591	0,0366	2,5995	0,1069
Estado civil (agrupado) ⁽¹⁾	-1,8465	0,7880	5,4909	0,0191
Escolaridade	-0,2478	0,1256	3,8917	0,0485
Ter "cuidador" ⁽²⁾	-2,4618	0,9543	6,6541	0,0099
Renda <i>per capita</i> ⁽³⁾	1,3942	0,4405	10,0155	0,0016
Faltas da família ⁽⁴⁾	0,0147	0,0075	3,8782	0,0489
Duração da internação	0,0062	0,0102	0,3732	0,5412
Duração da doença	-0,0675	0,0361	3,5067	0,0611

(1) ODDS = 0,1578 (0,0337 - 0,7393);

(2) ODDS = 0,0853 (0,0131 - 0,5536);

(3) ODDS = 4,0316 (1,7002 - 9,5602);

(4) ODDS = 1,0149 (1,0001 - 1,0299).

DISCUSSÃO

No conjunto dos resultados obtidos no presente estudo um aspecto que merece ser discutido inicialmente é a inexistência de recusas em participar das entrevistas e as hipóteses que poderiam ser levantadas com relação a isto. Como já foi dito, o HD-UNESP era o único recurso (público ou privado) desta modalidade na época da coleta dos dados. Assim, pacientes e familiares podem ter aceito maciçamente participar por temor a algum tipo de restrição em seu tratamento, fato já apontado por Rocco (1992) com referência a pacientes de hospitais universitários. Mesmo tendo sido informado sobre o caráter voluntário de sua participação, este constrangimento em negar-se a participar pode ter surgido também pelo fato da autora pertencer à equipe do HD. Como demonstrado pelas classificações sócio-econômicas utilizadas, a população possuía índices baixos de renda *per capita* e estava concentrada nos dois níveis mais baixos da escala da ABIPEME. Embora não fosse explicitamente questionado, é possível que a população não tivesse acesso a outros serviços de saúde, especialmente os privados.

Os pacientes podem ainda ter participado acreditando que informações dadas na entrevista pudessem ajudar nos seus tratamentos ou até na melhora das condições do HD. Isto pode ser exemplificado pelas frases de alguns pacientes: “Nós vamos conversar sobre a minha doença e os remédios que eu já tomei?” ou ainda “Com esta pesquisa vocês vão pedir ao diretor para fazer mais banheiros?”.

Uma última hipótese com relação à participação está diretamente relacionada à submissão da população atendida que desconhece alguns direitos básicos. Mais de uma vez os pacientes estranharam o fato de ter que assinar um papel (termo de consentimento) para confirmar sua anuência em participar da entrevista.

Quanto às características sócio-demográficas, alguns achados não chegam a surpreender. Um deles é o predomínio de mulheres, fato amplamente descrito na

literatura com relação à procura dos serviços de saúde geral (KESSLER et al., 1981; SHAPIRO et al., 1984; BOTEGA et al., 1988; TORRES et al., 1989; TORRES & CERQUEIRA, 1992). Com relação a HDs e similares, embora existam poucos trabalhos descrevendo serviços, a tendência em vários deles é a mesma (BLAYA, 1962; AZOUBEL NETO, 1971; CAMPOS, 1986 e KERR-CORRÊA et al., 1994). Uma exceção a este achado parece ser o HD do Serviço de Saúde Cândido Ferreira onde Banzato et al. (1993) descreveram um predomínio de homens. O maior número de mulheres parece estar associado a uma maior frequência de diagnósticos de transtornos neuróticos, reativos ou transtornos de personalidade. Deste modo, Blaya (1962), Azoubel Neto (1971), Azim (1978) e Kerr-corrêa et al. (1994) descreveram predominância destas categorias diagnósticas enquanto Banzato et al. (1993) descreveram mais homens e um grupo diagnóstico denominado pelos autores de “transtornos psicóticos”. O trabalho de Campos (1986) foi a única exceção onde encontrou-se mais mulheres e “psicose” foi o diagnóstico mais freqüente.

No presente estudo, com os diagnósticos obtidos pelos critérios da CID 10, prevaleceram os transtornos afetivos (47,1%). Em estudo anterior (KERR-CORRÊA et al., 1995) realizado no mesmo serviço, os diagnósticos de neurose (CID 9), quando revistos pelos critérios da CID 10, foram considerados como possíveis transtornos afetivos em cerca de 38% dos casos. Pode ser que o mesmo tenha ocorrido neste estudo, não havendo, contudo, condições de confirmar esta hipótese. Ressalta-se que os diagnósticos descritos pelos diversos autores são de difícil comparação na medida em que foram obtidos a partir de diferentes métodos (nem sempre explicitados) e também determinados a partir de critérios de classificação diferentes. Não se pode negar, por outro lado, a maior prevalência de distúrbios de ansiedade, fóbicos somato-dissociativos e depressivos entre

as mulheres em estudos populacionais (ALMEIDA FILHO et al., 1992). Embora a sobreposição não seja perfeita, boa parte destes transtornos foram diagnosticados como neuroses em classificações anteriores como a CID9 (OMS, 1978).

Com relação à idade, a maior percentagem de indivíduos mais jovens também foi encontrada em outros HDs e similares. Schene et al. (1988), em levantamento já citado, encontraram uma média de idade de 37 anos para os 85 serviços pesquisados. Campos (1986), Banzato et al. (1993) e Kerr-Corrêa et al. (1994) descreveram a mesma tendência em mais de 60% dos indivíduos com idades inferiores a 40 anos. De Hert et al. (1996) descreveram um serviço noturno onde a média de idade era de 30 anos entre os usuários. Embora seja possível supor que o deslocamento diário de casa para os HDs fosse um fator limitante para pacientes mais velhos, isto não é comprovado pela existência de serviços especializados em população geriátricas (PLOTKIN & WELLS, 1993; LIMA et al., 1998). Outros fatores que podem estar associados à maior freqüência de pacientes mais jovens devem ser investigados como, por exemplo, a institucionalização dos idosos em casas de repouso e asilos ou mesmo processos de seleção e triagem feitos nos HDs. Por fim, o que poderia estar interferindo na maior freqüência de pacientes mais jovens é a diminuição da expectativa dos familiares que ocorre conforme aumenta o tempo de doença (MOREIRA & ZUARDI, 1993).

As percentagens relativas ao estado civil mostraram distribuição diferente daquela encontrada por Kerr-Corrêa et al. (1994), com diminuição do número de indivíduos casados (de 46% no estudo anterior para 29,6% no atual). Este último dado aproxima mais o HD dos números encontrados por Campos (1986) e Banzato et al. (1993) que foram de 34% e 16,8%, respectivamente.

Quanto à atividade produtiva, a percentagem de indivíduos que estava trabalhando quando internadas (17,6%) foi maior do que aquela encontrada por Banzato et al. (1993) no HD do Serviço de Saúde de Cândido Ferreira (4,4%). Algumas razões podem estar relacionadas a esta diferença, mas possivelmente as fontes de encaminhamento e os diagnósticos predominantes nos dois serviços sejam fundamentais. O HD estudado por Banzato et al. (1993) está ligado a um hospital psiquiátrico, recebendo egressos de internação fechada com a proposta de reinserção social, talvez com maior número de pacientes provenientes deste Hospital. Outro fator é a frequência de pacientes com transtornos afetivos no HD - UNESP, cuja evolução tem sido descrita como melhor quando comparada aos transtornos esquizofrênicos — diagnóstico mais freqüente no HD do Serviço de Saúde Cândido Ferreira.

A escolaridade verificada neste trabalho foi semelhante àquela encontrada em outros estudos. Pompei (1994) encontrou 56% de indivíduos com até 8 anos de escolarização em um estudo ambulatorial, semelhante aos dados de Kerr-Corrêa et al. (1994) que encontraram 60% no levantamento já citado. No HD-UNESP, 64,7% possuíam até a 8ª série. No estudo de Banzato et al. (1993) as taxas de escolarização foram menores predominando o 1º grau incompleto, provavelmente pelas características já citadas dessa população.

Proceder da cidade ou região é uma marca dos HDs. Na medida em que o paciente deve vir diariamente (ou várias vezes por semana), residir longe do HD acaba sendo um fator limitante para o tratamento. Kerr-Corrêa et al. (1994) já apontavam para o caráter mais regional do HD-UNESP quando comparado com o ambulatório da mesma instituição (TORRES & CERQUEIRA, 1992). Campos (1986) encontrou mais de 70% da população atendida entre 1974 e 1982 procedendo da cidade de Ribeirão Preto, onde

funciona o HD. Tavares et al. (1991) encontraram 67% dos pacientes morando no mesmo município e necessitando de um ou mais meios de transporte para chegar ao HD. Como era um serviço regionalizado, recebia os outros 33% de municípios vizinhos.

A estruturação familiar, medida pela GARF, mostrou que metade da amostra encontrava-se nos níveis mais elevados de funcionamento. Isto pode ter interferido na evolução dos pacientes, não havendo, porém, associação significativa deste aspecto com nenhum outro. Deve-se considerar o pequeno poder de discriminação da GARF com apenas cinco níveis estabelecidos e o fato de não discriminar os vários aspectos do funcionamento familiar, sendo interessante, para estudos posteriores, verificar o apoio social percebido pelo paciente.

Azim (1978) informou que 16,5% dos pacientes de sua amostra moravam sozinhos, não destacando se havia algum familiar ou profissional responsável pelos cuidados. No presente trabalho possuir um “cuidador”, como ocorreu em 82,4% dos casos, pode ter sido um fator que possibilitou a internação. Kerr-Corrêa et al. (1994) colocaram como critério de exclusão para admissão no HD a ausência de alguma pessoa (familiar ou não) que pudesse auxiliar o paciente nos cuidados que ele necessitava, mesmo assim, quase um quinto dos pacientes foi internado sem contar com um “cuidador”.

A distribuição dos pacientes com relação à renda *per capita* foi próxima àquela descrita por Pompei (1994) na qual 65,6% dos pacientes possuía renda maior ou igual a 1 SM/pessoa, enquanto no HD isto ocorreu em 58,8%. Menezes & Mann (1993) descreveram um grupo de pacientes em internação psiquátrica fechada onde 71,7% recebiam 1 SM ou menos, mensalmente. A associação entre maior probabilidade de melhora e renda *per capita* já foi descrita por outros autores. Pompei (1994), no estudo

já citado, também encontrou esta associação, observando ainda maior melhora relacionada a outras variáveis, como escolaridade e sexo feminino.

Um achado intrigante, não confirmado na revisão da literatura, foi a associação entre maior renda e maior taxa de faltas, definindo para este estudo uma menor adesão. Infelizmente, não foi possível discriminar as motivações dos pacientes para as faltas. Assim, o paciente que não quis ou não conseguiu vir ao HD, mas telefonou e preocupou-se, por exemplo, em como obter a medicação, e aquele que ficou dias seguidos sem comparecer podem possuir formas diferentes de adesão que não foram discriminados apenas pelo número de faltas. Em outros estudos seria interessante avaliar a adesão diferenciando a que aspectos do tratamento o paciente aderiu ou não (à medicação? aos grupos de terapia ocupacional? a algum dos profissionais?).

Além da renda *per capita*, outras variáveis foram preditivas de faltas. Quando o paciente faltava ao HD, além da descontinuidade em termos das atividades que ele não freqüentou, havia a possibilidade de descontinuidade no uso da medicação, uma vez que ela era fornecida diariamente. A ausência de pessoas que, de algum modo, auxiliassem e participassem no tratamento dos pacientes, poderia levar ao maior número de faltas. Os percentuais destas foram maiores nos pacientes sem vínculos conjugais, com maiores percentuais de falta das famílias e para aqueles que não possuíam “cuidador”.

Bandeira (1993) investigou variáveis preditivas da manutenção do tratamento extra-hospitalar através da medida das re-hospitalizações. A autora encontrou os seguintes fatores protetores da rehospitalização: aderência à medicação, relações significativas “consideradas importantes para o paciente em termos de suporte necessário ao seu funcionamento e ao controle nos momentos de crise”, aceitação da doença e manter-se abstinente a álcool e drogas.

A duração da doença e o número de internações prévias são fatores comumente associados à cronificação. Pitta (1992) encontrou, entre os pacientes atendidos no CAPS, uma média de 3,6 internações por paciente. Neste serviço, 74% dos pacientes haviam sido internados pelo menos uma vez. Banzato et al. (1993) relataram que 82,5% dos seus pacientes tinham internações anteriores, valores maiores que os encontrados no HD-UNESP, onde 44,1% já haviam estado em hospitais psiquiátricos. A duração da doença também variou nos três serviços. Pitta (1992) afirma que 10,0% da população tinha menos de um ano de doença, enquanto 23,5% estavam doentes há mais de 13 anos. Banzato et al. (1993) descreveram que 70,8% de sua amostra estavam doentes há mais de 5 anos. Isto diferencia o HD-UNESP dos outros dois serviços, uma vez que apenas 32,4% possuíam mais de 10 anos de história de adoecimento. Por estes dados, é possível supor que o HD-UNESP esteja atendendo a uma população “menos crônica” que outros serviços. As fontes de encaminhamento podem ter contribuído para esta característica da população atendida: no HD 61,7% dos pacientes foram encaminhados de serviços ambulatoriais.

O percentual de alta “médica” obtido neste estudo mostrou-se o mesmo quando comparado ao estudo de Kerr-Corrêa et al. (1994), respectivamente 73,5% e 71%. Contudo, houve uma diminuição na taxa de abandono (14%) e aumento na taxa de transferência. Kerr-Corrêa et al. (1994) descreveram que a maior probabilidade de abandono e transferência ocorreu nos primeiros 15-30 dias, o mesmo sendo citado por Banzato et al. (1993). No presente estudo não foram encontradas variáveis preditivas de tipo de alta.

A duração da internação variou muito nos diversos trabalhos. Banzato et al. (1993) não informaram sobre a duração da internação em seu estudo, mas falam de

uma intenção inicial de trabalhar com uma média de três meses. Na revisão de Creed et al. (1989), a duração média para as internações nos vários serviços foi de 8 semanas. No estudo de Kerr-Corrêa et al. (1994) a duração encontrada foi menor (60% permaneceram no máximo por 30 dias, enquanto no estudo atual 29,5% permaneceram até 45 dias). Isto pode ter ocorrido pela mudança nos objetivos do HD-UNESP descritas por Moreno (1998), pois além da remissão de sintomas passou-se a propor o auxílio ao paciente na continuidade do seu tratamento. Outro fato que pode ter contribuído para este aumento é a composição da amostra no presente estudo. Os pacientes com internações prévias no HD tinham uma média de permanência de 64,3 (DP 39,3) dias, maiores que as médias descritas por Kerr-Corrêa et al. (1994).

A duração da internação é uma medida importante em função de sua possível associação com a cronificação. Ela pode ser um indício de relações de extrema dependência entre pacientes e instituição. Na análise logística, neste estudo, não se considerando melhora, a duração esteve associada a dois fatores da BPRS. O primeiro, denominado “depressão” e “ansiedade”, inclui os ítems: autodepreciação e culpa, humor deprimido e ansiedade psíquica; e quanto maior a pontuação deste fator maior foi a duração da internação. Outro fator denominado “retraimento” e “desorientação” inclui retraimento emocional, retardo psicomotor, afeto embotado, desorientação e confusão e falta de cooperação, estando associado a menor tempo de internação. Este achado coincide com uma impressão da equipe do HD-UNESP de que pacientes com sintomatologia depressiva/ansiosa — muitos denominados “neuróticos” pela CID9 — apresentam internações mais longas. Neste grupo há dificuldades no desligamento do serviço e reencaminhamento para programas ambulatoriais. Já o fator “retraimento” e “desorientação” inclui alguns sintomas presentes em quadros esquizofrênicos,

particularmente os sintomas “negativos” descritos por Crow. É também uma impressão da equipe que estes pacientes são de difícil adesão, o que, de certo modo, foi encontrado por Kerr-Corrêa et al. (1994) quando os autores descreveram maiores taxas de abandonos entre portadores de esquizofrenia.

Quando a melhora foi considerada, os pacientes com vinculação conjugal tiveram uma menor duração da internação. Dados semelhantes foram obtidos por Mbaya et al. (1998) no estudo já citado. Algumas hipóteses podem ser consideradas: a vinculação conjugal poderia estar associada a menor gravidade da doença ou ainda, este companheiro(a) poderia estar auxiliando nos cuidados com o paciente diretamente ou ser o provedor.

Os níveis de incapacitação psicossocial obtidos neste trabalho foram semelhantes aos encontrados por Menezes & Mann (1993) com pacientes esquizofrênicos, psicose esquizofreniforme e esquizoafetiva (DSMIII-R). Os autores estudaram uma população de pacientes internados em um hospital psiquiátrico, com uma amostra composta principalmente por homens (55,6%) solteiros, brancos, com idade média de 32,6 anos, com mais de 4 anos de escolaridade (71,8%) e tempo médio de doença de 8,3 (DP 6,9) anos. Neste trabalho os itens analisados pela DAS que mais freqüentemente se mostraram alterados foram a atividade doméstica e o isolamento. Porém, com relação à gravidade, houve uma diferença. Enquanto no presente estudo isolamento e diminuição de atividade doméstica apresentaram também maiores percentuais de disfunção séria ou máxima, no estudo de Menezes & Mann o desempenho no trabalho e o interesse em obter emprego mostraram estes níveis intensos de disfunção. Na amostra dos autores a avaliação global mostrou que 81,6% dos pacientes apresentaram um algum nível de prejuízo no ajustamento social — muito próximo dos 85,3% encontrados no presente

estudo. Do mesmo modo, em ambos houve um elevado percentual de resposta do tipo “não se aplica” aos ítems sobre relacionamento conjugal, refletindo o elevado número de pessoas sem vinculação conjugal. Creed et al. (1989) têm sugerido que é exatamente sobre as medidas de funcionamento social que estaria a maior eficiência dos serviços de hospitalização parcial sobre os hospitais psiquiátricos.

Talvez a melhora nos indicadores de funcionamento social ocorra em função das características próprias desses serviços: o paciente sai de casa e dirige-se para um outro local, saindo do isolamento — ao menos geográfico — e encontra outras pessoas para executarem atividades determinadas. Esta suposição condiz com o que é apontado por Hoge et al. (1988), em estudo sobre HDs, no qual os fatores de melhora dos pacientes mais citados foram a estrutura dos serviços, o contato com outras pessoas e a medicação.

Avaliações rotineiras de desempenho social poderiam ser utilizadas como parâmetro para se observar como os pacientes evoluem. Esta iniciativa auxiliaria a diferenciar serviços que estimulam a autonomia dos pacientes de outros que não se preocupam com a dependência excessiva destes e a cronificação nos HDs. Obviamente, o problema da fiscalização dos serviços não se esgota com medidas de funcionamento social — seria apenas uma informação a mais.

Não foram encontrados estudos utilizando a BPRS para medir sintomas psiquiátricos em serviços de hospitalização parcial, dificultando assim qualquer comparação de dados. Neste trabalho, foram encontrados mais pacientes na faixa de menor gravidade (73,5%) do que na de maior gravidade (11,% com escore maior ou igual a 20). Entre os ítems mais freqüentemente alterados estava o humor depressivo, provavelmente associado ao diagnóstico de transtorno afetivo que prevaleceu na amostra.

Já a tensão e a ansiedade, sintomas menos específicos, podem estar relacionados ao adoecimento, à internação, à disfuncionalidade psicossocial ou aos problemas familiares.

É importante lembrar que o HD, no período de estudo, funcionou com apenas 2/3 de sua capacidade. Isto levou a um número menor de internações que, somado ao fato de excluir da amostra os pacientes que não tiveram alta até o final do período, produziu um número total de pacientes relativamente pequeno, dificultando o a análise estatística.

Observando o conjunto dos dados, o HD-UNESP parece aproximar-se do tipo de HD descrito por Schene et al. (1988) como “extensão ao tratamento ambulatorial”. Os critérios estabelecidos pelos autores para este tipo de HD encontrados no HD-UNESP foram: encaminhamentos vindos principalmente de ambulatórios; predomínio de neuroses, transtornos de personalidade e depressão; pacientes mais jovens e tratamento mais prolongado. É possível que as condições de funcionamento do HD-UNESP tais como: localização em área de circulação de outros setores do HC e, principalmente, precariedade no número de funcionários e impossibilidade de reposição sejam responsáveis por este perfil. Outra possibilidade é que isto ocorra em função do que Mbaya, Creed e Tomenson (1998) denominaram de “política” de funcionamento de cada serviço. Por “política” pode-se compreender desde o critério de exclusão explícito para dependentes de substâncias psicoativas sem uma rede de apoio que garanta a abstinência até aspectos do funcionamento que podem dificultar o acesso. Um exemplo deste último, no HD-UNESP, é a existência de um número limitado de vagas ainda mais diminuído pela ausência de profissionais em determinados períodos.

Por fim, algumas questões metodológicas não podem ser esquecidas. A primeira refere-se ao fato de que, embora o estudo proponhasse a ser descritivo da

população, inevitavelmente a análise esbarra na questão de avaliação do serviço. Ao aceitar a suposição de que o HD-UNESP se caracteriza como um serviço de extensão ao tratamento ambulatorial (SCHENE, 1988), seu funcionamento poderá ser questionado. Para Morgado & Lima (1994) seria uma distorção os HDs não atuarem explicitamente na substituição da internação fechada. Contudo, ainda que o HD-UNESP possuísse, no período de estudo, características que Schene et al. (1988) classificaram como extensão do tratamento ambulatorial, 44,1% dos pacientes desta amostra possuíam quatro ou mais internações psiquiátricas progressas. É possível que exista uma expressiva parcela de pacientes que estejam cronificando nos ambulatórios e, dada a postura (por vezes maniqueísta) de que apenas a internação psiquiátrica fechada é ruim, estes pacientes não sejam percebidos. São pacientes com transtornos psiquiátricos diversos que eventualmente são internados, mas que, na maior parte das vezes, se beneficiariam de um serviço intermediário entre o ambulatório e a internação fechada — uma das definições utilizadas para os HDs.

Neste estudo, qualquer inferência a respeito do HD-UNESP não poderia desconsiderar que a autora era membro integrante da equipe e que todos os profissionais tinham conhecimento da condução da pesquisa. Estes fatos podem ter produzido alterações no comportamento da equipe e da autora durante o período da coleta de dados, modificando o desempenho de ambos. Desde a década de 20, quando foi descrito o efeito “HAWTHORNE” (POLGAR & THOMAS, 1991), autores tem sugerem a utilização de grupos controle constituídos aleatoriamente.

No Brasil, as condições dos hospitais psiquiátricos públicos são de tal modo precárias que estudos comparativos entre estes e os HDs tornam-se complexos pelo surgimento de variáveis confundidoras não inerentes à hospitalização integral, como as

encontradas por Campos (1986). Obviamente esta é uma dificuldade mas não um fator impeditivo para a realização de estudos, por exemplo, comparando unidades psiquiátricas em hospitais gerais e HDs com programas para atendimento de agudos. Seriam necessários estudos com critérios de inclusão bem estabelecidos, com distribuição aleatória dos pacientes para os diferentes grupos de tratamento, avaliações de sintomas e funcionamento social por meio de instrumentos padronizados, acompanhamento pós-alta e em número que permitisse explorar mais os recursos estatísticos. Estudos deste tipo poderiam responder, por exemplo, em que circunstâncias estaria melhor indicada a hospitalização parcial ou a integral, ou ainda, se há programas mais adequados a um ou outro paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação ao HD-UNESP, cabe lembrar que o presente estudo restringiu-se aos aspectos assistenciais do serviço, não se ocupando do papel didático que ele possui. Considerando então o aspecto assistencial, seria interessante conhecer as necessidades da população local e investigar se o HD-UNESP responde a essa demanda. Até o momento, não há informações disponíveis sobre morbidade psiquiátrica na região havendo apenas o citado estudo de Almeida Filho et al. (1992) como parâmetro. Do mesmo modo, não se tem informações sobre os pacientes que tem sido internados no hospital psiquiátrico da região — dado que poderia ajudar a planejar formas de atendimento, visando evitar a internação psiquiátrica. No que diz respeito à rotina do HD-UNESP, avaliações de funcionamento psicossocial e do suporte familiar poderiam ser realizadas sistematicamente, permitindo que a avaliação dos pacientes fossem além da remissão ou não dos sintomas.

Ampliando o foco do nível local para o nacional, a classificação proposta pelo Ministério da Saúde em HD e NAPS/CAPS, bem como os critérios operacionais estabelecidos deveriam ser revistos. A classificação e os critérios vigentes diferenciam pouco ou quase nada os serviços, limitando a ação dos HDs em relação ao tempo de permanência. Em que pesem todas as limitações da comparação com os serviços de outros países, a duração descrita na literatura é maior do que os 45 dias previstos pelo Ministério da Saúde. Ainda, seria interessante que esse Ministério realizasse estudos que possibilitassem conhecer os seus serviços e avaliar se esta divisão reflete a realidade do país e atende às necessidades da população. Obviamente que o financiamento e a fiscalização dos serviços são fundamentais e serão melhor conduzidos se estiverem baseadas em critérios objetivos adequados à realidade do país. Um outro aspecto é que, dada a variedade de funções que podem ser atribuídas aos serviços de hospitalização, o

credenciamento como um HD ou NAPS/CAPS acaba por restringir as possibilidades de tratamento. Talvez fosse mais interessante credenciar serviços de hospitalização parcial como um todo — já que pouco diferem nos critérios utilizados pelo Ministério da Saúde — especificando programas distintos nestes serviços. Ou seja, do mesmo modo que hoje os ambulatórios oferecem diversas possibilidades de atendimentos (individuais, grupais, psicoterápicos, de apoio, etc), os serviços passariam a oferecer internação parcial, reabilitação de crônicos, extensão do tratamento ambulatorial ou outras funções que fossem atribuídas a eles.

Outro aspecto a considerar é que se estudos realizados — e é imprescindível que eles ocorram — confirmarem a existência de melhor evolução com melhores níveis de renda e a maior aderência com a existência de “cuidadores”, algumas soluções complementares aos serviços podem ser necessárias. Apenas como suposição, uma destas respostas pode ser na forma de auxílio financeiro para a contratação de profissionais habilitados no cuidado de pacientes psiquiátricos como, por exemplo, os acompanhantes terapêuticos. Isto sem tocar na complicada questão da política econômica vigente e a má distribuição da renda.

Seria também importante que o Ministério da Saúde e os administradores regionais que se ocupam da organização de serviços investigassem a população de pacientes “neuróticos” e propusessem respostas a estes grupos. Como se sabe, nesta categoria estão incluídas diversas condições clínicas, muitas vezes crônicas, incapacitantes e que levam, eventualmente, às internações em hospitais psiquiátricos. Não ter uma resposta poderia provocar o mesmo resultado descrito nos EUA, onde estes pacientes abarrotaram serviços, mantendo ainda um grande número de pacientes cronificando nos hospitais.

Conhecer os pressupostos teóricos presentes nos diferentes programas de saúde e nos serviços criados embora fundamental não garante a manutenção da qualidade. Não se ocupar disto pode fazer com que, em substituição à “Indústria da loucura”, em poucos anos se tenha a “Indústria dos HDs”. Como visto anteriormente, os leitos em HDs aumentaram em quase 400% em apenas dois anos. Não se tem notícia de um aumento semelhante entre as unidades de internação psiquiátrica em hospitais-gerais. Provavelmente, do mesmo modo que ocorreu com o HD-UNESP, estão sendo abertos HDs e não enfermarias em hospitais gerais. As razões não são conhecidas, mas é possível que, ao criar um HD, as resistências enfrentadas sejam menores do que aquelas geradas pela instalação de uma enfermaria. Outra hipótese é que o HD economizaria o turno noturno de funcionários, com a vantagem de receber o mesmo valor pago às enfermarias pelo Sistema Único de Saúde. Caso esta última suposição seja comprovada, ironicamente estaria acontecendo no Brasil o mesmo que ocorreu com Dzagorov e seu “hospital without beds” em 1933...

Um último aspecto a considerar é um dos itens do extenso relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que diz respeito a promover pesquisas no campo da saúde mental. O relatório fala em investigações epidemiológicas, sócio-antropológicas e também pesquisas “voltadas à avaliação e divulgação dos resultados da rede de atenção em saúde mental...” (BRASIL, 1992). Os delegados que participaram da II Conferência Nacional de Saúde Mental, de algum modo, sabiam que “boas intenções” já serviram para justificar diversos projetos na área, desde a criação do Hospício Pedro II até a ampliação da rede hospitalar privada na década de 60. Hoje não é mais possível basear-se apenas em “boas intenções” sendo necessários parâmetros objetivos que talvez comecem por conhecer e analisar criticamente a rede de serviços existentes. Quem está

sendo atendido nestes 1410 “leitos-dia” existentes no país? Quais as necessidades destes pacientes-usuários? Com que recursos materiais e humanos os serviços tem funcionado? Qual o treinamento ou a formação que os profissionais possuem? Estas e outras perguntas estão a espera de resposta.

Nesse contexto, este trabalho insere-se com um estudo descritivo que tentou contribuir com esta discussão sobre a Reforma Psiquiátrica dentro das limitações impostas pelo seu delineamento. Muitos outros estudos serão necessários para que se estabeleçam parâmetros mais adequados do que a mera duração da internação — única diferença entre HDs e NAPS/CAPS, segundo o Ministério da Saúde. Propor estes parâmetros é um desafio para os pesquisadores, uma necessidade para a população e papel — se não obrigação — da Universidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N. - Crítica à proposta da Psiquiatria Preventiva. **Informação Psiquiátrica**, 4:71-6, 1983.
- ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B.; BUSNELLO, E.D. - Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Rev. ABP/APAL**, 14:93-104, 1992.
- ALMEIDA, P.M. & WICKERHAUSER, H. - **O critério ABA/ABIPEME: Em busca de uma atualização**. São Paulo, LPM/Burke & Marplan, 1991.
- ALVES, D. J.S.; SEIDL, E.M.F.; SCHECHTMAN, A.; SILVA, R.C. - Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, 41:423-6, 1992.
- ALVES, D.S.N. - Reestructuration de los servicios de salud mental en Brasil. **Psiquiatria Publica**, 8:216-24,1996.
- ALTERMAN, A.I.; DROBA, M.; McLELLAN, A.T. - Response to day hospital treatment by patients with cocaine and alcohol dependence. **Hosp. Community Psychiatry**, 43:930-2, 1992.
- AMARANTE, P. - Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Manguinhos**, 1:61-77,1994.
- AMARANTE, P. - **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Seretaria de Desenvolvimento Educacional - Escola Nacional de Saúde Pública, 1995. 143 p.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4.ed. Washington, American Psychiatric Association, 1994. 886 p.
- ANTONUCCI, R.A. - **Educador Terapêutico: um novo papel no tratamento de Psicoses infantis**. São Paulo, 1990. 84p. [Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- AZIM, H.F.A.; WEIDEN, T.D.; RATCLIFFE, W.D.; NUTTER, R.W.; DYCK, R.J.; HOWARTH, B.G. - Current utilization of day hospitalization. **Can. Psychiatric Assoc. J.**, **23**:557-66, 1978.
- AZOUBEL NETO, D. & BORGES, I.R. - Organização e funcionamento de um hospital diurno em uma clínica particular. **Acta Psiquiatr. psicol. Am. Lat.** **17**:33-8, 1971.
- BANDEIRA, M. - Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das rehospitalizações. **J. Bras. Psiquiatr.**, **42**:491-8, 1993.
- BANZATO, C.E.M.; RAIMUNDO, A.M.G.; MALVEZZI, E.; RIBEIRO, C.A.S. - Hospital-Dia do S.S. Cândido Ferreira: avaliação do primeiro ano de funcionamento. **J. Bras. Psiquiatr.**, **42**:197-201, 1993.
- BARNARD, R.I.; ROBBINS, L.L.; TETZLAFF, F.M. - The day hospital as an extension of Psychiatric treatment. **Bull. Menninger Clin.** **16**:50-6, 1952.
- BARROS, D.D. - **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de trieste**. São Paulo, EdUSP/Lemos, 1994. 155 p.
- BECH, P.; KSATRUP, M.; RAFAELSEN, O.J. - Mini-compendium of ratingscales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with correspondig DSMIII syndromes. **Acta Psychiatr Scand**, **73**(suppl. 326):1-36, 1986.

- BECH, P.; LARSEN, J.K.; ANDERSEN, J. - The BPRS: Psychometric Developments. **Psychopharmacol. Bull.**, **24**:118-21, 1988.
- BECH, P.; MALT, U.F.; DENCKERS, S.J.; AHLFORS, U.G.; ELGEN, K.; LEWANDER, T.; LUNDELL, A.; SIMPSON, G.M.; LINGJAERDE, O. (ed). - Scales for Assessment of Diagnosis and severity of mental disorders. **Acta Psychiatr Scand**, **87** (Suppl 372):3-36, 1993.
- BERGAMO, M.L.N. - **Atuação do Assistente Social no Hospital-dia de Psiquiatria da UNESP**. Botucatu, 1991. [Trabalho de conclusão de curso apresentado à UNIFAC, para obtenção do título de Assistente Social].
- BLAYA, M. - O primeiro Hospital-Dia Psiquiátrico no Brasil: análise da seu funcionamento e de seus problemas. **Arq. Clín. Pinel**, **1**:28-33, 1961.
- BOTEGA, N.J.; FONTANELLA, B.J; GONÇALVES, E.B.; RODRIGUES, R.T. - Ambulatório de Psiquiatria em Hospital Geral - alguns dados do HC/UNICAMP. **Rev ABP/APAL**, **10**:57-62, 1988.
- BOTEGA, N.J. & DALGALARRONDO, P. - **Saúde Mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico**. São Paulo, HUCITEC, 1993, 116p.
- BOTEGA, N.J. & SCHECHTMAN, A. - Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: I. Situação atual e tendências. **J. Bras. Psiquiatr.**, **19**:79-86, 1997.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. Secretaria de Emprego e Salário. - **Classificação brasileira de ocupações**. Brasília, SINE, 1982. 753p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. - **I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília, 1988. 43p.

- BRASIL. - Projeto de lei nº 3657-B de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em Saúde Mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.
- CAMPOS, M.A. - **O Hospital-Dia como alternativa assistencial em Psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares**. Ribeirão Preto, 1986. [Tese Doutorado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo].
- CAMPOS, M.A. - Os modelos de internação parcial em hospital-dia e integral vistos por um grupo de pacientes psiquiátricos e seus familiares. **Rev. ABP-APAL**, **11:29-34**, 1989.
- CAMPOS, M.A. - A Hospitalização Diurna em Psiquiatria Cinquenta anos depois - um olhar ao longo do tema e do tempo. **Estudos em Saúde Mental**, 253-63,1997.
- CAMPOS, M.A. & CONTEL, J.O. - Reuniões Comunitárias em um Hospital-Dia psiquiátrico Universitário: implantação e análise preliminar da experiência. **Rev. ABP/APAL**, **18:111-6**,1996.
- CAVICHIOILLI-ROSSINI, M.G. - **Estudo da Prática do Enfermeiro em Hospital-dia Psiquiátrico**. Ribeirão Preto, 1998. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Univesidade de São Paulo].

- CERQUEIRA, L. - **Prioridades em assistência psiquiátrica**. Coordenadoria de Saúde Mental. (Publicação nº 7), 1973. 18p.
- CERQUEIRA, L. - **Experiência de setor no estado de São Paulo**. [Relatório apresentado no Simpósio de Psiquiatria Comunitária, UFRJ, Rio de Janeiro, 1975. 30p.].
- CERQUEIRA, L. - **Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental**. São Paulo, Livraria Atheneu, 1984. 306p.
- CESARINO, A. C. - Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A., org. - **Saúde e Loucura 1**. 2 ed. São Paulo, Hucitec, 1989. p 3-33.
- CHAVES, A.C.; SARIN, L.M.; MARI, J.J. - **Escala de avaliação de incapacitação psiquiátrica (DAS)**. São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1990. (mimeogr).
- CHICAYBAN, A. - Oficina de expressão e composição musical para pacientes psicóticos no âmbito de hospital-dia. **J. Bras. Psiquiatr.**, **38**:331-5,1989.
- CONTEL, J.O.B. - Quinze anos de hospital-dia: contribuição ao estudo da prática de comunidade terapêutica, psicoterapia de grupo e princípios psicanalíticos em hospital psiquiátrico no Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, **40**:163-9, 1991.
- CONTEL, J.O.B.; AGOSTINE, M.; PEDUZZI, M.; SANTOS, S.A.; CASTALDELLI, A.A.; OLIVEIRA, A.S. - Grupoterapia em hospital-dia: os grupos das comissões de atividades. **J. Bras. Psiquiatr.**, **42**:327-34,1993.
- COSTA, J.F. - **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4 ed. Rio de Janeiro, Xenon, 1989. 187 p.
- COX, D.R. - Regression model and life tables. **J. R. Statist.**, **34**:187-202,1972.

- CREED, F. ; BLACK, D.; ANTHONY, P. - Day-hospital and Community treatment for Acute Psychiatric Illness - a critical appraisal". **Br. J. Psychiatry**, **154**:300-10, 1989.
- DAY Hospitals for psychiatric care. **LANCET**, 1106-7,1985.
- DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; COULOMBIER, D.; BRENDER, K. A.; SMITH, D.C.; BURTON, A.H.; DICKER, R.C.; SULLIVAN, K.; FAGAN, R.F.; ARNER, T.G. - **EPI-Info, Versão 6**. Atlanta, Centers of Disease Control and Prevention, 1994. 589p.
- DeHERT, M.; THYS, E.; VERCRUYSSSEN, V.; PEUSKENS, J. - Partial Hospitalization at night: The Brussels Nighthospital. **Psychiatr. Ser.** **47**:527-8, 1996.
- DELGADO, P.G.G. - A reforma psiquiátrica aprovada pelo Senado: uma regra para a transição. **J. CREMESP**, **18**:3, 1999.
- DENNIS, M.; FERGUSON, B.; TYRER, P. - Rating instruments. In: Freeman, Chris e Tyrer, **Research Methods in Psychiatry, a beginner's guide**. 2 ed. 1992. 319p.
- DIAS, I.M. - **A História da Psiquiatria no estado de São Paulo - sob o signo da exclusão**. [Dissertação de Mestrado - Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina USP], São Paulo, 1985, 329p.
- FERRÃO, L.; AZOUBEL NETO, D.; GIMENEZ, F. - Terapêutica pelo clube em Psiquiatria. **Rev. Psicol. Normal Patol.**, **6**:115-28, 1960.
- FERRAZ, M.P.T. - As leis da Reforma Psiquiátrica: uma nova proposta? **Psiquiatr. Hoje.**, **XIX**:5, 1995.
- FERREIRA, M.P. - Contos de Fada como atividade terapêutica. **J. Bras. Psiquiatr.**, **40**:160-2,1991.

- FINK, E.B.; LONGABAUGH, R.; STOUT, R. - The paradoxical underutilization of partial hospitalization. **Am. J. Psychiatry**, **135**:713-6, 1978.
- GOLDBERG, J.I. - Reabilitação como processo - o Centro de Atenção Psicossocial. In PITTA, A.M.F. (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**, São Paulo, HUCITEC, 1996. 158p.
- GOLDESTEIN, J.M.; COHEN, P.; LEWIS, S.A.; STRUENING, E.L. - Community Treatment Environments: patient vs staff evaluations. **Nerv. Mental Dis.**, **176**:227-33, 1988.
- GONZALEZ, B. - **Análisis Multivariante: aplicacion an ambito sanitario**. SG. Editores, 1993.
- GOSHEN, C.E. - New concepts of Psychiatric care with special reference to the Day Hospital. **Am. J. Psychiatry**, **115**:808-11, 1959.
- HAFKENCHEID, A. - Psychometric evaluation of a standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale. **Acta Psychiatr Scand.**, **84**:294-300, 1991.
- HOSPITAL-DIA - **Orientações aos residentes**, 1998. 15p (mimeogr.)
- HERZ, M.I.; ENDICOTT, J.; SPITZER, R.L.; MESNIKOFF, A. - Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. **Am. J. Psychiatry**. **127**:107-18, 1971.
- HOGUE, M.A.; FARRELL, S.P.; MUNCHEL, M.E.; STRAUSS, J.S. - Therapeutic Factors in Partial Hospitalization. **Psychiatry**, **51**:199-210, 1988.
- HOGUE, M.A.; DAVIDSON, L.; HILL, W.L.; TURNER, V.E.; AMELI, R. - The promise of partial hospitalization: a reassessment. **Hosp. Community Psychiatry**, **43**:345-54, 1992.

- INFANTE, R.G.G. & CLEBER, R.S. - Atividades Psicodramáticas no Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro: fundamentos e perspectivas. **J. Bras. Psiquiatr.** **40**:171-5,1991.
- JONES, K. & POLETTI, A. - The "Italian Experience" reconsidered. **Br. J. Psychiatry**, **148**:144-50,1986.
- KARTERUD, S.; VAGLUM, S.; FRIIS, S.; JOHNS, S.; VAGLUM, P. - Day Hospital Therapeutic Community Treatment for Patients with Personality Disorders. **J. Nerv. Mental Dis.**, **180**:238-43, 1992.
- KENDAL, M. - **Multivariate analysis**. London. Charles Grafim, 1980.
- KERR-CORRÊA, F.; ROSSINI, M.G.C.; BERGAMO, M.L.N.; LEVY, M.B.; RIBEIRO, M.B.S.; FORTES, S.M.D. - O Hospita-Dia de Botucatu -UNESP: uma experiência de 12 anos. **Rev. da ABP-APAL**, **16**:89-93, 1994.
- KERR-CORRÊA, F.; LIMA, M.C.P.; FORELLI, S.B.; TIOSSO, A.M.; ROCHA, A.L.; FALCÃO, A.L. - Estabilidade do diagnóstico de "neurose" em hospital-dia para agudos: da CID-9 para CID-10. **J. Bras. Psiquiatr.**, **44**:363-7, 1995.
- KESSLER, R.; BROWN, R.; BROMAN, C. - Sex differences en Psychiatric help seeking evidence from four large-scale surveys. **J. Health Soc. Behav.**, **22**:49-64,1981.
- KESSLER, R.C.; McGONAGLE, K.A.; ZHAO, S.; NELSON, C.B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.C. WITTCHEN, H.U.; KENDLER, K.S. - Lifetime and 12-Month Prevalence of DSMIII-R Psychiatric Disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. **Arch.Gen. Psychiatry**, **51**:8-19, 1994.

KISER, L. J.; CULHANE, D.P.; HADLEY, T.R. - The current practice of child and adolescent partial hospitalization: results of a national survey. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, **34**:1336-42, 1995.

KINOSHITA, R.T. - Uma experiência pioneira: a Reforma Psiquiátrica Italiana. in (vários autores) **Saúde mental e cidadania**, 2 ed. São Paulo, Mandacaru/Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental, 1988. p67-83.

KLAR, H.; FANCES, A.; CLARKIN, J. - Selection criteria for partial hospitalization. **Hosp. Community Psychiatry**, **33**:929-33,1982.

KLUITER, H.; GIEL, R.; NIENHUIS, F.J.; RUPHAN, M.; WIERSMA, D. - Predicting Feasibility of Day Treatment for unselected patients referred for inpatient Psychiatric Treatment: results of a randomized trial. **Am. J. Psychiatry**, **149**:1199-205,1992.

KNAPP, M.; BEECHAM, J.; ANDERSON, J.; DAYSON, D.; LEFF, J.; MARGOLIUS, O.; O'DRISCOLL, C.; WILLS, W. - The TAPS Project 3: Predicting the community costs of closing Psychiatric Hospitals. **Br. J. Psychiatry**, **157**:661-70, 1990.

KUCHEMUCK, A.M.L.; KERR-CORRÊA, F.; QUARENTEI, M.S.; MORENO, V. - **Hospital-Dia: uma nova proposta de assistência psiquiátrica**. Botucatu, Departamento de Neurologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Botucatu, 1985. (mimeogr.).

LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA - Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - **Listagem de Ocupações. 1986**. (mimeogr.)

- LANCETTI, A. - Hospital-dia "a Casa": conversando sobre dez anos de experiência. In LANCETTI, A. (org) - **Saudeloucura 1**. 2 ed. São Paulo, HUCITEC, 1989. 120p.
- LANCETTI, A. & KINOSHITA, R.T. Sistema de Saúde Mental da Prefeitura de Santos. In KALIL, M.E.X. (org) **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1992. p232-7.
- LEE, C. - Health, stress and coping and women caregivers. **J. Health Psychol.**, **4**:27-40, 1999.
- LIMA, C.A.M.; BERTOLOTE, J.M.; RAMSEIER, F. - Garantia de qualidade num hospital-dia psicogeriatrico: os procedimentos da admissão. **Rev. ABP/APAL 20**:39-44, 1998.
- LIMA, L.A. & TEIXEIRA, J.M. - Assistência à saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos à realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. **J. Bras. Psiquitr.**, **44**:71-6, 1995.
- MCGRATH, G. & TANTAM, D. - Long-stay patients in a Psychiatric day hospital: a case note review. **Br. J. Psychiatr.**, **150**:836-40, 1987.
- MACHADO, E.Z.L. - A "atualidade" de alguns aspectos da História da Psiquiatria. **Informação Psiquiátrica**, **17**:149-151, 1998.
- MARTINS, C. - A moderna assistência psiquiátrica. in MARTINS, C. (ed) - **Estudos sobre unidade psiquiátrica em hospital geral**. São Paulo, Imprensa Oficial do estado, 1967. 160p.
- MBAYA, P.; CREED, F.; TOMENSON, B. - The different uses of day hospitals. **Acta Psychiatr. Scand.**, **98**:283-7, 1998.

- MEDEIROS, E.; CHATAIGNIER, G.M.C.; SILVA FILHO, J.F. - Grupo de familiares do hospital-dia: sociabilidade, loucura e comunicação terapêutica. **J. Bras. Psiquiatr.**, **42**:449-51, 1993.
- MENEZES, P. & SCAZUFCA, M. - Estudo da confiabilidade da versão em português da Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (WHO/DAS). **Rev. da ABP/APAL**, **15**:65-7, 1993.
- MENEZES, P. & MANN, A.H. - The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, **27**:340-9, 1993.
- MIRANDA, C. - **Composite International Diagnostic Interview (CIDI)**. São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1992. (mimeogr.).
- MOREIRA, M.S.S. & ZUARDI, A. - Expectativa e desempenho social do paciente psiquiátrico, antes e após internação: auto-avaliação e avaliação dos familiares. **Medicina**, **26**:128-134.
- MORENO, V. - **Avaliação da sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos na rotina diária - dados preliminares**. Botucatu, 1998. (mimeogr.).
- MORGADO, A. & LIMA, L.A. - Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **J. Bras. Psiquiatr.**, **43**:19-28, 1994.
- NOVIKS, L.; KING, B.; SPAULDING, W.B. - The diabetic day-care unit. I. Development of an index to evaluate diabetes control. **Can Med. Assoc. J.**, **114**:777-9, 1976.

- ODA, A.M.G.R.; BANZATO, C.E.M.; CONTEL, J.O.B. - Hospital-Dia. In: BOTEGA, N. J. (org) - **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas, Papirus, 1995. 95p.
- OLIVEIRA, F.B. - Grupo Operativo no Hospital-dia: Uma alternativa de atendimento em saúde mental. **J. Bras. Psiquiatr.**, **44**:583-7, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Classificação Internacional das Doenças**. 9 ed., 1978.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento - CID 10**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 351p.
- ORTIZ, M.A. & TOSTES, V.M.CS. - Uma experiência com grupo de familiares no hospital-dia. **J. Bras. Psiquiatr.**, **41**:305-8,1992.
- OVERALL, J.E. & GORHAM, D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychol. Rep.**, **10**:799-812, 1962.
- PARKER, S. & KNOLL III, J.L. - Partial Hospitalization: an Update. **Am. J. Psychiatry**, **147**:156-60, 1990.
- PESSOTTI, I. - **A loucura a as épocas**. Rio de Janeiro, Editora 34, 1994. 208p.
- PIPER, W.E.; JOYCE, A.S.; AZIM, H.F.A.; ROSIE, J.S. - Patient Characteristics and Success in Day Treatment. **Nerv. Mental Dis.**, **182**:381-6, 1994.
- PITTA, A.M.F. - Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde. **Rev. Adm. Pública**, **26**:44-61, 1992.
- PITTA, A. M. F. - Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **J. Bras. Psiquiatr.**, **43**: 647-54, 1994.

- PITTA-HOSIEL, A.M. - **Sobre uma política de Saúde Mental**. São Paulo, 1984. 161p. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo].
- PLOTKIN, D.A. & WELLS, K.B. - Partial Hospitalization (Day Treatment) for psychiatrically Ill Elderly Patients. **Am. J. Psychiatry**, **150**:266-71, 1993.
- POLGAR, S. & THOMAS, S.A. - **Introduction to research in the health sciences**, London, Churchill Livingstone, 1991.
- POMPEI, M.S. - **Avaliação da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Saúde Mental - Um estudo das relações entre processo e resultado final**. São Paulo, 1996. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo].
- RAIMUNDO, A.M.G.; BANZATO, C.E.M.; SANTOS, V.A.; PALMIERI, T.C. - Hospital-dia em psiquiatria: revisão dos últimos cinco anos da literatura. **J. Bras. Psiquiatr.**, **43**:205-11, 1994.
- REALI, M. - A Psiquiatria democrática italiana - repercussões sociais: a mudança na abordagem da saúde mental. **J. Bras. Psiquiatr.**, **39**(supl.2):8-9, 1990.
- RESENDE, H. - Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In TUNDIS, S.A. e COSTA, N.R. (org) - **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 5 ed. Petrópolis, Vozes, 1997. 288p.
- RHOADES, H.M. & OVERALL, J.E. - The semistructured BPRS Interview and rating guide. **Psychopharmacol. Bull.**, **24**, 1988.
- ROCHFORT, D.A. - Origins of the "Third Psychiatric Revolution": The Community Mental Health Act of 1963. **J. Health Politic Policy Law**, **9**:1-30, 1984.

- ROCCO, P.R. - Relação estudante de medicina-paciente. In MELLO FILHO et al. **Psicossomática hoje**, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- RODRIGUES, A.M.S. - Relatório do estágio do Hospital diurno do Departamento de Psicologia médica e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. In MARTINS, C. (ed) - **Estudos sobre unidade psiquiátrica em hospital geral**. São Paulo, Imprensa Oficial do estado, 1967. 160p.
- ROSIE, J.S. - Partial Hospitalization: a Review of Recent Literature. **Hosp. Community Psychiatry**, **38**:1291-9,1987.
- ROTELLI, F. & AMARANTE, P. - Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In BEZERRA Jr, B e AMARANTE, P (org) **Psiquiatria sem hospício**, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. 128p.
- SAMPAIO, J.J.C. - **Hospital psiquiátrico público no Brasil: A sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Rio de Janeiro, 1988, 432p. [Dissertação de Metrado - Instituto de Medicina Social - UERJ].
- SÃO PAULO (estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental - **Relatório apresentado ao governo do estado pelo Grupo de Trabalho constituído em 29.6.1971**, 1973. 43p (mimeogr.).
- SÃO PAULO (estado). Secretaria da Saúde. Resolução nº 215 de 2 de julho de 1992 - Estabelece normas técnicas que dispõem sobre o funcionamento dos serviços de Saúde Mental do SUS/SP. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 1992.
- SCHECHTMAN, A.; ALVES, D.S.N.; SILVA, R.C. - Política de saúde mental no Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, **45**:127-8, 1996.
- SCHENE, A.H. & GERSONS, B.P.R. - Effectiveness and application of partial hospitalization. **Acta Psychiatr. Scand.**, **74**:335-40, 1986.

- SCHENE, A.H.; LIESHOUT, P.A.H. van; MASTBOOM, J.C.M - Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in the Netherlands. **Acta Psychiatr. Scand.**, **78**:515-22, 1988.
- SCHENE, A.H.; WIJNGAARDEN, B. Van; POELITOE, N.W.; GERSONS, B.P.R. - The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. **Acta Psychiatr. Scand.**, **87**:427-36, 1993.
- SHAPIRO, S.; SKINNER, E.A.; KESSLER, C.G.; VON KORFF, M.; GORMAN, P. S.; TISCHLER, G.L.; LEAF, P.J.; BENHAM, L.; COTTER, L.; REGIER, D.A. Utilization of health and mental health services - three epidemiologic catchment area sites. **Arch. Gen. Psychiatry**, **41**:971-8, 1984.
- SIMS, A.C.P.; HEARD, D.H.; ROWE, C.E.; GILL, M.P.; MADDOCK, V. - Neurosis and the Personal Social Environment. The effects of a time-limited course of intensive care. **Br. J. Psychiatry**, **162**:369-74, 1993.
- SLEDGE, W.H.; TEBES, J.; RACKEFELDT, J.; DAVIDSON, L.; LYONS, L.; DRUSS, B. - Day Hospital/crisis respite care versus inpatient care, PartI: Clinical Outcomes. **Am J. Psychiatry**, **153**:1065-73, 1996a.
- SLEDGE, W.H.; TEBES, J.; WOLFF, N. e HELMINIAK, T.W. - Day Hospital/crisis respite care versus inpatient care, PartII: Service Utilization and costs. **Am J. Psychiatry**, **153**:1074-83, 1996b.
- SONENREICH, C. - **Problemas de Psiquiatria - Capítulos Abertos**. São Paulo, Manole, 1964.162p.
- SONENREICH, C.; MARRONE, M.J.; MARTINS, C. - O Hospital-dia e o Hospital-noite do Serviço de Psiquiatria e Psicologia médica do H.S.P.E. in MARTINS, C. (ed) -

- Estudos sobre Unidade Psiquiátrica em Hospital geral.** São Paulo, Imprensa Oficial do estado, 1967, 160p.
- SONENREICH, C. & SILVA FILHO, L.M.A. - Desospitalização. **J. Bras. Psiquiatr.**, **44**:159-67, 1995.
- SPSS - SPSS Advanced Statistics™. Software version 7.0 - 7.5 Michigan, 1996.
- TANTAM, D. & MCGRATH, G. - Psychiatric day hospitals - another route to institutionalization? **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, **24**:96-101, 1989.
- TAVARES, C.M.M.; CAVALCANTI, M.T.; DISITZER, S. - Implantação do hospital-dia de Jurujuba: comunicação preliminar. **J. Bras. Psiquiatr.**, **40**:177-81, 1991.
- THORNICROFT, G. & BEBBINGTON, P. - Deinstitutionalisation - from Hospital Closure to Service Development. **Br. J. Psychiatry.**, **155**:739-53, 1989.
- TORRES, A.R.; POMPEI, M.S.; KERR-CORRÊA, F. - Avaliação da implantação de um serviço de saúde mental em um Centro de Saúde. **Rev. ABP/APAL**, **11**,1989.
- TORRES, A.R. & CERQUEIRA, A.T.A.R. - Avaliação crítica de um programa do ambulatório de psiquiatria de um hospital universitário. **J. Bras. Psiquiatr.**, **41**:171-6, 1992.
- ÜSTÜN, T.B. & TIEN, A.Y. - Recent Developments for Diagnostic Measures in Psychiatry. **Epidemiol. Rev.**, **17**:210-20,1995.
- VASCONCELOS, E.M. - Contribuição à avaliação da estratégia de integração do programa de saúde mental no sistema único de saúde no Brasil recente. **J. Bras. Psiquiatr.**, **41**:283-6, 1992.
- VAUGHAN, P.J. - Developments in psychiatry day care. **Br. J. Psychiatry**, **147**:1-4,1985. [Editorial].

- WEINBERG, A.; GREAVES, J. CREED, F.; TOMENSON, B. - Severity of psychiatric disorder in day hospital and in-patient admissions. **Acta Psychiatr. Scand.**, **98**:250-3, 1998.
- WILKES, E.; CROWTHER, A.G.O. & GREAVES, C.W.K. - A different kind of day hospital - for patients with preterminal cancer and chronic disease. **Br. Med. J.**, **2**:1053-6, 1978.
- WITTCHEN, H.U. - Reliability and Validity Studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. **J. Psychiat. Res.**, **28**:57-84, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Psychiatric Disability Assessment Schedule** (WHO/DAS). Geneva, WHO, 1988.
- YASUI, S. - CAPS: Aprendendo a perguntar. In: LANCETI, A. (org) **Saúde Loucura 1**. 2 ed. São Paulo, Hucitec, 1989. p.46-59.
- ZUARDI, A.W.; LOUREIRO, S.R.; RODRIGUES, C.R.C.; CORREA, A.J.; GLOCK, S.S. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) modificada. **Rev ABP/APAL**, **16**:63-8, 1994.
- ZUSMAN, J.A. - Hospital-Dia: uma perspectiva histórico-crítica. **J. Bras. Psiquiatr.**, **41**:394, 1992.
- ZUSMAN, J.A. - Hospitalização parcial no Brasil: em busca de uma identidade. **J. Bras. Psiquiatr.** **44**: 63-6, 1995.

SUMMARY

The Day-hospital of Botucatu Medical School - UNESP: a descriptive study of the population attended.

During the last years, psychiatric practice in general and especially psychiatric hospitals have been strongly criticized. As an alternative to full-time hospitalization, day-hospitals and similar services are being created. Data from the Brazilian Ministry of Health have shown an increasing number of these services, but there is no available information about their functioning and about their adequacy to the population needs. Considering this fact, a prospective study of the day-hospital of Botucatu Medical School (São Paulo, Brasil) was conducted, aiming to describe the population admitted and its clinical evolution during partial hospitalization. The study comprised: sociodemographic data, psychiatric antecedents, psychopathological profile (*Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS*), diagnoses (ICD 10 criteria), family relationship (*Global Assessment of Relational Functioning Scale*), and psychosocial incapacitation levels (*Psychiatric Disability Assessment Schedule - DAS*).

Data were submitted to descriptive statistical analysis and to logistic regression analysis, considering improvement, treatment duration and adherence as dependent variables.

There was a predominance of women (76,5%), younger than 40 years old (61,8%), from Botucatu and surroundings (64,8%), without marital relationship (70,6%) and with affective disorders (44,1%). The hospitalization lasted in average 74 days, and 79,4% of the patients had improved when discharged from the hospital. The per capita income was a predictive factor of improvement ($p=0,03$). Treatment duration was longer among individuals with anxious/depressive symptoms ($p=0,02$) and shorter among those with desorientation/withdrawal. When improvement was considered, those with marital

relationships were hospitalized for a shorter period ($p=0,002$). Adherence, evaluated through coming to the service for treatment, was higher among patients with marital relationships, lower per capita income and frequent family attendance at the service.

The studied day-hospital resembles those that promote an extension to out patient treatment more than those that intend to substitute full-time hospitalization. The association between better outcome and higher per capita income, marital relationship and shorter period of hospitalization, as well as, the mean duration of hospitalization one compatible with the literature. It is stated that the demands used by the Brazilian Ministry of Health to accredit day-hospitals are not enough to guarantee their quality. This kind of service may become a profitable investment jeopardizing the quality of the service, ironically one the fiercest criticisms to the traditional psychiatric hospitals.

ANEXOS

**CONTRATO DE TRATAMENTO DO HOSPITAL-DIA** (Anexo 1)

O tratamento no Hospital-Dia tem como proposta o atendimento mais intensivo (semi internação) do paciente psiquiátrico e de sua família, através de atividades grupais e individuais previamente programadas (Grupos de Terapia Ocupacional, Grupos Psicoterápicos Verbais e Psicodramáticos, Grupo de Familiares, Oficinas, etc).

A equipe é constituída por médicos psiquiatras, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira, auxiliar de enfermagem, estagiários da área de Saúde Mental e tem contado com a participação de docentes da Faculdade de Medicina.

O horário de funcionamento do Hospital-Dia é o seguinte:

2 ^a f	às
3 ^a f	às
4 ^a f	às
5 ^a f	às
6 ^a f	às

*** Participação dos familiares no tratamento:**

1. Participar semanalmente do grupo de familiares realizado pela equipe do Hospital-Dia, realizado às _____ feiras às _____ horas.
2. Acompanhar o paciente, até o HD e de volta para casa, somente quando necessário.
3. Em caso de falta do paciente, comunicar o motivo a algum membro da equipe.
4. Contribuir para que o paciente faça uso da medicação prescrita pelo médico, informando à equipe as dificuldades que eventualmente estejam ocorrendo (efeitos colaterais, recusa, etc).
5. Deixar telefone para contato em caso de emergência.

*** Participação do paciente:**

1. Vir diariamente ao Hospital-Dia, justificando anteriormente quando tiver que se ausentar.
2. Não se atrasar para as atividades.
3. Não sair da área física do Hospital-Dia durante o período de funcionamento sem autorização de um dos membros da equipe.

* **Participação da equipe:**

- Solicitar interconsultas com outros especialistas e exames complementares sempre que necessário.
- Comunicar os familiares a ocorrência de emergências (como fuga ou intercorrências clínicas, p. ex.), esclarecendo sobre os procedimentos terapêuticos realizados.
- Avaliar o tratamento, sugerindo formas de continuidade do acompanhamento pós-alta.

* **Condições de Alta:**

A alta será avaliada por toda equipe e poderá se dar nas seguintes circunstâncias:

1. Por abandono: quando o paciente se ausentar por cinco dias consecutivos sem justificativas prévias.
2. A pedido: quando familiares e paciente decidirem, contra orientação da equipe, desistir do tratamento do Hospital-Dia. Nesta situação deverão assinar um termo de responsabilidade por esta interrupção.
3. Alta por término do tratamento: no HD quando a equipe avaliar que o paciente se beneficiará de outro tipo de acompanhamento.

Botucatu, de de 199

Paciente

Responsável

Equipe do Hospital-Dia

**HOSPITAL-DIA DA UNESP: Estudo descritivo da população atendida.
Protocolo para Estudo da População Atendida (Anexo 2)**

NOME: _____

nº protocolo

DATA

RG

1. PESSOAS:

1. Sexo 1. Masc 2. Fem

2. Idade (em anos)

3. Faixa Etária 1=<20 2=20-29 3=30-39 4=40-49 5=50-59 6=>59

4. Estado civil
1. Solteiro
2. Casado/amasiado
3. Viúvo
4. Separado/Divorciado
8. Outro _____

_____ 1=católico 2=protestantes 3=espírita
5. Religião 9=não iden.

_____ 1=Botucatu 2=DIRXI 3=Fora DIRXI
6. Natural de 4=Fora SP

7. Procedência

8. Escolaridade (em anos)

9. Profissão

10. Ocupação atual

11. Condição atual
1. Desempregado
2. Empregado regular
3. Empregado irregular
4. Proprietário
5. Aposentado
6. Estudante
9. Não se aplica

2. CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

_____ 0=paciente 1=mãe 2=pai 3=conjuge
12.Cuidador 4=outrofam. 5=outro ã fam 9=ñ se aplica

13.Provedor

_____ 17.RendaFamiliar
14.Profissão do Provedor (Sal. Min.)

_____ 18.Número de pessoas
15.Ocupação do Provedor

_____ 19. Renda Per capita
16.Condição atual do Provedor

CLASSIFICAÇÃO ABIPEME (Tabela I)

anos de escolaridade do Provedor.

Pontos

Na sua casa tem:

21.Etrato

	não tem	1	2	3	mais
automóvel					
televisor (cores)					
banheiro					
Empregada mensal					
rádio (exceto o do carro)					
máquina de lavar roupa					
Video cassete					
aspirador de pó					
geladeira					

3. TRANSPORTE

21. Meio de transporte 1. Carro 2. Um ônibus 3. Dois ônibus 4. "a pé"
5. "carona"

22. Subsídio para transporte 1. parcial 2. total 3. ausente

23. Tempo em minutos

4. INTERNAÇÃO

Internação (data)

24. Quem encaminhou 1. ADIS 2. ADAfetivas
3. Amb Residente 4. A Drogas
5. PS UNESP 6. Hospital Psiquiátrico
7. Psicólogas 8. Psiquiatra de outro serviço
9. Outro

25. CID 10-1 26. CID10-2

27. Código "Z"

MEDICACÃO INTERNAÇÃO 1= SIM 2=NÃO

28. ANSIOLÍTICOS 29. ANTIDEPRESSIVOS

30. NEUROLÉTICOS 31. ESTABILIZADORES

32. OUTROS

33. Internações anteriores HD 34. Tempo médio de Internação

35. Internações anteriores HP 36. Tempo médio de Internação

37. Tempo de piora que antecede internação (meses)

38. Tempo de história desde o início do quadro (anos)

5. NOTAS SOBRE O FUNCIONAMENTO FAMILIAR (Devem estar incluídos todos os membros da família que residem com o paciente. No caso de paciente morar sozinho, avaliar os familiares a quem ele recorre nas situações de crise).

39. GARF1 (Anexo 5) 1=81-100 2=61-80 3=41-60

40. GARF2 (classificação) 4=21-40 5=1-20

6. OUTROS PROBLEMAS CLÍNICOS (CID 10):

41. CID10-3 _____

42. CID10-4 _____

8 DADOS DE EVOLUÇÃO:

43. Faltas ao HD (%)

44. Família - faltas (%)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO (Acompanhamento Terapêutico, Interconsultas com outras clínicas, Intermediação em questões judiciais e outros procedimentos que não foram realizados com todo o grupo de pacientes).

Procedimentos: 1=Intercons. 2=Acomp.Terap. 3=Exames 4.Outros

45.PROC1

46.PROC2

47.PROC3

9. ALTA:

Data alta

48. Tipo alta 1. Alta Médica 2. A pedido 3. Abandono 4. Transferência

49. Processo de Alta (dias)

ENCAMINHAMENTOS PÓS ALTA(Tabela III)

50.ENCA1

51. ENCA2

52.ENCA3

MEDICAÇÃO NA ALTA 1=SIM 2=NÃO

53.ANSIOLÍTICOS

54.ANTIDEPRESSIVOS

55.NEUROLÉTICOS

56.ESTABILIZADORES

57.OUTROS

58.CID 10-5

59.CID 10-6

60.Duração internação (dias)

61. Condições de Alta 1=melhor 2=parcialm/ melhor 3=inalt 4=parc/pior
5=pior

OBSERVAÇÕES

**HOSPITAL-DIA DA UNESP: Estudo descritivo da população atendida.
Listagem de Profissões¹ - (Anexo 3)**

GRUPOS DE PROFISSÕES

GRUPO I - FORA DA FORÇA DE TRABALHO

Aposentado, do lar

GRUPO II - PROPRIETÁRIOS - ADMINISTRATIVOS - SUPERVISORES

Escriturário(a); bancário-Caixa; Bombeiro

**GRUPO III - TÉCNICOS CIENTÍFICOS, ARTÍSTICOS E FUNÇÕES AUXILIARES
TÉCNICAS**

Professor; Auxiliar de Enfermagem; Clonoanalista; Técnico de
Laboratório

GRUPO IV - AGRÍCOLAS

Lavrador, apontador de turma

GRUPO V - GRUPOS INDUSTRIAIS

Soldador; Pedreiro; Pintor; Costureira; Acabador(finalizador de operações de
indústrias); Torneiro mecânico; Servente de pedreiro; Azulejista; Serralheiro;
Borracheiro; Mecânico; Operador de máquinas; Cortineiro; Marcineiro;
Frisador; Polidor(auto-motivo); Soldador; Funileiro; Eletrecista; Laminador;
Encanador.

GRUPO VI - TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES

Auxiliar de transporte; Motorista; Ajudante de armazém (Fepasa); Motorista;
Auxiliar de armazém; Operador de Máquinas; Ferroviário; Ajudante de
maquinista; Tratorista.

GRUPO VII - COMERCIAIS

Cobreadores; Comerciante; Agenciador de passagem; Vendedor; Balconista

GRUPO VIII - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Faxineira; Vigia; Ajudante Geral; Auxiliar de serviços gerais; Zelador; Agente
de segurança; Jardineiro; Empregada doméstica; Roupeiro; Braçal;
Cabelereiro.

¹ LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA. Listagem de Profissões. Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. 1986. Baseada na Listagem Brasileira de Ocupações (BRASIL, 1982)

HOSPITAL-DIA DA UNESP: Estudo descritivo da população atendida.
Classificação Sócio Econômica ABIPEME - (Anexo 4)

1. INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA

Analfabeto ou Primário incompleto	- 0 pontos
Primário	- 5 pontos
Ginásio	- 10 pontos
Colegial	- 15 pontos
Superior	- 21 pontos

2. PONTOS POR NÚMERO DE ITENS POSSUÍDOS.

	não tem	1	2	3	4
automóvel	0	04	09	13	18
televisor (cores)	0	04	07	11	14
banheiro	0	02	05	07	10
Empregada mensal	0	05	11	16	21
rádio (exceto o do carro)	0	02	03	05	06
máquina de lavar roupa	0	08	08	08	08
Video cassete	0	10	10	10	10
aspirador de pó	0	06	06	06	06
geladeira	0	07	07	07	07

3. CLASSES:

1=A	89 PONTOS OU MAIS
2=B	59 A 88 PONTOS
3=C	35 A 58 PONTOS
4=D	20 A 34 PONTOS
5=E	0 A 19 PONTOS

HOSPITAL-DIA DA UNESP: Estudo descritivo da população atendida. Escala de Avaliação Global do Relacionamento Social e Familiar - GARF (Anexo 5)

De 81 a 100: O grupo familiar “funciona bem”, tanto do ponto de vista do paciente como dos outros membros da família. Há concordância no estabelecimento de rotinas, há flexibilidade para dar conta de novas demandas e necessidades de cada membro da família. Problemas ocasionais são resolvidos com uma comunicação satisfatória e negociação de direitos, responsabilidades e deveres. Há aceitação de limites e, respnsabilidades dos diversos membros da família. O clima emocional é de modo geral bom, caloroso e acolhedor. Os membros adultos têm uma vida sexual satisfatória.

De 61 a 80: O funcionamento da família é de alguma forma (parcialmente) insatisfatório. Entretanto, nos últimos tempos, a maior parte (mas não todos) dos problemas têm sido resolvidos sem grandes reclamações ou frustrações por parte dos membros. Há uma rotina diária adequada, mas verifica-se certa dificuldade em se lidar com problemas novos. Alguns conflitos permanecem não resolvidos, mas não atrapalham demasiadamente o funcionamento da família. Os limites são respeitados, mas eventualmente se desrespeita certos limites e se colocam um no outro membro na posição de “bode expiatório”. As relações afetivas de amor e respeito estão presentes, mas há certos momentos de boa dose de tensão, irritação e frustração. A vida sexual dos membros adultos pode estar reduzida ou ser razoavelmente problemática.

De 41 a 60: A família tem momentos de satisfação e bom convívio, entretanto o que predomina são relações insatisfatórias e um padrão de interação claramente disfuncional. A comunicação está frequentemente inibida por conflitos não resolvidos. O grupo tem muita dificuldade em lidar com problemas novos e *stress*. Verifica-se uma falta de estrutura e organização na família ou um padrão excessivamente rígido. As necessidades de membros individuais são frequentemente negligenciadas. O clima emocional é prejudicado por relações insatisfatórias, frustrantes e “muito dolorosas”. A vida sexual dos membros adultos é muito problemática e frequentemente insatisfatória.

De 21 a 40: A família é claramente e seriamente disfuncional. O tipo de relacionamento e períodos de relacionamento satisfatórios são bastante raros. A rotina da família não satisfaz as necessidades dos membros, não há sensibilidade ou compreensão para necessidades individuais. O poder é tirânico ou muito negligente. As relações ou são extremamente rígidas ou extremamente confusas. Os momentos de contato afetivo satisfatório são muito raros, e conflitos não resolvidos marcam relações muito hostis ou muito distantes. A vida sexual dos adultos é quase totalmente insatisfatória ou ausente.

De 1 a 20: A família se tornou tão disfuncional a ponto de perder a continuidade do contato e ligação entre os membros. Não há mais rotinas no dia-a-dia da família, os membros geralmente não sabem onde estão os outros membros da família. Há muito pouca comunicação entre os membros. Não há reconhecimento das responsabilidades (de pais, por exemplo) de cada membro. Não se reconhece limites, papéis ou responsabilidades. Membros da família correm perigo de agressão, dano ou negligência física por outros membros (ataques sexuais, por exemplo). O desespero ou total apatia dominam o ambiente emocional. Não há atenção para necessidades afetivas dos outros membros, não há ligação afetiva e preocupação pelo bem estar de outros membros.

HOSPITAL-DIA DA UNESP: Estudo descritivo da população atendida.
AValiação DA INCAPACITAÇÃO PSIQUIÁTRICA (WHO/DAS) - Anexo 6
Folha de Respostas

NOME: _____ n^o protocolo

--	--	--

DATA:

--	--

--	--

--	--

 RG

--	--	--	--	--	--	--	--

1. COMPORTAMENTO GLOBAL

- 1.1 Cuidado pessoal do paciente no último mês
- 1.2 Diminuição da atividade no último mês
- 1.3 Lentificação
- 1.4 Isolamento social no último mês

--	--

2. PERFORMANCE DO PAPEL SOCIAL

- 2.1 Participação nas atividades domésticas durante o último mês
- 2.2 Papel no casamento: relação afetiva para esposo/a durante o último mês
- 2.3 Papel no casamento: relações sexuais com esposo/a durante último mês
- 2.4 Papel paterno e materno: interesse e cuidado com criança(s) durante último mês
- 2.5 Papel sexual: relações com outras pessoas que não o parceiro conjugal durante último mês
- 2.6 Contatos sociais: discussão nas relações interpessoais fora de casa durante último mês
- 2.7 Papel ocupacional: performance no trabalho durante o último mês
- 2.8 Papel ocupacional: interesse em conseguir emprego ou voltar ao trabalho ou estudos durante o último mês
- 2.9 Interesses e informações durante o mês que passou
- 2.10 Comportamento do paciente em emergências ou situações fora do comum, que tenham ocorrido nos últimos seis meses

--	--

5. AVALIAÇÃO GLOBAL

--	--

0= Ajustamento muito bom

1= Ajustamento Bom

2= Ajustamento Razoável

3= Ajustamento Pobre

4= Desajustamento

HOSPITAL-DIA DA UNESP: Estudo descritivo da população atendida.
Breve Escala de Avaliação Psiquiátrica (BPRS) Anexo 7

NOME: _____

nº protocolo

DATA:

RG

- BPRS 1 - Preocupações Somáticas
- BPRS 2 - Ansiedade (Psíquica)
- BPRS 3 - Distanciamento Emocional
- BPRS 4 - Desorganização Conceitual
- BPRS 5 - Auto-depreciação e sentimentos de culpa
- BPRS 6 - Tensão
- BPRS 7 - Distúrbios Motores específicos
- BPRS 8 - Auto-estima exagerada
- BPRS 9 - Humor Depressivo
- BPRS 10- Hostilidade
- BPRS 11- Desconfiança
- BPRS 12 - Alucinações
- BPRS 13 - Retardo Psicomotor
- BPRS 14 - Falta de Cooperação
- BPRS 15 - Conteúdo de Pensamento
- BPRS 16- Embotamento ou afetividade inapropriada
- BPRS 17- Agitação Psicomotora
- BPRS 18 - Desorientação e Confusão

--	--

BPRS TOTAL INTERNAÇÃO

--	--

BPRS ALTA

--	--

FATOR 1 = RETRAIMENTO/DESORIENTAÇÃO

--	--

FATOR 2 = DEPRESSÃO/ANSIEDADE

--	--

FATOR 3 = DESCONFIANÇA/HOSTILIDADE

--	--

FATOR 4 = AGITAÇÃO

--	--

FATOR 5 = DISTÚRBO FLORIDO PENSAMENTO

--	--

FATOR 6 = PREOCUPAÇÕES SOMÁTICAS

unesp



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

CAMPUS DE BOTUCATU

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

BOTUCATU, SP - Rubião Junior - CEP : 18.618 - 000 - PABX (014) 820-6220 - FAX (014) 822-0421 - C. POSTAL: 540

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO
CLÍNICO (Anexo 8)**

Declaro que recebi da Dra Maria Cristina Pereira Lima as seguintes informações:

1. Que está sendo realizada uma pesquisa sobre o Hospital-Dia da UNESP e estão sendo entrevistados pacientes que tiveram internações neste local;
2. Que esta pesquisa está sendo feita pela Dra Maria Cristina P. Lima e minha participação não é obrigatória. Caso eu não queira participar, não haverá nenhuma consequência sobre o meu tratamento;
3. Se eu desejar conversar com a Dra sobre esta pesquisa ela estará disponível para me atender. Se eu não me sentir bem atendido, poderei procurar pelo chefe de Departamento de Neurologia e Psiquiatria ou pelo Supervisor do Hospital das Clínicas

Declaro que, após receber estas informações aceito participar da pesquisa.

Botucatu, ___ de _____ de 199__.

(paciente)

(familiar)