ANA MARIA DE OLIVEIRA ALVES

PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL CRÔNICA EGRESSO DO HOSPITAL-DIA DE PSIQUIATRIA DA SANTA CASA DE CAMPO GRANDE - MS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
CAMPO GRANDE - MS
2003

ANA MARIA DE OLIVEIRA ALVES

PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL CRÔNICA EGRESSO DO HOSPITAL-DIA DE PSIQUIATRIA DA SANTA CASA DE CAMPO GRANDE - MS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Psicologia – da Universidade Católica Dom Bosco como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Comportamento Social e Psicologia da Saúde.

Orientadora: Profª. Dr.ª Angela Elizabeth Lapa Coêlho.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

CAMPO GRANDE - MS

2003

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dr.ª Angela Elizabeth Lapa Coêlho - UCDB

Orientadora

Profª. Dr.ª Sônia Grubits - UCDB

Profª. Dr.ª Liliana Andolpho Magalhães Guimarães - UNICAMP

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais Onésimo e Anise, pelo amor incondicional, que inúmeras vezes abdicaram de seus sonhos para a realização dos meus.

Aos meus irmãos Solange e José Luiz pela compreensão nos momentos ausentes.

Meus amados filhos *Juliana* e *Lucas* por serem o sentido da minha vida e, ao meu sempre companheiro e cúmplice *Ricard,* pelo otimismo, abnegação e amor de quem roubei tempo e inspiração para mais esta conquista.

“Só é útil o conhecimento que nos faz melhores”.

(Sócrates, 469 a.C.–399)

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por sua presença eterna em minha vida, que iluminou meu caminho nos momentos mais difíceis.

À querida orientadora e hoje amiga Dra. Angela Elizabeth Lapa Coêlho, por sua dedicação, incentivo, atenção, disposição e sugestões significativas recebidas, meu respeito e admiração, um exemplo de profissional e de pessoa.

Ao mestre, Dr. Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior, precursor da Saúde Mental no Estado de Mato Grosso do Sul, por sua compreensão e contribuição valiosa no meu crescimento profissional.

À amiga e companheira Bethânia que esteve sempre do meu lado, não medindo esforços no desafio desta trajetória.

Às minhas alunas do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que incansavelmente colaboraram na coleta de dados e que tornaram mais fácil e alegre esta caminhada. Pessoas capazes, hoje profissionais sensíveis e competentes, meu carinho e amizade (Fran, Bethânia, Érica, Márcia e Flávia).

À Santa Casa que abriu as portas para a realização deste trabalho, confiando em minha ética e profissionalismo.

Às colegas do Serviço de Psiquiatria, em especial a Eliane e Cidinha que colaboraram na coleta de informações nos arquivos.

À amiga Maria Lívia que me incentivou para iniciar o mestrado.

Ao professor Dr. Michael Robin Honner, pela colaboração e apoio dedicados na estatística da pesquisa.

À Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) pelo apoio e incentivo durante esses anos.

Aos professores do Mestrado que forneceram a base para este aprendizado.

Aos familiares e egressos do Hospital-Dia de Psiquiatria, que permitiram a realização deste trabalho, abrindo as portas de seus lares e confiando que esta pesquisa possa beneficiá-los futuramente.

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Esta pesquisa procurou caracterizar o perfil sóciodemográfico e clínico do portador de doença mental assistido pelo Hospital-Dia de Psiquiatria da Santa Casa, Campo Grande, MS, no período de 1996 a 1998. A análise da evolução da assistência ao portador de doença mental revelou as dificuldades e preconceitos encontrados pelo paciente e seus familiares. Também retratou os benefícios trazidos ao paciente e à sua família com a inserção social e a humanização das instituições. Cinqüenta e duas famílias participaram do presente estudo, todas residentes em Campo Grande. Os dados sóciodemográficos e clínicos foram coletados por meio de um questionário construído pela autora especialmente para tal. Os resultados revelaram que a clientela mais freqüente atendida pelo Hospital-Dia é de pacientes crônicos, solteiros, em idade jovem, predominando o diagnóstico clínico de esquizofrenia. Houve uma equivalência entre o número de homens e mulheres atendidos na instituição. Um dado preocupante é que apenas 21,15% dos egressos encontravam-se empregados. Esse dado indica que, muito embora, os pacientes não estejam mais internados, numa instituição psiquiátrica tradicional, a sua inserção social, ainda é precária. Outro aspecto a ser considerado é a alta freqüência de pacientes crônicos, o que poderá estar causando uma sobrecarga para os familiares que os assistem. É importante que se conheça o perfil sóciodemográfico e clinico dos pacientes atendidos pelo Hospital-Dia, a fim de que as estratégias de atendimento a serem desenvolvidas na instituição sejam norteadas por essas informações, o que poderia contribuir para uma melhor eficácia.

Palavras-chave: egresso - portador de doença mental - família - hospital-dia

ABSTRACT

This study tried to characterize the social-demographic and clinical profile of the patients who attended the psychiatric day-hospital at Santa Casa, Campo Grande, MS, during the period from 1996 till 1998. The analysis of the assistance provided to these patients, revealed the difficulties and discrimination found by him/her and the family. This analysis also showed the benefits brought to the patient and the family by the social insertion and a more humane assistance. Fifty-two families participated in the present study, all residents in Campo Grande. The socio-demographic and clinical data were collected through a questionnaire. The results showed that the clientele most frequent at the day hospital was of chronic patients, single, at young age, and predominated the clinical diagnostic of schizophrenia. The number of men and women were even at the institution. A preoccupying data were that only 21.15% of the patients were employed. These data could indicate that although the patients were not any more in a traditional psychiatric institution, their social insertion is still precarious. Another aspect to be considered is the high frequency of chronic patients; this fact could be causing an overload to the patients´ caregivers. It is important to know the socio-demographic and clinical profile of the patients at the day-hospital, because attendance strategies to be developed in the institution could be guided by this information, and this it could contribute to a better effectiveness of these strategies.

Keywords: former patient - mental health patient – family - day-hospital

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Programação do Hospital-Dia..... 42
Tabela 2: Distribuição da freqüência dos motivos para não inclusão do egresso na pesquisa..... 49
Tabela 3: Distribuição da freqüência segundo o diagnóstico do egresso 50
Tabela 4: Distribuição da freqüência segundo a idade que descobriu a doença..... 50
Tabela 5: Distribuição da freqüência segundo a idade do egresso na época da pesquisa..... 51
Tabela 6: Distribuição da freqüência segundo a religião dos participantes..... 51
Tabela 7: Distribuição da freqüência da ocupação dos participantes segundo o sexo..... 52
Tabela 8: Distribuição da freqüência segundo a escolaridade e sexo dos participantes..... 52
Tabela 9: Distribuição da freqüência dos egressos segundo o estado civil..... 53
Tabela 10: Distribuição da freqüência segundo o grau de parentesco do membro que participa ou participou diretamente do tratamento..... 53
Tabela 11 Distribuição da freqüência segundo o grau de parentesco do membro familiar que participou da pesquisa..... 54
Tabela 12: Distribuição da freqüência segundo a primeira ajuda procurada na 1ª crise..... 55
Tabela 13: Distribuição da freqüência segundo o local de internação, quando necessária, na primeira crise..... 55
Tabela 14: Distribuição da freqüência segundo o tempo da 1ª internação 56
Tabela 15 Distribuição da freqüência segundo a permanência no Hospital-Dia durante a primeira admissão dos egressos..... 56

Tabela 16: Distribuição da freqüência segundo o motivo de admissão no Hospital-Dia..... 57
Tabela 17: Distribuição da freqüência segundo o tipo de atendimento profissional recebido no Hospital-Dia..... 57
Tabela 18: Distribuição da freqüência segundo as atividades realizadas no Hospital-Dia..... 58
Tabela 19: Distribuição da freqüência dos egressos segundo a realização atualmente de algum tipo de tratamento ou não..... 58
Tabela 20: Distribuição da freqüência segundo o tipo de tratamento realizado atualmente..... 59
Tabela 21: Distribuição da freqüência segundo o conhecimento familiar sobre a patologia do egresso..... 59
Tabela 22: Distribuição da freqüência segundo o conhecimento do egresso sobre a sua doença 59
Tabela 23: Distribuição da freqüência segundo os comportamentos do paciente em crise, percebidos pelos familiares..... 60
Tabela 24: Distribuição da freqüência segundo as atividades realizadas após alta do Hospital-Dia..... 61
Tabela 25: Distribuição da freqüência segundo a diferença entre o tratamento oferecido no Hospital-Dia e outro que realizou..... 61
Tabela 26: Distribuição da freqüência segundo as diferenças encontradas..... 62
Tabela 27: Distribuição da freqüência segundo a melhora ou piora no comportamento do paciente após o tratamento no Hospital-Dia..... 62
Tabela 28: Distribuição da freqüência segundo os tipos de melhoras que os familiares perceberam no paciente..... 63
Tabela 29: Distribuição da freqüência segundo a posição de moradia do egresso..... 63
Tabela 30: Distribuição da freqüência segundo a aceitação do paciente pelos moradores da casa..... 64

Tabela 31: Distribuição da freqüência segundo as ameaças de novas internações quando a família acredita ser necessário..... 64
Tabela 32: Distribuição da freqüência segundo a prática de atividades de lazer..... 64
Tabela 33: Distribuição da freqüência segundo o tipo de atividade de lazer 65
Tabela 34: Distribuição segundo a freqüência da atividade..... 65

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 15

INTRODUÇÃO 17

1 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL . 17

1.1 A CRIAÇÃO DAS IRMANDADES EM PORTUGAL..... 17

1.2 O SURGIMENTO DAS IRMANDADES NO BRASIL..... 19

1.3 A INSTALAÇÃO DOS MANICÔMIOS..... 21

1.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL..... 23

2 - ALTERNATIVA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL: O HOSPITAL-DIA 31

2.1 O SURGIMENTO DO HOSPITAL-DIA..... 31

2.2 O HOSPITAL-DIA COMO FORMA DE TRATAMENTO..... 34

2.2.1 O PERFIL DO PACIENTE DO HOSPITAL-DIA..... 37

2.3 A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DA SANTA CASA DE CAMPO GRANDE..... 38

3 - OBJETIVOS 44

3.1 OBJETIVO GERAL..... 44

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 44

4 - MÉTODO 45

4.1CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES..... 45

4.1.1 AMOSTRAGEM..... 45

4.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES..... 45

4.3 INSTRUMENTO..... 46
4.4 RECURSOS HUMANOS..... 47
4.5 PROCEDIMENTOS..... 47

5 - RESULTADOS 49

6 - DISCUSSÃO 66

CONSIDERAÇÕES FINAIS 75

REFERÊNCIAS 77

APÊNDICES 82

APRESENTAÇÃO

Cada vez mais se busca o aprofundamento dos estudos em saúde mental, visando ao aprimoramento de estratégias de atendimento que contribuam para a "desasilação" do portador de doença mental, com a conseqüente melhora das perspectivas de recuperação para ampliação de sua competência social.

No passado, a modalidade de tratamento do portador de doença mental em estabelecimentos fechados, as chamadas instituições totais, constituía-se na visão da época a forma mais adequada. Entretanto, com o surgimento de novos conhecimentos e de novas alternativas de atendimento como as comunidades terapêuticas, centros de atenção psicossocial, hospitais-dia, dentre outras, não mais se justificam as internações duradouras.

Uma das formas substitutivas para as longas internações foi a criação da hospitalização parcial com várias estratégias diferentes, ampliando o serviço de hospitalização parcial para diversas patologias e populações, pois não é uma modalidade terapêutica exclusiva da psiquiatria, porém mais freqüente no Brasil nesse tipo de atendimento, cujo objetivo é diminuir o afastamento com o meio e preservar os vínculos sociais, afetivos, familiares e a identidade do portador de doença mental, possibilitando assim, sua reintegração na família e na comunidade na qual vive.

O Hospital-Dia de Psiquiatria da Sociedade Beneficente de Campo Grande, criado em 1984, instituição na qual foi realizada a pesquisa, desenvolve suas atividades na linha de hospitalização parcial desde então, associado a uma unidade psiquiátrica em hospital geral e que em função de suas características também tem servido de instância intermediária entre a hospitalização integral e o atendimento ambulatorial.

O presente trabalho visa caracterizar o perfil sóciodemográfico e clínico do portador de doença mental que é atendido no Hospital-Dia, por meio de dados sóciodemográficos, clínicos e psicossociais. Cabe ressaltar que a autora participa da equipe técnica do Hospital-Dia do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa desde

a sua fundação até os dias atuais. Tal fato motivou a escolha do tema da pesquisa.

INTRODUÇÃO

1 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL

Durante o século XX, a humanidade assistiu a grandes conquistas em todas as áreas, incluindo a ciência médica. Muitos métodos tradicionais passaram por transformações, seja com o auxílio de novos medicamentos, seja por novas tecnologias terapêuticas. Por outro lado, o próprio saber humano evoluiu devido à vários fatores como: o avanço das especialidades da medicina, os medicamentos e a urgência de maior compreensão do homem pelo homem. A conseqüência desse conjunto de fatores foi a necessidade de as pessoas buscarem o conhecimento umas das outras, bem como de seus males, e, então, dominar as doenças e planejar o futuro, na esperança de conseguir um modo mais saudável de vida para as gerações futuras.

A assistência psiquiátrica progrediu, definindo outros meios de tratamento, libertando-se do binômio asilo/consultório, até então, os dois instrumentos de atendimento ao portador de doença mental. O médico deixou de ser o único profissional a lidar com os doentes. Surgiram a equipe multiprofissional e o modelo de semi-internação, os chamados hospitais-dia e finalmente a tentativa de inserção da família nesse processo. Historicamente, as primeiras propostas de assistência aos portadores de doença mental iniciaram-se com o desenvolvimento das Irmandades de Misericórdia.

1.1 A CRIAÇÃO DAS IRMANDADES EM PORTUGAL

Nos relatos de Serrão (1998) em 15 de agosto de 1498, a rainha D. Leonor de Lencastre, viúva de D.João II, funda a maior obra de benemerência nascida em Portugal, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que se fixou na capela de Nossa Senhora da Piedade da Sé, catedral de Lisboa. Seus objetivos

fundamentais eram a salvação da alma e a caridade aos enfermos, pobres, órfãos e presos, defendendo a idéia de que todos os homens são filhos do mesmo Deus criador. Essa idéia contribuiu para a expansão de novas irmandades ou confrarias em outros povoados do Reino e também nas regiões conquistadas. A assistência principal relacionava-se com as orações coletivas em torno da salvação da alma, acreditando-se que isso garantiria o futuro após a morte, sendo o cuidado médico secundarizado.

Em linhas gerais, destacam-se as práticas de caridade através dos tempos, como assistência aos doentes pobres, porém, o portador de doença mental era socialmente ignorado pela assistência, visto como marginal, por causa do seu comportamento inadequado e pela violência que às vezes fazia-se notar. A ignorância a respeito do tema contribuía para essa postura equivocada por parte da sociedade.

Verificou-se então que o comportamento de algumas pessoas e suas manifestações não eram voluntários. Mas, por interesse e necessidade econômica centrada na produção rural e manutenção da ordem social, os portadores de doença mental eram levados ao campo para trabalhos forçados, amontoados em prisões, nos porões das Santas Casas, sem assistência médica, tratados como os marginais da época. Como relata Resende (2000), nos primeiros tempos, o portador de doença mental foi vítima do trabalho escravista do Estado.

Guimarães Sá (1997) ressalta para a história as principais misericórdias fundadas durante aquele período como: a Misericórdia de Açores, de Angra, de Goa e da Bahia. Com o passar dos tempos, a caridade aos pobres começou a ser capitalizada politicamente para a conquista do poder e não como ensinamento cristão.

As Misericórdias, frutos de irmandades, igrejas, confrarias, albergarias e pequenos hospitais combatiam outras instituições locais a fim de fortalecer seus privilégios diante da coroa e eficácia frente às outras que surgiam. Entretanto, as divergências entre os grupos de dentro das Misericórdias contribuíram para o declínio de muitas. Algumas sofreram abalos naturais como: terremoto, incêndio; outras declinaram devido a problemas administrativos com mudanças dos

compromissos, mudanças de provedores, a guerra civil, divergências políticas, mas algumas sobreviveram a todas as crises, destacando-se a Misericórdia de Lisboa, que se tornou uma instituição particular de utilidade pública.

Atualmente, no exercício das altas funções, como provedora está a Dra. Maria do Carmo Romão, licenciada em Direito e alta funcionária do governo de Portugal (SERRÃO, 1998).

1.2 O SURGIMENTO DAS IRMANDADES NO BRASIL

Segundo Guimarães Sá (1997), a maior parte das Misericórdias brasileiras que se expandiram na Idade Moderna não conservou a documentação para o período contemporâneo. A maioria dos autores considera a Misericórdia de Santos como sendo a primeira Santa Casa da colônia. Segundo Figueiredo (2000), ela foi fundada em 1543, por Brás Cubas, mas, dentre elas apenas a da Bahia e a do Rio de Janeiro parecem ter documentos remanescentes para o período estudado. Logo após a criação dessas Irmandades, foram criados vários hospitais como base assistencial da colônia e, mais tarde, como espaço de treinamento para a formação dos primeiros médicos brasileiros.

A partir do século XVIII, observou-se que a Santa Casa da Bahia reservava acomodações para os portadores de doença mental, servindo de exemplo para outras Santas Casas no Brasil com o passar do tempo. No entanto, o primeiro registro de internação de um portador de doença mental no Brasil aconteceu na Santa Casa de São João Del Rey, Minas Gerais, em 1817 (FIGUEIREDO, 2000).

Guimarães Sá (1997) descreve também que os interesses particulares eram defendidos no interior da Misericórdia, porém não comprometia o exercício das obras de caridade, pois é esse o papel que justifica a importância e a autonomia da Misericórdia da Bahia na assistência à população. Isso motivou as elites a tentar se apropriar da Misericórdia, pois a importância política local parecia reforçar esse resultado.

A Misericórdia da Bahia entrou em decadência na segunda metade do século XVIII, devido a endividamentos, empréstimos de dinheiro entre os irmãos da Irmandade, resultando em confrontos internos que projetavam os conflitos da sociedade colonial brasileira.

Segundo Medeiros (1999), a ocupação de enfermarias das Santas Casas por portadores de doença mental é a primeira fase da psiquiatria hospitalocêntrica no Brasil, pois devido à demanda, ocorria rapidamente a superlotação, e muitos desses pacientes acabavam por dividir as prisões com os arruaceiros e criminosos, não fugindo dos maus tratos distribuídos a todos sem distinção.

De acordo com Resende (2000), nessa época, a característica central da vida econômica da colônia voltava-se para o trabalho servil, repudiado por preconceito ou inexistência de empregos disponíveis, por uma categoria que não era nem proprietária e nem mais escrava. Isso polarizou a vida social do Brasil-Colônia entre dois extremos. De um lado, uma minoria de senhores e proprietários e, de outro, a multidão de inadaptados, mestiços e desocupados, que se misturavam aos loucos e criminosos pelas ruas. O elevado contingente de pessoas ociosas abalou a ordem social e o crescimento econômico da época.

Segundo Resende (2000, p.35):

> A solução parece simples: remoção dos elementos perturbadores, num primeiro estágio, e sua reeducação para o trabalho, pelo trabalho num segundo tempo. A loucura que se exteriorizava por comportamentos que, do ponto de vista das necessidades da economia e do convívio social assimilam o louco aos outros desadaptados, será arrastada na mesma trajetória destes últimos; numa primeira fase.

A Santa Casa do Rio de Janeiro também acolheu alienados até a instalação do Hospício de Pedro II, em 1852, com capacidade para 350 pacientes. Porém, pouco mais de um ano após a inauguração, a lotação estava completa. Essa rápida superlotação incentivou a abertura de vários asilos em curto espaço de tempo, tendência constante ao longo de toda a história da assistência psiquiátrica até os tempos recentes (RESENDE, 2000).

As famílias mais abastadas escondiam seus doentes em quartos ou construções anexas especialmente construídas com essa finalidade e se violentos

eram contidos ou amarrados. Hoje, o mais abastado é internado em clinicas de repouso e os menos favorecidos internados em instituições públicas.

1.3 A INSTALAÇÃO DOS MANICÔMIOS

Nos séculos XIV e XV, a loucura era o combustível das fogueiras da Santa Inquisição. Segundo Szasz (1978, p.19):

> [...] os homens acreditavam que algumas pessoas eram feiticeiras, e que alguns atos eram devidos à feitiçaria. No século XX, os homens acreditam que algumas pessoas são insanas, e que alguns atos são devidos à doença mental.

Surgiram, naquela época, diversos tratados sobre bruxaria, que eram utilizados como guias para os juízes dos tribunais da Santa Inquisição, reconhecidos hoje como verdadeiros manuais de psicopatologia (FIGUEIREDO, 1988).

Como relata Szasz (1978), o indivíduo que difere de seus semelhantes, que perturba a ordem social familiar ou da comunidade na qual vive, é muitas vezes condenado como insano, o que na verdade acontecia com as feiticeiras, e pessoas condenadas porque fugiam às regras regidas pela sociedade, sendo essas as bases para a caracterização como pessoas insanas.

Segundo Nunes Filho, Bueno e Nardi (1996), o século XVII é o período de transição da dependência irracional e crenças à aplicação de métodos científicos. Como também relata Szasz (1978), a transformação de uma ideologia religiosa para uma ideologia científica. Pois, deixava-se o caráter de ação caritativa utilizado pelos cristãos ao longo da história para a instituição, enquanto instrumento terapêutico adequado à época para o tratamento dos portadores de doença mental.

Com o início da industrialização nos séculos XVII e XVIII, houve grandes avanços culturais e científicos principalmente nas áreas da anatomia, fisiologia e da microbiologia, inserindo a psiquiatria nesses círculos. Isso fez com que a visão médica voltasse para o portador de doença mental. Nesse período, considerava-

se a doença mental como provocada por um distúrbio físico, prescrevendo tipos especiais de tratamento como banhos gelados.

A origem do asilo e a constituição do saber médico são tidas como um dos resultados do movimento de transformações sociais e institucionais ocorridos na Europa em fins do século XVIII (LUIS, 2000, p.17). Segundo Costa e Koda (1999), em meados do século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, surge uma série de experiências e transformações na assistência psiquiátrica, buscando uma nova forma de atendimento ao paciente e uma ruptura com o modelo asilar tradicional, considerado cruel e inadequado. Naquela época, o hospital era visto não apenas como uma fase do tratamento, mas como o próprio tratamento, a única opção assistencial, com grande resistência a mudanças.

No Brasil, após a instalação do Hospício de Pedro II em 1852 no Rio de Janeiro, outros surgiram, como em Recife o Hospício da Tamarineira em 1861, o Hospício Juquerí em São Paulo, em Salvador em 1874, e em Porto Alegre em 1884. Também foram organizados os primeiros asilos e hospitais-colônias instalados nas capitais, por iniciativa do poder público e das Santas Casas, com o objetivo de isolar os pacientes, conduta também presente na Europa e na América do Norte. Resende (2000) relata que se inicia a classificação do comportamento do portador de doença mental como inadaptável aos limites da liberdade burguesa, construindo-se os asilos fora da cidade.

Assim, pode-se observar que as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em resposta à ameaça à ordem social da época do Brasil-Colônia, na qual a solução era excluir o portador de doença mental. Nos dias de hoje, ainda a prática de essa tendência asilar acontece, seja por familiares, comunidade e/ou sociedade.

Segundo Figueiredo (1988), a função mais importante no início dos manicômios no Brasil foi de proteção social e, eventualmente, curativas, e também pela transformação social por que passava o Brasil no 2º reinado. Com o aumento das internações para a manutenção do controle social e da ordem nos núcleos urbanos, iniciou-se o problema da superlotação nos hospícios.

Mais uma vez, verifica-se a utilização de instituições como uma ferramenta para solução de problemas econômicos e sociais, tendo como foco o interesse do meio e não do doente.

Em 1889, a instituição psiquiátrica é criticada pelo jovem psiquiatra Franco da Rocha, quando passou a fazer parte do corpo clínico do Hospício Juquerí em São Paulo, devido ao modelo arcaico e superado, adotado pela instituição. Ele propôs a clínica e o tratamento ao portador de doença mental, sendo considerado o “nosso Pinel”, na época, segundo Figueiredo (1988). Porém, a exclusão social do portador de doença mental permanece.

De acordo com Medeiros (1999), a história da assistência psiquiátrica hospitalocêntrica no Brasil segue seu curso com a criação dos primeiros sanatórios particulares. Em 1936, Ulysses Pernambucano inaugura o “Sanatório” Recife, Luiz Cerqueira em 1943, funda em Salvador o “Sanatório Bahia”. Porém, a psiquiatria no nordeste inicia outra identidade com Ulisses Pernambucano fundando a psiquiatria social no Hospício da Tamarineira do qual era diretor, hoje, Hospital Ulysses Pernambucano (BASTOS, 2002; CERQUEIRA, 1989). As suas propostas estavam voltadas para os conhecimentos biológicos e idéias sociológicas, começando assim o processo da reforma da assistência psiquiátrica em seu Estado, com o funcionamento do Serviço Aberto, já com a finalidade de evitar internações, o que culminou com o início das primeiras mudanças da assistência aos portadores de doença mental no país.

1.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil surgiu com o início da anistia, no fim da ditadura militar, entre os últimos anos da década de 70 e início da década de 80, impulsionado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que apresentava propostas de reformulação do sistema assistencial psiquiátrico, devido à denúncia por causa de irregularidades em unidades hospitalares, de condições precárias de trabalho, no Rio de Janeiro, e refletida na assistência prestada à população.

Segundo Luis (2000), as denúncias de irregularidades nos hospitais psiquiátricos sempre ocuparam espaço considerável nos principais veículos de comunicação do país, provocando grande impacto, obrigando órgãos públicos a tomar providências.

Inicialmente, a proposta do MTSM foi a transformação da assistência psiquiátrica e a reivindicação de direitos trabalhistas. Com isso, seus integrantes passaram a articular encontros, reuniões com trabalhadores da área de saúde mental, associações de classe, visando à transformação técnico-assitencial da saúde mental, ou seja, dos hospitais psiquiátricos.

De acordo com Amarante (1998), em 1978, os gestores do MTSM participaram do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos no Rio de Janeiro, no qual contaram com a presença dos principais mentores da Rede de Alternativas à Psiquiatria Democrática Italiana dentre eles, Basaglia, Guattari, Goffman entre outros.

Nessa oportunidade, Franco Basaglia proferiu conferências em universidades, associações, fazendo pesadas acusações contra os psiquiatras, colocando sob suspeita o papel social desses profissionais o que influenciou o pensamento crítico do MTSM, fortalecendo o movimento e servindo como referência para a reforma psiquiátrica no Brasil.

No ano seguinte foi realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, surgindo a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde, em busca da democracia, fortalecimento dos sindicatos e maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela prática da política nacional de saúde mental. Dando continuidade a esse movimento, outros encontros nacionais dos Trabalhadores de Saúde Mental foram realizados em diferentes Estados do Brasil.

A partir dessas primeiras discussões públicas, inicia-se um processo de mudanças na política da assistência psiquiátrica do Estado, critica-se o modelo assistencial como ineficiente e cronificador em relação ao atendimento ao portador de doença mental, porém, não foge às críticas dos setores privados e conservadores da sociedade que querem a manutenção da psiquiatria clássica e/ou indicam pontos questionáveis na nova proposta assistencial.

Segundo Amarante (1998), na década de 80, cria-se uma nova modalidade nas políticas públicas de saúde, denominada de co-gestão, visando estabelecer a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos psiquiátricos, mais descentralizado e dinâmico. Os grandes hospitais são transformados em áreas fundamentais para mudanças e inicia-se a abertura de suas portas e a ampliação da atenção ambulatorial, desestimulando as internações e incentivando a atuação da equipe multiprofissional.

Cria-se então o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária pelo Decreto nº 86.329 de 02 de setembro de 1981, (CONASP), Esse Conselho tinha o objetivo de ampliar em âmbito nacional as experiências da co-gestão por meio de um plano geral para a saúde previdenciária, que promovia a redução do número de internações e do tempo de internação, expansão do trabalho ambulatorial entre outros.

Essa trajetória do movimento da reforma psiquiátrica, passando por tantos projetos, decretos-lei, experiências regionais, influenciou a abertura de alternativas de modelos extra-hospitalares como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), lares protegidos e hospitais-dia. A aplicação dessas novas estratégias iniciou-se em São Paulo, no fim da década de 80, o que levou a transformação de muitos serviços no país.

Atualmente, pode-se observar que houve reformas na assistência ao portador de doença mental, proporcionando melhores perspectivas de atendimento nos hospitais psiquiátricos, ultimamente mais humanizados. Como relata Oliveira (2000), a reforma psiquiátrica é um processo em construção no Brasil, com novas possibilidades de atendimento.

A I Conferência de Saúde Mental, realizada no Brasil em 1987, enfatizou a prioridade de sistemas extra-hospitalares e reafirmou a importância do trabalho em equipe multiprofissional. Discussões realizadas nessa conferência fomentaram a criação do Projeto Paulo Delgado concretizado pela lei nº 3.657/89, de 12 de setembro de 1989, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, proibindo a construção de novos hospitais públicos e estimulando a elaboração de planos estaduais e municipais pela desospitalização. Esse projeto trouxe à tona muitas

discussões polêmicas e críticas por parte de muitos profissionais, hospitais privados e da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que apoiavam o sistema extra-hospitalar como complemento da assistência hospitalar e não assistência excludente.

Diante dessa nova proposta, originaram-se dois grupos distintos, um de profissionais e psiquiatras contrários à reforma psiquiátrica e outro de profissionais e psiquiatras favoráveis ao projeto.

Os profissionais contrários às mudanças apontaram para a necessidade de uma reflexão mais profunda sobre os serviços e as reformulações da lei e dos serviços em si, questionando se a sociedade brasileira estaria preparada para receber o portador de doença mental, uma vez que muitos ficariam nas ruas. Como relata Zusman (1992), é primordial criar uma nova mentalidade junto à sociedade e também a criação de uma alternativa real de assistência psiquiátrica, com o cuidado para que o interesse econômico não se sobrepusesse à preocupação com o ser humano. Muitas vezes, a família não está preparada e disposta para receber esse paciente.

A maioria dos portadores de doença mental institucionalizados por muito tempo é pacientes crônicos e dependentes em muitos aspectos, por isso não conseguem a autonomia por meio de um trabalho, conquista de moradia, enfim viver com seus próprios recursos. Daí a necessidade de uma rede de serviços comunitários equipados e integrados, prestando-lhes assistência. Zusman (1992) afirma a necessidade de um trabalho contínuo para substituir o abandono a que esses pacientes ficam relegados.

Questões foram levantadas e discutidas em relação ao propósito da desinstitucionalização, para que os legisladores fossem fundamentados no conhecimento científico do problema para melhor solucioná-lo. Para Gentil Filho (2001), os projetos de lei hoje no Legislativo são incompatíveis com os conhecimentos atuais e necessitam de reformulações, pois não houve a convocação de profissionais da área, faltando a vivência e o conhecimento desses legisladores para a elaboração de um projeto mais completo. Esse mesmo autor afirma ainda que o fechamento do hospital psiquiátrico agride os direitos

humanos, já que se proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos como um equipamento médico.

Sampaio (2000 apud JORGE, SILVA & OLIVERIA, 2000), também relata que as propostas não têm base técnica e nem científica, pois mesmo sem a aprovação efetiva da reforma psiquiátrica pelo Senado, ocorrida em maio de 1997, um balanço trazido pela mídia apontava a existência de 3 mil serviços alternativos à hospitalização no Brasil para o tratamento do transtorno mental.

Outra questão levantada refere-se à fonte e recursos para o atendimento adequado que propõe a lei. De acordo com Gentil Filho (2001), a argumentação econômica tem sido utilizada de forma enganosa e necessita ser efetiva em sua aplicação, pois apenas os recursos advindos do fechamento dos manicômios não garantem uma boa assistência psiquiátrica. É necessário investir na saúde mental, em ambulatórios de saúde mental, para atender às necessidades do portador de doença mental, pois é primordial investir na prevenção da doença.

Há necessidade de um melhor planejamento, uma estrutura assistencial adequada para a criação de outras alternativas e melhora na assistência médica e não-médica, qualificação das equipes de profissionais, para que esses novos meios não se tornem outros depositários de pacientes, e nem fachada de uma instituição aberta, sem possibilidades de promover a reabilitação do paciente.

Já os profissionais favoráveis, defendiam a determinação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de “[...] assegurar o respeito dos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e de promover a organização de serviços que garantam seu cumprimento [...]” (RIBEIRO & FELIPE, 2000, p.44). Acreditavam também que a reforma promoveria a cidadania, oferecendo assistência baseada em preceitos éticos e humanos. Criticavam a assistência mantida pelos hospitais psiquiátricos, descrevendo que nos dois últimos anos morreram nos hospitais psiquiátricos brasileiros 3.222 pessoas, e que 30 mil leitos psiquiátricos são ocupados pelo mesmo paciente aproximadamente por cinco anos. Esses dados demonstram que o hospital psiquiátrico funcionaria mais como porta de entrada do que de saída, daí a necessidade da substituição gradativa do procedimento de internação hospitalar pela adoção e o desenvolvimento de ações extra-hospitalares.

Independente das posições, a criação de tal polêmica provocou uma discussão em âmbito nacional a respeito da assistência oferecida ao portador de doença mental.

A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil se fortalece, pois foram criados novos dispositivos de atenção à saúde mental, revistas as legislações que envolvem os portadores de doença mental, ampliaram-se as produções cientificas, aprofundando-se os conhecimentos por parte dos psiquiatras, do Ministério da Saúde, entre outros envolvidos.

A partir de 1990, uma nova política é proposta, coordenada pelo próprio Ministério da Saúde, financiando novos dispositivos para a assistência ao portador de doença mental. Como exemplo desses novos dispositivos têm-se a rede de assistência extra-hospitalar, abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e instituições com fiscalização e regras mais rígidas para o funcionamento dos serviços hospitalares psiquiátricos (ALCÂNTARA, 1999).

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília em 1992, foi abordada a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Esse tema foi discutido por usuários, familiares, trabalhadores da área de saúde mental e outros membros da sociedade envolvidos nessa questão. De acordo com Alcântara (1999), dessa discussão surgiu a recomendação da criação de uma Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, contando com a representação de entidades de familiares e usuários e de conselhos profissionais da área de saúde, que passariam a ser responsáveis pelo estabelecimento das diretrizes da política nacional de saúde mental a partir de 1994.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, em Brasília, cujo tema foi “Cuidar sim, excluir não”, foi apontada a substituição dos manicômios pelos ambulatórios. Nessa conferência, estimou-se que o Brasil possuía em torno de 60 mil leitos psiquiátricos e dos 295 serviços ambulatoriais existentes no país, circulavam menos de 400 mil pacientes, o que era pouco, visto que o país possuía mais de quatro milhões de brasileiros com transtornos mentais severos e persistentes, sem receber tratamento algum (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Verifica-se um avanço na criação de organizações familiares, associações, assumindo um papel relevante no contexto político social, diminuindo o número de hospitais psiquiátricos. Houve o aumento do número de implantações de hospitais-dia e centros de atenção psicossocial em vários Estados. Ainda hoje, os avanços continuam, mas com menor intensidade.

Segundo Figueiredo (2000) e Gentil Filho (2001) no Brasil existe uma defasagem em relação ao mundo desenvolvido quanto à assistência psiquiátrica, sendo necessária à reforma do modelo assistencial, visto que a lei vigente data de 1934 e quanto às diferenças encontradas na rede pública de assistência hospitalar entre os Estados e regiões, que Figueiredo (2000) denomina de descompassos entre os mesmos, tanto cultural, como econômico e social.

Isso faz com que muitos hospitais psiquiátricos se tornem “regionais” pela escassez em sua região adjacente. Esse fenômeno, além de prejudicar a qualidade do serviço hospitalar, seja pela dificuldade de continuidade do tratamento ou pela dificuldade de recursos face à ampliada demanda atendida com poucos e mal aplicados recursos, onera o paciente que nem sempre tem meios para se locomover e se tratar. O paciente deve ser tratado para preservar e possibilitar sua autonomia e independência pessoal diante da comunidade a qual pertence. Para Gentil Filho (2001), é necessário hospitais psiquiátricos capacitados e localizados estrategicamente como suporte a uma rede diversificada, não hospitalocêntrica.

Como relata Miranda (1998, p.439): “No hospital, ou fora dele, a garantia da assistência nunca se dará pelo espaço físico em si, mas pelo uso adequado da boa clínica que desenvolvemos junto aos pacientes que cuidamos”.

Segundo Ribeiro e Teixeira (1997), mesmo com essa transformação na assistência psiquiátrica arrastada por várias décadas, na qual o enfoque principal foi a atuação na estrutura física do manicômio e sua superlotação, seria necessário oferecer ao portador de doença mental um espaço social, visando assim à humanização do modelo psiquiátrico. Essa abordagem requer pensar na inserção social do portador de doença mental, em um suporte social para sua autonomia, local para morar, condições de subsistência, de tratamento medicamentoso adequado entre outros.

Todas as conferências realizadas até hoje, reformas, mudanças, transformações, fechamento de manicômios, não foram suficientes para se chegar a um denominador comum no Brasil. As propostas careceram de modelos tecnicamente eficazes e, na maioria das vezes, essas propostas estão arraigadas à política e a interesses econômicos. Esses obstáculos não impediram uma crescente avaliação da qualidade de assistência do serviço de saúde mental, com novos dispositivos de atenção à saúde mental, um trabalho revalorizado em relação aos fatores sócio-econômicos, culturais e sociais, como a humanização do serviço psiquiátrico, o engajamento familiar no tratamento do paciente e a tentativa da possível inserção social desses pacientes após alta. Segundo Amarante (1998), as doenças mentais estão entre as causas que mais incapacitam as pessoas para o trabalho. Daí a necessidade de se fazer cumprir o propósito de se cuidar bem dentro e fora do hospital psiquiátrico, para uma prática social transformadora e com resultados benéficos ao paciente.

2 - ALTERNATIVA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL: O HOSPITAL-DIA

2.1 O SURGIMENTO DO HOSPITAL - DIA

A concepção do trabalho de semi-internação iniciou-se na então União Soviética após a Grande Revolução Socialista de outubro de 1917. Segundo Raimundo e colaboradores (1994), o primeiro “hospital sem leitos” de que se tem notícia surgiu em 1933, em Moscou, e questões econômicas motivaram a sua criação, porém mudanças de ordem política e ideológica estariam implicadas também, já que o sistema de atenção extra-hospitalar expandiu-se na antiga União Soviética a partir da década de 60.

De acordo com Sluchevski (1960), também um grande número de ambulatórios neuropsiquiátricos possuía sistema de semi-internação, no qual os pacientes permaneciam desde manhã até a tarde, quando retornavam para casa. Mas, segundo Mira y Lòpez (1959), o precursor do hospital-dia foi o serviço psiquiátrico aberto, então denominado “sanatório aberto”. Esse autor enfatiza que os serviços abertos servem mais como estação “para fora”, dos convalescentes do serviço fechado do que de “passagem para dentro” dos pré-psicóticos.

Na França, Toulose cria o primeiro hospital-dia, no Hospital Henri-Rousselle, em 1922, no interior do asilo de Sainte-Anne, ocasionando uma reforma nas instituições públicas, com a criação de serviços abertos e a transformação dos asilos em hospitais psiquiátricos, atendendo pacientes que não necessitavam de internação (EY, BERNARD & BRISSET, 1978).

Cameron (s/d apud ARRUDA 1962) criou, em 1946, o mais conhecido hospital-dia no Allan Memorial Institute de Montreal, Canadá, e os precursores desse trabalho foram Woodall em 1935 e Bogle em 1938, que desenvolveram um programa que envolvia quatro fases. A primeira fase diz respeito à prioridade da escolha das atividades de conjunto, formação de grupos estruturados, originando fortes relações entre seus membros. Na segunda, trata-se da discussão e verbalização dessas atividades. As intervenções do corpo médico apoiando a

independência, a percepção dos acontecimentos e interações cotidianas no hospital-dia, fazem parte da terceira fase. A quarta fase trata do esforço para soluções realistas no campo do trabalho, da vida familiar e do desenvolvimento de novas formas para a rotina desses pacientes.

No relato de Arruda (1962, p. 213) encontra-se uma afirmação de Cameron: "... os doentes mentais não precisavam permanecer em leitos, hospitais, até ficarem completamente bons". Essa afirmação serviu como fundamento para o desenvolvimento dos hospitais-dia, que impediam o rompimento familiar e social, melhorando a conduta da família com relação ao hospital psiquiátrico e ao portador de doença mental. O autor comenta também que os portadores de doença mental podem ser tratados e voltarem à comunidade para um convívio social integrador. Para que isso aconteça, os requisitos da comunidade hospitalar devem ser semelhantes aos da vida cotidiana da pessoa, ter menos barreiras entre o hospital e o mundo externo; pois os pacientes devem continuar se sentindo pertencentes à sociedade, responsáveis por si, por suas ações e relações interpessoais e grupais.

Assim, observa-se a necessidade do hospital-dia integrado a um sistema assistencial, pois não tem caráter pejorativo, asilar. O paciente sente-se melhor em suas relações familiares, despertando maior expectativa de êxito, devido ao papel terapêutico da hospitalização parcial (ZUSMAN, 1995; SHIRAKAWA, 1998).

A assistência psiquiátrica progrediu, ampliando suas alternativas de tratamento e não permanecendo apenas com dois únicos instrumentos de tratamento, o asilo e o consultório. O médico deixou de ser o único agente profissional a lidar com os pacientes, pois a introdução de novas estratégias e o aumento do conhecimento científico fizeram surgir a equipe multidisciplinar.

Em 1954, surge o primeiro hospital-dia no Brasil, com a criação do Hospital Dia dos Comerciários de São Paulo. A partir de sua formação, várias experiências se reproduziram no país (ZUSMAN,1992; HERRERO & ZACRISON,1999).

A política de mais leitos que iniciada na década de 60 foi adotada pelos países desenvolvidos, porém não era a solução para os Estados pobres, devido à falta de apoio financeiro, político e de infra-estrutura para a comunidade atendida.

A princípio, o hospital-dia surgiu num momento de transição entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório, a fim de diminuir o fluxo de internação e a saturação ambulatorial, somente mais tarde reconhecido como instrumento de reabilitação (ZUSMAN,1992).

Segundo Zusman (1992), em 1961, Blaya cria, na clínica Pinel, o primeiro hospital-dia do Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre. No mesmo ano, o serviço de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto instala seu primeiro hospital-dia, coordenado pelo doutor David Azoubel Neto, considerado o primeiro hospital-dia psiquiátrico universitário do país, que durou até 1967. Reaberto em 1975, por José Onildo Contell, manteve-se até hoje, com uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatra, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo. Foi um serviço pioneiro na integração para a assistência e o ensino em psiquiatria, aliada a uma prática terapêutica de abordagem psicodinâmica, combinada com terapia psicofarmacológica.

De acordo com Cerqueira (1989), nos anos 70 surgiram novas propostas e a assistência psiquiátrica brasileira adotou o objetivo de manter o paciente na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo de trabalho, impulsionado pelos sintomas evidentes da época, de escassez de mão-de-obra. Nessa década, foi alocada a maior parcela do total de leitos-dia em psiquiatria, superando várias outras clínicas. O final dessa década coincide com o início do processo da reforma psiquiátrica no Brasil.

Segundo Botega (2002), várias mudanças ocorreram no início da década de 80, como os movimentos em defesa dos direitos civis e a introdução de novas idéias sobre a atenção psiquiátrica, trazidas da experiência de outros países como Itália, Inglaterra e Estados Unidos, como também o desenvolvimento da psiquiatria comunitária e de programas assistenciais alternativos.

A base que fundamenta o trabalho realizado no hospital-dia parte do princípio da integração da realidade dos pacientes e familiares. Na busca de mantê-los na rotina do hospital, frente à estrutura de organização, às regras preestabelecidas, aos horários e às atividades terapêuticas oferecidas e conduzidas no hospital, favorece sua reabilitação psicossocial. O propósito é a busca, ainda que lenta, do autocontrole, do reconhecimento de si próprio, de seu

espaço no hospital, na família e na comunidade na qual vivem, mas sempre amparados pelos profissionais de saúde. Para Arruda (1962), o progresso de melhora da saúde está essencialmente na realização ativa da rotina diária, com a reaquisição da possibilidade de viver a própria existência dos valores humanos e culturais.

Hoje, as políticas preconizadas para a saúde mental no Brasil estão vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) que desenvolvem ações de saúde extra-hospitalares, por meio de serviços ambulatoriais de saúde mental, serviços de especialidades como hospitais-dia, hospitais-noite, lares abrigados e outros. Com a atenção aos problemas de saúde mental, diversificaram os serviços no âmbito comunitário, assistência domiciliar e internação parcial, evitando ao máximo a internação integral (SILVA FILHO, 1995).

Houve um significativo aumento no número de ambulatórios de saúde mental, ampliação do quadro de recursos humanos, com a capacitação de profissionais visando à ampliação das alternativas terapêuticas e da concepção de hospital-dia, diminuindo o número de leitos psiquiátricos.

2.2 O HOSPITAL-DIA COMO FORMA DE TRATAMENTO

Diversos trabalhos apontam para a adoção do hospital-dia como forma de tratamento em psiquiatria em diversos países (KITCHEN et al, 2002; KILIAN et al, 2001; WALTON, 2002). No Brasil, essa forma de tratamento por meio da assistência oferecida pelo hospital-dia tem sido fonte de pesquisa para diversos estudos.

Em uma pesquisada realizada por Medeiros e colaboradores (1993) no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), é descrita a prática da comunicação terapêutica nos hospitais-dia com familiares dos pacientes. Esse estudo serve como um alerta aos profissionais da área de saúde mental, quanto ao saber escutar essas famílias e criar condições que possibilitam a fala dessas pessoas. Os profissionais devem perceber os diferentes modelos de famílias, com suas diferentes realidades e construções sociais do seu

dia-a-dia; e, também as diferentes representações de saúde/doença que cada uma poderá trazer, pois essas representações sociais de saúde-doença estão intimamente ligadas com as características sócioculturais de cada grupo. Outro aspecto relatado diz respeito à prevenção da cronicidade e restituição de um sentido para a vida, sendo fundamental o acolhimento adequado para as famílias dos pacientes de instituições como o hospital-dia, pois a recuperação deles está diretamente relacionada ao contexto familiar.

Banzato e colaboradores (1993) apresentaram um relato avaliativo sobre o primeiro ano de funcionamento do Hospital-Dia Dr. Cândido Ferreira da cidade de Campinas - SP. Nesse trabalho, discutem o posicionamento da instituição na região, sua organização interna, a interdisciplinaridade do trabalho em equipe, dados sóciodemográficos e psicopatológicos da população atendida, a fim de verificar a vinculação do paciente ao serviço e à efetividade do tratamento. Os resultados revelaram uma maior freqüência do paciente crônico ao tratamento, confirmando a indicação do hospital-dia para esses pacientes. Os autores ressaltam que o hospital-dia é um espaço intermediário entre a alta hospitalar e a volta à comunidade; isso contribuí para a redução do tempo de internação integral do paciente. Porém, salientam que o hospital-dia como espaço temporário de tratamento, isoladamente, não pode garantir a reintegração social, outros recursos são necessários, como centros de convivência e oficinas protegidas. Apontaram ainda para a necessidade de uma rede mais complexa, com pronto-socorro, leitos noturnos não-hospitalares, para lidar com a demanda familiar de internação dos pacientes agudos. Na pesquisa, ficou clara a enorme tensão familiar durante a tentativa de co-responsabilização pelo tratamento do paciente em crise.

Tapia e Contel (1996) realizaram uma pesquisa a respeito das experiências terapêuticas grupais ocorridas no hospital-dia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Os dados revelaram que essa alternativa nos dias atuais vem ao encontro da humanização da assistência à saúde mental e à reconstrução existencial de mundo do paciente. Funciona como uma realidade virtual para o paciente, em relação à realidade do convívio entre pessoas no seu cotidiano. O paciente tem a oportunidade de interagir nas atividades em comum, na família, no

trabalho e lazer, promovendo assim, a reintegração social e favorecendo a articulação verbal do mesmo. Evidenciou-se também a importância de se manter o elo das atividades domésticas (extra-hospitalar), com as atividades terapêuticas (intra-hospitalar), e desta forma reabilitar o paciente para organizar seu mundo externo.

Também o estudo de Oliveira (1995) aborda a atividade terapêutica, realizada por um grupo operativo no hospital-dia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) como alternativa de atendimento em saúde mental. Esse estudo descreve o processo grupal e seus momentos mais significativos. Relata que esses momentos podem ser delimitados em cronograma e que a história de um grupo terapêutico é descontínua devido a cortes, rupturas o qual pode sofrer. O papel do pesquisador nesse grupo é identificar e avaliar essas descontinuidades para recomeços e mudanças qualitativas.

Zusman (1992) realizou também uma pesquisa no hospital-dia do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre os pacientes que mais se beneficiaram do tratamento. O pesquisador chegou à conclusão de que os pacientes mais beneficiados foram os esquizofrênicos, com melhoras na socialização, na capacidade de ligação afetiva que conseguiram estabelecer, maior tolerância em relação ao tipo de frustração experimentado, devido à confiança criada na relação, sem que isso afetasse sua precária organização.

Lima e Botega (2001) desenvolveram uma pesquisa a respeito da importância da definição da função do hospital-dia e do tipo de clientela atendida. O estudo foi realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual de São Paulo (HD-UNESP). Esse é o primeiro estudo brasileiro a avaliar prospectivamente pacientes internados em um hospital-dia, ou seja, antes e depois da intervenção terapêutica. Os resultados revelaram que dentre os pacientes predominaram mulheres, jovens, sem vínculo conjugal, sem trabalho, com diagnóstico de transtornos afetivos e internações psiquiátricas prévias. Houve considerável incapacitação psicossocial dos pacientes e aqueles com internações prévias permaneceram menos tempo no hospital-dia, sendo que a média de duração das internações era de 74 dias. Os autores ressaltam a importância de se desenvolver mais estudos a respeito da função dessa

modalidade de atendimento e da clientela que é indicada para os hospitais-dia, uma vez que nos últimos anos o crescimento desse tipo de alternativa de atendimento para pacientes portadores de doença mental no Brasil foi expressivo.

Raimundo e colaboradores (1994) realizaram uma revisão de literatura, dos últimos cinco anos, a respeito do hospital-dia em psiquiatria, enfatizando vários aspectos, dentre eles o conceito, modelo, população-alvo e princípios de atendimento. Nesse estudo, foi identificada a subutilização de alguns hospitais-dia. Acredita-se que esse fato ocorra devido à opção da internação integral ainda estar muito arraigada na cultura do país, refletindo-se também nas atitudes dos profissionais, dos próprios pacientes e de seus familiares. Os autores ressaltam que para o funcionamento adequado do hospital-dia faz-se necessário que esteja inserido em uma rede de assistência com recursos de unidades de internação, prontos-socorros entre outros, além de ser fundamental a equipe multidisciplinar, viabilizando a melhora na qualidade da assistência oferecida que deve promover o tratamento tanto em nível coletivo como individual, contribuindo para a prevenção de futuros casos na família.

2.2.1 O perfil do paciente do hospital-dia

Entre as pesquisas realizadas com a temática do hospital-dia, algumas abordaram a questão do perfil dos egressos, dos profissionais bem como de instituições que prestam atendimento aos portadores de doença mental.

No estudo realizado por Andreoli e colaboradores (2001), identificando o perfil epidemiológico do paciente atendido na Seção Núcleo de Atenção Psicossocial V / SENAPS V, na cidade de Santos, SP, os resultados indicaram que a maior porcentagem de pacientes é mulher, com idade média de 47 anos, residente com a família original ou com a família conjugal, natural de Santos. O diagnóstico clínico predominante é o psicótico crônico, revelado pelo alto número de anos com sintomatologia e pelo número de internações já ocorridas. Os dados revelam que esse diagnóstico está associado a transtornos cardíacos e neurológicos, acarretando uma sobrecarga para aqueles que cuidam do paciente.

Quanto à equipe de saúde, essa sobrecarga se revela por uma maior necessidade de hospitalização diurna, em grupos psicossociais e outros.

Silveira e colaboradores (2001) realizam uma pesquisa sobre o perfil clínico e sóciodemográfico de pacientes com esquizofrenia de início recente, admitidos em serviço psiquiátrico do Hospital Água Funda em São Paulo. Procurou-se avaliar, retrospectivamente, os pacientes internados a partir de informações de prontuários. Os resultados revelaram que a porcentagem de pacientes masculinos com quadro agudo é baixa e que há uma maior prevalência de esquizofrenia paranóide. A maioria dos pacientes tem uma ocupação, sendo isso relevante para o atendimento prestado a eles. Os pesquisadores concluíram que o aumento do tempo de internação deve ser evitado, porque além de causar um maior desgaste para os pacientes e familiares, ainda onera o serviço público de saúde mental que já se encontra tão desgastado. Ressaltam ainda que o diagnóstico correto e precoce é de extrema importância, principalmente, para os pacientes com esquizofrenia catatônica, devido ao seu mau prognóstico.

Considerando-se as pesquisas realizadas sobre hospitalização parcial, fica evidente a sua importância e relevância, bem como a necessidade de ampliar e aprofundar os estudos com o intuito de articular meios para a inserção do portador de doença mental na sociedade, utilizando-se de alternativas como hospitais-dia, com suas vantagens e possíveis aplicações num processo contínuo de assistência ao paciente.

2.3 A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E DO HOSPITAL-DIA DA SANTA CASA DE CAMPO GRANDE.

Segundo Miranda Sá Júnior (1995) fundador e chefe do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa, o serviço iniciou-se em 1966, integrado aos pavilhões do hospital geral, sendo um dos pioneiros no Brasil. As internações eram feitas em enfermarias comuns. A cidade de Campo Grande, MS possuía 90 mil habitantes e contava com 90 médicos. O psiquiatra mais próximo encontrava-se

em Bauru, SP, ao norte, em Belém do Pará, ao sul, em Porto Alegre, RS ou ainda, na cidade de Coxabamba na Bolívia ou Buenos Aires na Argentina.

Miranda Sá Júnior (1995) veio para Campo Grande com o objetivo de inaugurar o Sanatório Mato Grosso. Naquela oportunidade, o diretor da Santa Casa, Dr. Arthur de Vasconcelos, o convidou para trabalhar no hospital e criar o Serviço de Psiquiatria da Santa Casa. A Santa Casa de Campo Grande passou a ser o primeiro hospital geral não-universitário a criar um serviço de psiquiatria. Esse serviço funcionou no antigo hospital por treze anos, diluído nas enfermarias gerais.

Com a inauguração da nova sede da Sociedade Beneficente de Campo Grande em 1981, o Serviço de Psiquiatria passou a ocupar as antigas instalações da Santa Casa. Por um lado, ocorreu um retrocesso pela separação física do serviço em relação ao hospital, pois os doentes que estavam integrados com os demais passaram a ficar separados. Por outro lado, possibilitou o desenvolvimento de uma unidade psiquiátrica, contando com ambulatório, unidade de internação composta de dois pavilhões: um masculino e um feminino, programas de ensino e posteriormente em 1984 também a fundação do primeiro Hospital-Dia da região Centro-Oeste, seguindo as diretrizes preconizadas pelos profissionais da época, e adotadas até hoje na organização funcional dos serviços de saúde mental.

Naquele momento, aquela proposta nova para o Estado mostrou-se, com o passar dos anos, uma alternativa condizente com o modelo de "desasilação" no tratamento de pacientes crônicos, ao promover a saúde por meio de uma nova diretriz de tratamento, que valoriza a pessoa doente, com a adoção de programas específicos para cada patologia, por ser uma internação em regime parcial, não rompendo o vínculo familiar, mas trazendo-a para a participação direta no tratamento de seu membro, em oposição àquela terapêutica que conduz a desidentificação pessoal e, conseqűentemente, ao abandono, à morte da cidadania e da existência social.

A necessidade de implantação do Hospital-Dia, segundo Miranda Sá Júnior (1995), foi primeiro de modernização e seria mais um recurso para diminuir o tempo de internação e, segundo, de favorecer a reabilitação dos pacientes.

Naquela época, esse duplo objetivo norteava a criação do Hospital-Dia e facilitava a integração social do paciente.

Em 1985, o Serviço de Psiquiatria era composto por um ambulatório, uma unidade de internação mista com 30 leitos, Hospital-Dia com 30 vagas para pacientes com quadros psicóticos agudos e crônicos, com quadros depressivos que não se caracterizavam por elevado risco de suicídio, centro de ensino e pesquisa, salas de aula e área verde para as atividades terapêuticas. A equipe técnica na época era composta por nove médicos e um residente, três psicólogas, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira, que trabalhavam de forma conjunta, buscando a integração do paciente ao tratamento visando à sua recuperação.

Por ser um atendimento inovador no Estado, houve uma demanda além da proposta inicial, esse fato acarretou diversos problemas para o funcionamento otimizado do serviço. Surgiram assim, algumas dificuldades relativas ao funcionamento institucional, como a precariedade de instrumentos de trabalho e por poucos recursos humanos. Outra dificuldade encontrada foi a falta de preparo dos profissionais que iriam atender no Hospital-Dia, bem como o desconhecimento dos objetivos a serem alcançados por parte da administração da Santa Casa, que era o de promover a saúde e prevenir novas crises da doença por meio da produtividade e capacidade do paciente.

No início, o atendimento restringia-se apenas a adultos do sexo masculino, tendo em vista que havia uma demanda maior para esse grupo. Posteriormente, o atendimento foi ampliado, possibilitando o atendimento a pacientes do sexo feminino, já estando então o Hospital-Dia melhor estruturado e regido por regulamentos.

Durante os anos que se sucederam, o Hospital-Dia adotou várias propostas de reabilitação na busca de realizar mais pelo paciente, pois o Hospital-Dia não se propunha a ficar restrito apenas na atuação como procedimento técnico, intermediário entre a hospitalização e o atendimento ambulatorial.

Nesse processo, foram utilizadas novas alternativas como a indicação de pacientes das unidades de internação para passar o dia no Hospital-Dia, a colaboração dos auxiliares de enfermagem durante as atividades terapêuticas, a

realização de grupos terapêuticos e operativos, a participação efetiva de um assistente social da Santa Casa e a ampliação do número de vagas para os pacientes.

A proposta também incluía o acolhimento da família do paciente, para despertar a necessidade de envolvimento dessa no tratamento e, assim, proporcionar um espaço socializador para o paciente, principalmente daquele que tinha condições de participar ativamente na comunidade na qual vivia. Portanto, novas atividades surgiram em conseqüência dessa proposta, permitindo a ampliação dos grupos, de atividades e de dinâmicas familiares. Essa oportunidade tornou-se uma espécie de incentivo para as pessoas portadoras de transtorno mental e também para seus familiares.

Atualmente o serviço possui uma equipe composta por dez psiquiatras, seis médicos-residentes, um enfermeiro, um assistente social, três psicólogos e três terapeutas ocupacionais. A equipe multidisciplinar reúne-se semanalmente para avaliações gerais e estudos de caso, corroborando o aperfeiçoamento do atendimento e detecção da necessidade de mudanças no setor.

Existem dois grupos de apoio terapêutico que funcionam quinzenalmente. O grupo de apoio aos familiares de pacientes esquizofrênicos, dirigido por uma psiquiatra com a participação de terapeuta ocupacional e psicóloga, familiares e egressos, com duração de 60 minutos, com orientação psicopedagógica.

O grupo para pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar é composto de egressos e pacientes que freqüentam o Hospital-Dia, dirigido por uma residente, participando uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. Esses participantes são atendidos por meio de orientações médicas e terapêuticas, apoio psicológico e medicação. A seleção prévia dos pacientes é realizada pelo histórico e pela patologia.

É importante ressaltar que os usuários de drogas e álcool são admitidos quando a dependência é um processo secundário, isto é, associado a um quadro psicótico, pois há uma instituição especializada na cidade para dependentes químicos.

A Santa Casa mantém convênios com a Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e com a Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da

Região do Pantanal (UNIDERP). O Hospital-Dia por meio desses convênios, propicia estágio para acadêmicos das universidades de Campo Grande, dos cursos de Medicina, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social e de Terapia Ocupacional em nível de observação e curricular, garantindo espaço para aulas práticas e para o desenvolvimento de projetos da área de saúde.

A rotina do Hospital-Dia obedece a uma regularidade, conforme descrita na tabela 1 a seguir.

Tabela 1. **Programação do Hospital-Dia**

HORÁRIO	ATIVIDADES
07h às 08h	Medicação e café da manhã
08:00 às 10h 45	Atividades terapêuticas
11h às 12h	Almoço e horário livre
12h às 14h	Atividades terapêuticas
14h às 14h	Medicação e lanche
14h 30 às 16h 30	Atividades terapêuticas
16h às 17h	Banho, medicação e saída

O paciente não recebe qualquer ajuda de custo para ir ao Hospital-Dia, e sua admissão obedece a uma seqüência de procedimentos. Esse processo inicia-se com o encaminhamento feito pelo médico, passando pela triagem com um dos membros da equipe. O paciente deverá atender as regras mínimas de convivência social, ser residente ou ter parentes no município e assegurar que a família ou responsável manterá contato com a equipe. O segundo quesito para a admissão de pacientes diz respeito ao cumprimento das regras de pontualidade dos horários, participação e responsabilidade perante as atividades selecionadas para o tratamento. Não se pode negar que tais condições já se configuram como uma discriminação.

O paciente chega pela manhã, participa das decisões e dos espaços terapêuticos que são oferecidos como horticultura e jardinagem, atividades culinárias, carpintaria, atividades artesanais (pintura, tecelagem, gesso, tapeçaria, costura, bordado, colagem, crochê, reciclagem), atividades socioculturais (teatro, dança, jornal, feira, passeio), atividades esportivas (jogos de mesa, futebol, vôlei)

e a atividade da vida diária (AVD), e ao final do dia volta para o convívio familiar, a fim de preservar a integração com a família e com a comunidade na qual vive.

O tempo mínimo de permanência é de 3 meses e a alta dependerá do caso, sendo comunicada em equipe. O paciente receberá alta normalmente após 7 a 10 dias do comunicado, dependendo do paciente, será inserido no grupo de preparo de alta. A proposta desse procedimento é amenizar a mudança de ambiente que o paciente irá enfrentar nos dias subseqüentes.

Há também a alta por abandono de tratamento, quando o paciente apresenta duas a três faltas consecutivas sem justificativa. Nesse caso, é solicitada sua alta médica e geralmente são estudados os motivos do abandono, inclusive para verificação se a falha foi do Hospital-Dia. Por fim, a alta a pedido do próprio paciente e/ou da família são casos típicos de uma sensação precipitada de melhora ou necessidade financeira do retorno ao trabalho.

Durante os dezoito anos de funcionamento do Hospital-Dia do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa, em Campo Grande, esta é a primeira pesquisa com o objetivo de caracterizar o perfil sóciodemográfico e clínico dos pacientes atendidos. Essa caracterização poderá contribuir para a melhoria dos serviços prestados a esses pacientes. Diante desse fato, decidiu-se realizar a presente pesquisa.

3 - OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil sóciodemográfico e clínico do portador de doença mental atendido pelo Hospital-Dia do Serviço de Psiquiatria da Sociedade Beneficente de Campo Grande, MS - Santa Casa, no período de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 1998.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a documentação existente nos livros de registros, arquivos do Serviço de Psiquiatria da Sociedade Beneficente de Campo Grande - Santa Casa e arquivos do Centro de Processamento de Dados (CPD) dessa instituição.
- Descrever os egressos do Hospital-Dia segundo a faixa-etária, sexo, escolaridade, ocupação, diagnóstico clínico, e o meio familiar no qual vive.
- Recomendar mudanças de procedimentos e, se for o caso, propor novos projetos, sempre buscando o aprimoramento para a inserção social do portador de doença mental na família e na comunidade em que vive.

4 - MÉTODO

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes da presente pesquisa foram os pacientes atendidos no Hospital-Dia e seus familiares, no âmbito do Serviço de Psiquiatria da Sociedade Beneficente de Campo Grande, MS, no período de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 1998, residentes na área urbana do centro e da periferia, de Campo Grande, MS.

4.1.1 Amostragem

O período definido para a pesquisa foi considerado a partir do terceiro ano após a reforma do prédio do Serviço de Psiquiatria, quando foram colocados em prática melhores meios para o atendimento dos pacientes. Dentre as mudanças ocorridas houve a ampliação da equipe multidisciplinar. A pesquisa foi realizada antes da implantação do estágio curricular de Terapia Ocupacional iniciado a partir de 1999.

A área urbana de Campo Grande foi dividida em três regiões geográficas, utilizando-se para isso o mapa da Lista Telefônica – Guia de Campo Grande 2000, sendo cada dupla de entrevistadoras responsável por uma região, uma pessoa para aplicar o questionário e a outra para realizar as anotações necessárias.

4.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A primeira etapa do processo de seleção consistiu do levantamento de dados existentes dos pacientes nos arquivos e livros de registro do Serviço de Psiquiatria, após autorização do chefe de serviço, Dr. Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior. Foram consultados os arquivos e livros de registro do Hospital-Dia para

a seleção dos participantes, nos quais foram identificados os nomes, número de prontuário, data de admissão e de alta. Por falta de dados de identificação dos pacientes no preenchimento dos livros de registro, essa busca não foi suficiente. Uma das dificuldades encontradas é que muitos perderam o cartão de registro com o número do prontuário, sendo necessária nova abertura de prontuário com outro número, para nova consulta e, conseqüentemente, havendo dubiedade de informações. Iniciou-se, então, o levantamento no arquivo médico do Serviço de Psiquiatria, completando o registro de 133 egressos no período selecionado para a pesquisa.

Mesmo com o acesso a esses dados, alguns endereços ainda permaneceram incompletos, dificultando o preenchimento dos dados necessários para a pesquisa de campo. Foi então necessária a autorização do chefe de serviço do Centro de Processamento de Dados (CPD) da Santa Casa, Sr. José Mauri dos Santos, no qual são registrados todos os pacientes internados, com o código do setor, obtendo-se, dessa forma, mais dados referentes aos pacientes, para completar as fichas de identificação com nome, endereço, diagnóstico, número do prontuário, data da admissão e data da alta.

No final da análise dos prontuários, foram identificados 58 egressos tratados no Hospital-Dia do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa no período de 1996 até 1998, aos quais se teve acesso. Após a classificação das informações coletadas, as famílias foram identificadas por regiões da cidade com a finalidade de facilitar a programação das visitas pelas entrevistadoras.

4.3 INSTRUMENTO

Para atingir o objetivo proposto, elaborou-se com o Dr. Luis Salvador de Miranda Sá Júnior um questionário estruturado baseado na realidade apreendida durante esses dezoito anos de funcionamento do serviço (APÊNDICE A). O questionário foi montado para ser respondido em conjunto, pela família e pelo paciente e está dividido em três partes. A primeira parte contempla os dados sóciodemográficos com dezoito itens identificando o paciente. Na segunda estão os dados clínicos com vinte e duas perguntas, sendo sete diretamente

relacionadas ao tratamento no Hospital-Dia para o egresso responder as questões: 09, 10, 11, 12, 14, 19 e 20. Na terceira parte constam os dados psicossociais com sete questões, das quais duas, as de número 6 e 7, o paciente responderia. As outras foram elaboradas para a família responder, sendo que, o paciente poderia participar respondendo algumas delas, por isso a importância de sua presença durante a entrevista.

4.4 RECURSOS HUMANOS

Tendo em vista o número de participantes da pesquisa, fez-se necessária a formação de uma equipe para a realização das entrevistas. Por meio de um processo seletivo foram escolhidas quatro acadêmicas do terceiro ano do curso de Terapia Ocupacional. No processo seletivo optou-se preferencialmente por aquelas que já haviam realizado estágio na área e cujo tema de monografia fosse em saúde mental. Houve a participação de uma ex-aluna do curso de Terapia Ocupacional da primeira turma. Assim, pôde-se formar três duplas de entrevistadoras com a participação da pesquisadora em uma dupla para a realização da pesquisa. As cinco alunas selecionadas foram devidamente treinadas pela pesquisadora sob supervisão de seu orientador, com o objetivo de ter uma melhor compreensão e assimilação do conhecimento e esclarecimento de dúvidas durante a entrevista.

4.5 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, houve uma abordagem por telefone com os pacientes que tinham o número registrado no serviço, para esclarecimento sobre a pesquisa e a informação sobre o endereço. Quando não havia esse dado, o primeiro contato se deu quando da sua consulta no Ambulatório do Serviço de Psiquiatria. Os pacientes foram previamente identificados pelo número do prontuário e o nome de seu médico. E em outros casos, o contato era realizado durante a própria internação, quando coincidia com o período da pesquisa.

Foi realizado então o projeto-piloto no mês de setembro de 2000, com seleção aleatória de dez famílias, das quais, sete delas responderam o questionário, uma recusou-se, uma família mudou-se de Campo Grande e a última não foi encontrada porque o endereço estava errado.

Verificou-se que 70% dos participantes responderam o questionário sendo a pesquisa-piloto considerada satisfatória. Com base nisso, optou-se por escolher uma melhor alternativa na seqüência das questões para viabilizar uma melhor fluência na entrevista.

As entrevistadoras apresentavam-se uniformizadas com jaleco e identificadas com o crachá da Universidade. Elas foram orientadas para realizar a entrevista com o membro da família que participava diretamente do tratamento do paciente e a entrevista seria realizada na presença dele. Antes de iniciar a entrevista, as entrevistadoras informavam que eram acadêmicas do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Católica Dom Bosco, explicando às famílias as razões do trabalho, seu objetivo e benefícios. Também foi explicada a confidencialidade dos dados, e que a participação seria de livre e espontânea vontade. Poderiam deixar de responder qualquer pergunta e encerrar a entrevista a qualquer momento. Em seguida, concordando com a participação, assinavam um termo de consentimento esclarecido que seguiu as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) (APÊNDICE B). Somente após esse procedimento, eram entrevistados. Em seguida, as entrevistadoras agradeciam a participação e se colocavam à disposição para quaisquer esclarecimentos.

As entrevistadoras tiveram de retornar a algumas residências para a realização da entrevista, quando o egresso não era encontrado, para cumprimento da exigência da presença do paciente, salvo dois casos em que eles se encontravam internados.

Eram realizadas reuniões semanais com as entrevistadoras para supervisão e avaliação das informações colhidas. As visitas eram feitas nos fins de semana, devido à facilidade de se encontrar o responsável pelo cuidado com o paciente.

5 – RESULTADOS

No presente estudo foram identificados os registros de 133 famílias que poderiam participar da pesquisa, mas desse universo apenas 58 foram contatadas. Setenta e cinco famílias não foram incluídas pelos motivos que estão relacionados na tabela 2.

Tabela 2: **Distribuição da freqüência dos motivos para não inclusão do egresso na pesquisa**

DIAGNÓSTICO	QUANTIDADE	%
Endereço errado	33	44,00
Registro sem endereço	26	34,67
Mudou-se de Campo Grande	13	17,33
Falecido	3	4,00
Total	75	100,00

Houve seis famílias que se recusaram a participar, apesar de todo o esclarecimento. Do universo de famílias contatadas, 89,66% foram entrevistadas e 10,34% se recusaram. A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro de 2000 a fevereiro de 2001.

Entre os diferentes diagnósticos identificados, o quadro predominante apresentado pelos egressos foi o de esquizofrenia com 46,15% dos pacientes com esse quadro (tabela 3).

Tabela 3: **Distribuição da freqüência segundo o diagnóstico do egresso.**

DIAGNÓSTICO	QUANTIDADE	%
Esquizofrenia	24	46,15
Transtorno afetivo bipolar	8	15,38
Depressão maior	6	11,54
Psicose	5	9,62
Psicose epiléptica	3	5,77
Transtorno esquizoafetivo	2	3,85
Demência senil	2	3,85
Ansiedade crônica	1	1,92
Alcoolismo & Epilepsia	1	1,92
Total	52	100,00

Em relação à idade do descobrimento da doença do egresso, observou-se que a maioria dos entrevistados descobriu a doença entre a adolescência e a fase de adulto jovem (tabela 4).

Tabela 4: **Distribuição da freqüência segundo a idade que descobriu a doença.**

FAIXA DE IDADE	QUANTIDADE	%
15-19	25	48,08
20-24	10	19,23
25-29	5	9,62
30-34	3	5,77
35-39	1	1,92
40-44	1	1,92
50-54	5	9,62
55-60	1	1,92
# acima de 60	1	1,92
Total	52	100,00

Segundo a tabela 5, o intervalo da idade dos egressos na época da pesquisa, ficou entre 20 e 39 anos com 34,62% dos entrevistados.

Tabela 5: **Distribuição da freqüência segundo a idade do egresso na época da pesquisa.**

FAIXA DE IDADE	QUANTIDADE	%
20-24	9	17,31
35-39	9	17,31
40-44	7	13,46
25-29	6	11,54
55-60	6	11,54
30-34	5	9,62
45-49	3	5,76
# acima de 60	3	5,76
50-54	2	3,85
15-19	2	3,85
Total	52	100,00

Com relação à religião, observou-se que 94,23% têm religião e a equivalência entre católicos e protestantes com o percentual de 50% católicos e protestantes com 44,23%, inclusos praticantes e não-praticantes.

Tabela 6: **Distribuição da freqüência segundo a religião dos participantes.**

RELIGIÃO	QUANTIDADE	%
Protestante praticante	16	30,77
Católica praticante	14	26,92
Católica não praticante	12	23,08
Protestante não praticante	7	13,46
Nenhuma	3	5,77
Total	52	100,00

Na tabela 7, está a distribuição segundo a ocupação do egresso atualmente. Observou-se que 90,38% não fazem parte da população economicamente ativa, tendo em vista que não são computadas nesse indicador econômico as categorias do lar, aposentado e estudante. Quarenta e oito por cento dos egressos não possuíam ocupação fixa no momento da pesquisa. Desse

total 64%, são do sexo masculino. Com relação aos demais participantes, 19,23% são do lar, 17,31% aposentados, 9,62% estão empregados e 5,77 % são estudantes.

Tabela 7: **Distribuição da freqüência da ocupação dos participantes segundo o sexo.**

OCUPAÇÃO	QUANTIDADE	M	F	%
Nenhuma	25	16	9	48,08
Do Lar	10	1	9	19,23
Aposentado	9	5	4	17,31
Empregado	5	2	3	9,62
Estudante	3	2	1	5,76
Total	52	26	26	100,00

Com relação ao grau de instrução (tabela 8), destacou-se uma clientela escolarizada com apenas 7,70% de analfabetos. Aproximadamente 29% dos egressos com 1º grau incompleto, 25% apresentam o primeiro grau completo; 21,15% possuem 2º grau completo e 15,38% dos egressos apresentam 2º grau incompleto. Apenas um usuário (1,92%) tem o terceiro grau completo.

Tabela 8: **Distribuição da freqüência segundo a escolaridade e sexo dos participantes.**

ESCOLARIDADE	QUANTIDADE	M	F	%
Primeiro grau incompleto	15	7	8	28,85
Primeiro grau completo	13	6	7	25,00
Segundo grau completo	11	6	5	21,15
Segundo grau incompleto	8	5	3	15,38
Analfabeto	4	2	2	7,70
Terceiro grau completo	1	0	1	1,92
Total	52	26	26	100,00

Quanto ao estado civil predominou o solteiro, atingindo 73,08% do universo dos participantes, o que corresponde a 39 usuários, 07 (15,38%)

egressos são casados, 05 (9,62%) são separados e 01 (1,92%) é viúvo. Considerou-se casadas também as pessoas que relatavam morar juntos de maneira estável (tabela 9).

Tabela 9: **Distribuição da freqüência dos egressos segundo estado civil.**

ESTADO CIVIL	QUANTIDADE	%
Solteiro	39	73,08
Casado	7	15,38
Separado	5	9,62
Viúvo	1	1,92
Total	52	100,00

Analisando-se a tabela 10, os dados revelam que as mães dos egressos representam 48,08% do familiar que participa do tratamento. Foi evidenciada a participação marcante do sexo feminino no tratamento dos egressos em estudo, representando 80,77% dos membros envolvidos nos cuidados com o paciente.

Tabela 10: **Distribuição da freqüência segundo o grau de parentesco do membro que participa ou participou diretamente do tratamento.**

QUAL MEMBRO DA FAMÍLIA, AMIGO, PESSOA QUE PARTICIPA OU PARTICIPOU DO TRATAMENTO	QUANTIDADE	%
Mãe	25	48,08
Irmã	10	19,23
Irmão	4	7,69
Filho	3	5,77
Filha	2	3,85
Esposa	2	3,85
Amigo	1	1,92
Cunhada	1	1,92
Esposo	1	1,92
Madrinha	1	1,92
Tia	1	1,92
Nenhum	1	1,92
Total	52	100,00

Considerando-se, ainda, o grau de parentesco do membro da família que participou da pesquisa, observou-se que a presença da mãe foi preponderante

com aproximadamente 50%. Os demais participantes estavam assim distribuídos: 19,23% irmã do paciente, 7,79 irmão do paciente, 5,77% e 15,38% outros familiares. Dois egressos apresentaram estabilidade e não necessitavam de cuidados especiais pela família (tabela 11).

Tabela 11: **Distribuição da freqüência segundo o grau de parentesco do membro familiar que participou da pesquisa.**

GRAU DE PARENTESCO	QUANTIDADE	%
Mãe	26	50,00
Irmã	10	19,23
Cunhada	2	3,85
Filha	2	3,85
Filho	2	3,85
Marido	2	3,85
Mulher	2	3,85
Amigo	1	1,92
Irmão	1	1,92
Madrinha	1	1,92
Tia	1	1,92
Nenhum (Próprio paciente)	2	3,85
Total	52	100,00

Na tabela 12, os dados demonstraram que 28,85% dos egressos procuraram como primeira ajuda o ambulatório de psiquiatria, vindo em seguida o pronto socorro com 17,31% dos casos. Os resultados mostram que para 41 dos egressos (78,85%), a primeira opção de tratamento a ser realizado foi o psiquiátrico. Esse percentual é referente à somatória dos atendimentos no pavilhão do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa, no sanatório, no Hospital-Dia da Santa Casa e no ambulatório de saúde mental.

Tabela 12: **Distribuição da freqüência segundo a primeira ajuda procurada na 1ª crise.**

PRIMEIRA AJUDA	QUANTIDADE	%
Ambulatório de psiquiatria	15	28,85
Pronto socorro	9	17,31
Hospital geral	6	11,54
Clínica geral	6	11,54
Sanatório	3	5,77
Centro de saúde	2	3,85
Igreja	2	3,85
Família	2	3,85
Corpo de bombeiros	2	3,85
Vizinho	1	1,92
Polícia	1	1,92
Outro	3	5,77
Total	52	100,00

Os dados da tabela 13 apontam para a necessidade e o local, da internação durante o primeiro atendimento, com 44,23% dos participantes sendo internados no pavilhão do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa.

Tabela 13: **Distribuição da freqüência segundo o local de internação, quando necessária, na primeira crise.**

SE HOUVE INTERNAÇÃO ONDE	QUANTIDADE	%
Pavilhão da psiquiatria	23	44,23
Sanatório	10	19,23
Hospital-Dia	7	13,46
Santa Casa	7	13,46
Outro	3	5,77
Não houve	2	3,85
Total	52	100,00

Com relação ao tempo de duração da primeira internação nos serviços que não o Hospital-Dia da Santa Casa, observou-se na tabela 14 que 31 (59,62%) egressos ficaram internados por no máximo 30 dias.

Tabela 14: **Distribuição da freqüência segundo o tempo da primeira internação.**

NÚMERO DE DIAS NA 1ª. INTERNAÇÃO	QUANTIDADE	%
Não houve internação	2	3,85
001-030	31	59,62
031-120	17	32,69
120 ou superior	2	3,85
Total	52	100,00

Já a permanência no Hospital-Dia durante a primeira admissão revela que houve uma equivalência entre os 22 (42,31%) egressos que permaneceram até 30 dias com os 18 (38,62%) que permaneceram por mais de 120 dias (tabela 15).

Tabela 15: **Distribuição da freqüência segundo a permanência no Hospital-Dia durante a primeira admissão dos egressos.**

QUANTOS DIAS DE HD	QUANTIDADE	%
001-030	22	42,31
031-120	12	23,08
120 ou superior	18	34,62
Total	52	100,00

Na distribuição segundo o motivo da admissão no Hospital-Dia, observa-se que os motivos expostos pela família estão diretamente ligados à dificuldade na administração do medicamento do egresso. Para 28 famílias (53,85%), as razões predominantes são a não adesão ao medicamento e agitação. Já 15 famílias (28,85%) relataram que a procura pelo Hospital-Dia deu-se porque os pacientes não dormiam e não faziam nada em casa, e apenas 2 famílias (3,85%)

relataram que os pacientes não faziam nada em casa. Sete famílias (13,46) relataram outros motivos para a admissão (tabela 16).

Tabela 16: **Distribuição da freqüência segundo o motivo da admissão no Hospital-Dia.**

PORQUE ADMITIDO NO HD	QUANTIDADE	%
Não tomava medicação /Estava agitado	28	53,85
Não fazia nada em casa /Não dormia	15	28,85
Ficava muito tempo sozinho em casa	2	3,85
Outro	7	13,46
Total	52	100,00

Analisando-se a tabela 17, segundo o tipo de atendimento profissional (médico, auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo) recebido no Hospital-Dia, verificou-se um equilíbrio entre 42,31% dos egressos atendidos por médico, terapeuta ocupacional e auxiliar de enfermagem, com os 44,23% egressos que receberam atendimento da equipe completa do Hospital-Dia, acrescentando psicóloga e assistente social.

Tabela 17: **Distribuição da freqüência segundo o tipo de atendimento profissional recebido no Hospital-Dia.**

QUAL TIPO ATENDIMENTO HD	QUANTIDADE	%
Todos	23	44,23
Médico/Enfermagem/Terapeuta Ocupacional	22	42,31
Médico/Enfermagem./Terapeuta Ocupacional/Psicólogo	7	13,46
Total	52	100,00

Quando analisadas as atividades realizadas no Hospital-Dia, observa-se que 75% dos egressos fizeram a primeira opção pelas atividades artesanais (tabela 18). A alternativa “Outras” diz respeito a atividades em grupo, mas o egresso não conseguiu especificá-la.

Tabela 18: **Distribuição da freqüência segundo as atividades realizadas no Hospital-Dia.**

QUAL TIPO DE ATIVIDADE NO HD	QUANTIDADE	%
Atividades Artesanais	39	75,00
Horticultura & Jardinagem	2	3,85
Atividade Sóciocultural	1	1,92
Atividades Esportivas	1	1,92
Outras	1	1,92
Não realizou	8	15,38
Total	52	100,00

Segundo a tabela 19 em que consta a distribuição dos egressos a respeito de algum tipo de tratamento ou não que realiza atualmente, nota-se que 37 (71,15%) dos pacientes fazem algum tipo de tratamento e 15 (28,85%) dos egressos não fazem tratamento algum.

Tabela 19: **Distribuição da freqüência dos egressos segundo a realização atualmente de algum tipo de tratamento ou não.**

HOJE FAZ ALGUM TIPO DE TRATAMENTO	QUANTIDADE	%
Sim	37	71,15
Não	15	28,85
Total	52	100,00

Os dados demonstram que o total de participantes que faz tratamento psiquiátrico foi de 59,62% dos casos. Nesse percentual estão incluídos os tratamentos do ambulatório de saúde mental, do Hospital-Dia e de consultórios psiquiátricos. Desse total, 42,31% dos egressos fazem apenas acompanhamento ambulatorial, portanto, uma parte significativa sem a necessidade de internação no momento, conforme a tabela 20.

Tabela 20: **Distribuição da freqüência segundo o tipo de tratamento realizado atualmente.**

TIPO DE TRATAMENTO ATUAL	QUANTIDADE	%
Ambulatório de Saúde Mental	22	42,31
Nenhum	14	26,92
Consultório psiquiátrico	7	13,46
Hospital-Dia	2	3,85
Recebeu alta	1	1,92
Outro	6	11,54
Total	52	100,00

A tabela 21 aponta a distribuição segundo o conhecimento familiar sobre a patologia do egresso. Observa-se que 76,92% das famílias relatam ter algum conhecimento da doença.

Tabela 21: **Distribuição da freqüência segundo o conhecimento familiar sobre a patologia do egresso.**

A FAMILIA OU MEMBRO DELA SABE QUAL A DOENCA DO PACIENTE	QUANTIDADE	%
Sim	40	76,92
Não	12	23,08
Total	52	100,00

E com relação à percepção do egresso sobre a sua doença, detectou-se que 61,54% revelam apresentar alguma percepção sobre ela (tabela 22).

Tabela 22: **Distribuição da freqüência segundo o conhecimento do egresso sobre a sua doença.**

O PACIENTE TEM CONSCIÊNCIA DA SUA DOENÇA	QUANTIDADE	%
Sim	32	61,54
Não	20	38,46
Total	52	100,00

A tabela 23 mostra a descrição dos comportamentos do paciente em crise relatada pelos familiares. A maioria apresenta sintomas positivos como, alucinações, delírios e desorganização do pensamento. Esses comportamentos estão relacionados ao diagnóstico de esquizofrenia, quadro apresentado por uma grande parte dos egressos entrevistados (46,15%). A alternativa “Outro” segundo informações colhidas, diz respeito à falta de juízo crítico, como por exemplo “gastava muito e acabou perdendo tudo o que tinha”.

Tabela 23: **Distribuição da freqüência segundo os comportamentos do paciente em crise, percebidos pelos familiares.**

TIPOS DE COMPORTAMENTOS EM CRISE	QUANTIDADE	%
Cria estórias sem sentido/Conversa sozinho/Ouve vozes/Fala muito	20	38,46
Irritado/Teimoso/Fala muito/	11	21,15
Quebra as coisas/Agressivo/Agitado/	10	19,23
Chora muito/Não dorme/Não fala	6	11,54
Desmaia/ Ouve vozes/	2	3,85
Fala muito e alto / inquieto	2	3,85
Outro	1	1,92
Total	52	100,00

Segundo a tabela 24, a distribuição dos dados com relação às atividades realizadas após a alta do Hospital-Dia, 59,62% dos egressos não trabalharam, sendo que desse total 58,06% são homens. As mulheres representam 100% da categoria que realizou afazeres domésticos. Apenas 15,38% dos egressos trabalharam, com percentual idêntico para homens e mulheres.

Tabela 24: **Distribuição da freqüência segundo as atividades realizadas após alta do Hospital-Dia.**

TIPOS DE ATIVIDADES APÓS SAÍDA DO HD	QUANTIDADE	M	F	%
Não trabalhou	31	18	13	59,62
Trabalhou	8	4	4	15,38
Afazeres domésticos	6	0	6	11,54
Estudou	3	2	1	5,77
Trabalhou e estudou	3	1	2	5,77
Aposentado	1	1	0	1,92
Total	52	26	26	100,00

Considerando a distribuição segundo a diferença entre o tratamento oferecido no Hospital-Dia e outro que o egresso realizou, de acordo com as respostas dadas, verificou-se que 67,31% apontaram diferenças entre outros tratamentos que realizaram com o oferecido pelo Hospital-Dia (tabela 25).

Tabela 25: **Distribuição da freqüência segundo a diferença entre o tratamento oferecido no Hospital-Dia e outro que realizou.**

HOUVE DIFERENÇA ENTRE O TRATAMENTO NO HD E OUTROS	QUANTIDADE	%
Sim	35	67,31
Não	13	25,00
Tratamento só no HD	4	7,69
Total	52	100,00

Analisando a tabela 25, as diferenças apresentadas com relação ao Hospital-Dia foram: a presença de atividades, o atendimento, o trabalho com a família, a possibilidade de ir dormir em casa, o relacionamento com os profissionais e outros egressos, além de voltar a conquistar sua independência prejudicada pela doença, na família e comunidade. No entanto, 25% dos egressos não apontaram diferenças com relação a outros atendimentos, e 7,69% dos egressos tiveram tratamento só no Hospital-Dia, portanto não responderam a questão.

Tabela 26: **Distribuição da freqüência segundo as diferenças encontradas.**

TIPO DE DIFERENÇA ENTRE TRATAMENTOS	QUANTIDADE	%
O tratamento	13	25,00
As atividades	13	25,00
O atendimento	5	9,62
Trabalho com a família	3	5,77
Outros pacientes	1	1,92
Não houve diferença	13	25,00
Tratamento só no HD	4	7,69
Total	52	100,00

Na distribuição segundo a melhora ou piora no comportamento do paciente após tratamento no Hospital-Dia, os dados da tabela 27 apontam para uma alta percentagem, 84,62% dos familiares acreditam ter ocorrido melhoras no comportamento do paciente e 15,38% dos entrevistados revelaram que não houve alteração.

Tabela 27: **Distribuição da freqüência segundo a melhora ou piora no comportamento do paciente após tratamento no Hospital-Dia.**

TIPO RESULTADO	QUANTIDADE	%
Melhora	44	84,62
Sem alteração	8	15,38
Total	52	100,00

A tabela 28 mostra os tipos de melhoras para o paciente de acordo com os familiares. Nota-se que 61,54% dos familiares apontaram que o egresso tornou-se mais independente, calmo, permanecendo mais tempo sem crise.

Tabela 28: **Distribuição da freqüência segundo os tipos de melhoras que os familiares perceberam no paciente.**

TIPOS DE MELHORAS RELATADAS	QUANTIDADE	%
Tornou-se mais independente e mais calmo	32	61,54
Não houve diferença	8	15,38
Aceitou melhor medicação e conheceu melhor a doença	6	11,54
Interagiu mais com os outros	5	9,62
Permaneceu mais tempo sem crise	1	1,92
Total	52	100,00

De acordo com o local da moradia dos egressos, observou-se que 92,31% residem com a família no corpo da casa, 5,77% dos pacientes moram com a família num anexo construído com esse propósito; e um egresso vive sozinho por opção, é independente e aceito totalmente pelos familiares (tabela 29).

Tabela 29: **Distribuição da freqüência segundo a posição da moradia do egresso.**

POSIÇÃO NA MORADIA	QUANTIDADE	%
Com a família na mesma casa	48	92,31
Com a família em quarto distanciado	3	5,77
Vive sozinho	1	1,92
Total	52	100,00

Segundo a tabela 230 sobre a aceitação do paciente pelos moradores da casa, verificou-se que a grande maioria dos familiares que residem com o paciente aceitam-no totalmente, perfazendo 78,85% dos egressos que participaram, com 19,23% de aceitação parcial e uma família que não aceita o paciente.

Tabela 30: **Distribuição da freqüência segundo a aceitação do paciente pelos moradores da casa.**

ACEITAÇÃO	QUANTIDADE	%
Totalmente	41	78,85
Parcialmente	10	19,23
Não aceitam	1	1,92
Total	52	100,00

Com relação às ameaças de novas internações por parte da família, quando ela acredita ser necessário, verifica-se que uma percentagem significativa de 82,69% dos egressos não sofre esse tipo de ameaças (tabela 31).

Tabela 31: **Distribuição da freqüência segundo as ameaças de novas internações quando a família acredita ser necessário.**

AMEAÇA NOVA INTERNAÇÃO	QUANTIDADE	%
Não	43	82,69
Sim	9	17,31
Total	52	100,00

Foi observado, segundo a prática de atividades de lazer, que 55,77% dos egressos realizam algum tipo de atividade (tabela 32).

Tabela 32: **Distribuição da freqüência segundo a prática de atividades de lazer.**

ATIVIDADE DE LAZER	QUANTIDADE	%
SIM	29	55,77
Não	23	44,23
Total	52	100,00

Segundo a distribuição do tipo de atividade de lazer, (tabela 33), foram obtidos os seguintes dados: 48,30% dos egressos realizam atividades esportivas, 41,38% preferem atividades culturais e 10,32% artesanais.

Tabela 33: **Distribuição da freqüência segundo o tipo de atividade de lazer.**

QUAL ATIVIDADE DE LAZER	QUANTIDADE	%
Esportivas	14	48,30
Culturais	12	41,38
Artesanais	3	10,32
Total	29	100,00

Já com relação à freqüência das atividades de lazer realizadas, (tabela 34), responderam às vezes 58,62% dos egressos, semanalmente 24,14% e 17,24% diariamente. No entanto, observa-se que apesar de 55,77% dos egressos relatarem praticar algum tipo de atividade, quando os índices de freqüência semanal e diária são avaliados, considerando todos os participantes, esse percentual cai para 23%.

Tabela 34: **Distribuição segundo a freqüência da atividade.**

FREQÜÊNCIA DA ATIVIDADE	QUANTIDADE	%
Às vezes	17	58,62
Semanal	7	24,14
Diária	5	17,24
Total	29	100,00

Com relação ao quadro socioeconômico dos 52 entrevistados, apenas 12 egressos revelaram sua renda. Desses, 50% (seis) recebiam a aposentadoria de um salário mínimo por invalidez. Um egresso trabalhava como vigia e recebia um salário mínimo. Três egressos trabalhavam e recebiam na faixa salarial de R$ 350,00. Dois egressos tinham aposentadorias por invalidez acima do salário mínimo, um recebia R$ 372,00 e o outro R$ 1.300,00.

6 - DISCUSSÃO

Um dado que merece ser discutido inicialmente é que de um total de 133 famílias de egressos atendidos no Hospital-Dia, no período de janeiro de 1996 a dezembro de 1998, foram localizadas apenas 58. Setenta e cinco egressos e seus familiares não foram encontrados. Constatou-se que desses, três faleceram e 13 mudaram-se de Campo Grande.

Os outros 59 prontuários dos egressos não estavam preenchidos corretamente e tornou-se inviável localizar as famílias. Supõem-se diversos fatores que poderiam ter contribuído para esse fato. Inicialmente, a falta de atualização dos dados pessoais do paciente no ato da internação e a insuficiência de anotações nos prontuários poderiam ter influenciado esse quadro. Outra possibilidade é a de que a grande maioria dos acompanhantes prefere a internação integral, tendo em vista a sobrecarga relacionada ao lidar com um familiar portador de uma doença mental. Por essa razão, muitas vezes, esses acompanhantes oferecem informações incorretas do endereço domiciliar. De acordo com Tsu (1993) tal conduta é mais freqüente entre os familiares que já tiveram o paciente internado anteriormente.

Outro aspecto que merece consideração é a possível perda de prontuários do Hospital-Dia nas mudanças realizadas durante a reforma em 1992, o que interferiu diretamente na qualidade dos registros.

Entre as 58 famílias localizadas, seis se recusaram a participar da pesquisa, muito embora todas as informações necessárias ao esclarecimento dos objetivos do trabalho tenham sido prestadas. Informou-se que, caso o familiar mudasse de idéia e decidisse participar, poderia entrar em contato com a entrevistadora no Hospital-Dia. Tal fato não ocorreu, fechando-se no total de 52 famílias participantes.

Quando se analisaram os dados da população entrevistada, concluiu-se que a clientela mais freqüente do Hospital-Dia é a de pacientes crônicos, os solteiros, com idade jovem, predominando o quadro de esquizofrenia. Chama a atenção a grande concentração de solteiros, explicado pela doença se manifestar

na idade produtiva entre 15-35 anos, que também coincide com o início dos relacionamentos. Vale ressaltar que foram consideradas casadas também as pessoas que relataram morar junto de maneira estável com o companheiro ou companheira.

Esses dados ratificam os achados de McGorry e Edwards (2002) quando afirmam que o fato de as primeiras manifestações da doença ocorrerem na faixa etária da adolescência e do adulto-jovem e o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o começo do tratamento varia de meses até anos. Tal fato pode prejudicar a pessoa, causando conseqüências graves nas relações pessoal e social. Essas seqüelas poderiam ser minimizadas com o tratamento precoce, ser diagnosticado antes o problema.

Paralelamente, Chaves, Mari e Shirakawa (1998) alertam para a possibilidade de o portador de doença mental apresentar maior dificuldade para a realização das atividades relacionadas à vida social, como fazer visitas, assistir à televisão, acompanhado de familiares e amigos, praticar esportes, devido ao seu isolamento.

A dificuldade de interação social pode ter contribuído para a predominância de solteiros, uma vez que um dos sintomas do portador de doença mental é o isolamento e ainda mais quando fortalecido pela própria família devido à discriminação e à dificuldade de aceitação do portador de doença mental.

Os resultados obtidos mostraram que a maioria dos egressos faz algum tipo de tratamento psiquiátrico atualmente e tem percepção de que existe a doença. Esse dado pode revelar provável influência do atendimento no Hospital-Dia. Tal consideração se deve ao fato de o atendimento incentivar a adesão ao medicamento e à continuidade do tratamento após a alta, aspectos indispensáveis para a socialização e a autonomia do paciente.

Quanto ao sexo dos egressos, constatou-se que houve igualdade na participação: 50% para os do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Com relação ao diagnóstico clínico predominante de esquizofrenia, 59% dos casos referem-se aos homens e 41% às mulheres. Esses dados estão de acordo com Nunes Filho et al (1996) que afirmam que a esquizofrenia acomete igualmente os dois sexos, porém a idade de início da doença varia entre 15 e 25 anos para os

homens e é, em média, um pouco inferior à do sexo feminino que ocorre entre 25 e 35 anos.

Nos resultados referentes à escolaridade, o percentual encontrado de alfabetizados é considerável entre os egressos. Isso vem sinalizar quais as práticas podem ser desenvolvidas pelos pacientes nas diversas possibilidades terapêuticas que possam vir a ser realizadas no Hospital-Dia durante o tratamento.

Outro dado relevante foi à presença predominante da mãe e/ou de um membro familiar do sexo feminino como participante da pesquisa e/ou da assistência ao paciente. A questão social da vocação "do cuidar" apresenta-se de forma acentuada revelando mais uma vez o papel da mulher, principalmente, por ser a mãe a mantenedora dessa função. Chaves et al (1998) afirmam que é a mãe a pessoa mais importante para o paciente e que permanece mais tempo com ele. Também Tsu (1993) explica que as mulheres constituem a maior parte de acompanhantes devido a um expressivo gasto de tempo na assistência ao paciente e que, culturalmente, é declarado como incumbência feminina.

Deve-se considerar a sobrecarga que essas mulheres enfrentam e deve-se fomentar ainda mudanças de procedimentos concernentes à participação de todos os membros da família no atendimento do paciente. É necessária a abertura de um espaço para os outros membros da família participarem de reuniões, com abordagens diferenciadas de caráter informativo, educativo e preventivo a respeito da doença mental. O resultado esperado com a inclusão de outros membros é que a família se una e colabore junto às mães, facilitando a relação com o paciente e aumentando assim o vínculo familiar. Com as reuniões mensais para orientações terapêuticas, busca-se incluir familiares que, além das mães, participem ativamente no tratamento, tornem-se mais habilitados para cuidar do paciente, propiciando uma melhor compreensão do processo de adoecer.

Freqüentemente, percebe-se que a participação da família é difícil, pela tensão de conviver com o paciente, pois o tratamento no hospital-dia não o exclui de seu lar e a falta de tolerância para com ele cria a perspectiva para que o

hospital resolva logo o problema, para que ele melhore rápido e, isso, via de regra, não acontece, agregando nesse ponto também a família como “paciente”.

O atendimento em hospital-dia pretende fornecer condições para que o paciente restabeleça o vínculo com a família por meio da intervenção terapêutica da qual participa e da atenção intensiva aos aspectos clinicamente melhorados, ampliando sua visão sobre a doença e levando-o à percepção de que poderá ser ajudado e qual o tipo de tratamento oferecido. Para isso, é preconizada a participação da família de forma incondicional a fim de encontrar soluções junto a ela durante o tratamento e a importância do lugar que o paciente ocupava e ocupa hoje no seio familiar, para desenvolver maior autonomia para ele.

Analisando-se os dados da primeira ajuda procurada logo após os primeiros sintomas, tipo de tratamento e local de internação, observou-se que os familiares dos pacientes procuraram ajuda especializada para o problema, o que demonstrou um certo grau de esclarecimento. Verificou-se ainda que a maioria procurou como primeira opção o tratamento psiquiátrico e 76,92% dos egressos foram internados, devido ao seu quadro clínico. Considerando-se os números apresentados, chega-se a um considerável índice de egressos que se submeteram direta ou indiretamente a um modelo de tratamento pertinente ao seu comprometimento e/ou comportamento quando deparados com o problema.

Observou-se, nos resultados a respeito do tempo da primeira internação psiquiátrica, que a maioria dos egressos internados no pavilhão psiquiátrico permaneceu até 30 dias. Isso ocorre para que o paciente fique o menor tempo possível longe de seu meio familiar e comunidade na qual vive. O mesmo não acontece para o atendimento no Hospital-Dia, face à característica do tratamento oferecido, no qual a admissão do paciente não quebra o vínculo familiar e também a participação da família é imperativa no processo do tratamento. A grande maioria dos pacientes permanece até 120 dias ou mais, de acordo com sua evolução, sendo necessária muitas vezes uma permanência maior.

Neste trabalho, verificou-se que predomina a não-adesão ao medicamento e agitação dos egressos como o motivo de admissão no Hospital-Dia. É interessante notar que, durante as entrevistas, a queixa maior das famílias era a dificuldade em administrar a medicação, da não-aceitação dessa por parte

do paciente. A família relatou utilizar até artifícios como colocar o medicamento no suco, no leite, entre outros. Algumas vezes, houve solicitação para que a entrevistadora esclarecesse ao egresso sobre a importância da medicação e que não poderia ficar sem ela. Em casos mais graves, orientou-se a família para que voltasse ao Ambulatório de Psiquiatria da Santa Casa a fim de que o egresso fosse avaliado pelo médico.

No que diz respeito ao tipo de assistência profissional recebida no Hospital-Dia, verificou-se uma equivalência entre os egressos que receberam tratamento de toda equipe (assistente social, auxiliar de enfermagem, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional) e os pacientes que deixaram apenas de receber atendimento psicológico, o que demonstra a caraterização e busca do trabalho multidisciplinar da instituição.

Considerando-se as atividades realizadas no Hospital-Dia, houve a preferência dos pacientes pelas artesanais: pintura, tecelagem, gesso, costura, bordado, crochê e reciclagem. Os dados indicam uma escolha maior pelas atividades terapêuticas construtivas e expressivas, que permitem ao paciente construir, compartilhar e mostrar seus projetos pessoais, revelando a outras pessoas o resultado da atividade, compondo o seu dia-a-dia, bem como o interesse por atividades que possam ser praticadas em casa. De acordo com Francisco (1988), as atividades expressivas como: pintura, desenho, gesso, principalmente na área da psiquiatria, são atividades que contribuem e promovem a inter-relação pessoal. A atividade construtiva, ou chamada de produção, é um instrumento que permite capacitar a pessoa para a realização de uma tarefa com sistema de interação a fim de produzir resultados satisfatórios, desenvolvendo habilidades da melhor forma possível.

Analisando os dados sobre o tratamento atual, percebeu-se que a maioria dos egressos declarou que, no momento, faz algum tipo de tratamento. Quanto à distribuição do tipo de tratamento realizado atualmente, observou-se que a soma de todos os tipos de tratamento psiquiátrico, inclusive ou ambulatorial, chega-se a um percentual de 59,62% dos egressos, e que a maior parte dentro desse percentual faz acompanhamento em ambulatório de saúde mental, incluindo-se algum tipo de tratamento psiquiátrico. Pôde-se inferir que esse fato, pode indicar a

percepção da existência da doença, tanto por parte dos egressos como por parte de seus familiares que procuram o tratamento específico.

Com relação aos dados que retratam o conhecimento da patologia por parte dos familiares e do próprio paciente, verifica-se um significativo nível de percepção da doença por parte do conjunto egresso-família. Esse resultado aponta para a importância por parte da equipe em mostrar ao paciente as suas potencialidades e assim favorecer a organização de seu cotidiano, de sua capacidade de realizar as ações do dia-a-dia e organizá-las. Essa abordagem permite ao paciente a vivência das atividades, mudanças no comportamento e conseqüentemente a aceitação do quadro clínico e da convivência com a doença dentro de seus limites, o que corrobora o sucesso do seu tratamento.

Quando verificados os dados que retratam as atividades após a saída do Hospital-Dia, eles mostram que, embora o tratamento atenue os sintomas, e estabelece-se melhor a relação afetiva com sua família e vice-versa, por estar mais humanizado, porém o fator inserção social atinge apenas uma pequena parcela dos pacientes.

Parece existir uma lacuna no atendimento ao paciente quando é dada a alta do Hospital-Dia. Considerando-se que a maioria é de pacientes crônicos, com dificuldade de relacionar-se e manter vínculos afetivos é primordial o acompanhamento por parte da equipe na continuidade do tratamento. Esse acompanhamento teria por objetivo estimular o paciente e servir de suporte para seu convívio familiar e social e, se possível, no sistema produtivo.

Ao considerar a atividade laboral dos egressos, hoje, essas atividades distribuem-se da seguinte forma: a maioria dos egressos não faz parte da população economicamente ativa (PEA). Porém, não se pode deixar de relatar que nesse alto índice incluem-se 19,23% das mulheres ativas em seus lares. Observa-se que, de certa forma para essas mulheres, houve a inclusão em seus lares e comunidade na qual vivem, na condição de se sentirem capazes e produtivas. Vale a pena ressaltar que, aproximadamente, 90% dos egressos ainda não têm uma atividade remunerada. Também estão incluídos os aposentados, não por tempo de serviço e sim por invalidez por causa da doença.

Observou-se um percentual de 48,08% dos egressos sem ocupação atualmente e, desse percentual, 64% são do sexo masculino. Esses dados estão de acordo com as pesquisas descritas por Chaves et al (1998), apontando que parece ser o homem o mais prejudicado no desempenho social, na tentativa de sobreviver às necessidades de seu papel em sociedade, e que a mulher consegue pelo menos realizar os afazeres domésticos, sendo uma “do lar”, o que se pôde constatar também na presente pesquisa.

Após o tratamento terapêutico no Hospital-Dia, as mulheres participavam mais dos afazeres domésticos; algumas, com total independência, pois a Terapia Ocupacional, nesse caso, inicia o procedimento pelo “fazer em casa”, sustentando a construção de seu cotidiano interrompido pela doença. Como relata Tsu (1993), a situação feminina é atenuada pelas atividades domésticas, podendo passar mais desapercebida a falta de independência social. Porém, permanece ainda a maior dificuldade que é a inserção nas atividades laborais e de lazer em sociedade, devido à tendência ao isolamento do paciente, o que impõe a necessidade de se estudar, de forma específica, a questão, a fim de identificar atividades que promovam ainda mais a inserção social, auxiliando assim as propostas preconizadas pelo Hospital-Dia.

Vale ressaltar que uma parcela significativa dos egressos manteve algum tipo de atividade social; no entanto, apenas 23% desses a praticam regularmente. Esses dados podem indicar a dificuldade do paciente alcançar a inserção na área social. Uma questão que merece consideração é a capacidade da sociedade acolher esses egressos. O processo de inserção social é recíproco, o indivíduo precisa estar capacitado para essa inserção, e por outro lado a sociedade precisa estar capacitada para recebê-lo de forma inclusiva.

Examinando-se os dados sobre as diferenças entre tratamentos no Hospital-Dia e outros, fica evidenciada a importância do Hospital-Dia como forma de tratamento, pois se vê que 67,31% dos egressos apontam a satisfação quanto ao tratamento, em virtude do envolvimento da família, tipo de atividades ocupacionais, enfim, uma melhor integração com o meio social no qual vivem.

Quando foram analisados os dados sobre os tipos de melhoras do egresso, constatou-se que os participantes, pacientes e familiares, consideram ter

havido melhoras, para uma significante parcela, quando foram consideradas a adesão ao tratamento, a melhor aceitação do medicamento, o melhor conhecimento sobre a doença, a participação familiar e também no que diz respeito a sua maior independência.

Esse resultado permite inferir sobre a importância da atividade terapêutica nesse tipo de tratamento. Essa atividade possibilita a sustentação de um viver gradativo, isto é, ampliando cada vez mais a integração e a criatividade dos pacientes nos fatos que envolvem o seu meio. Existe a necessidade de continuar o acompanhamento da evolução dos pacientes após a saída do Hospital-Dia, para que se identifiquem prontamente sinais de piora do seu quadro que estejam comprometendo os vínculos familiares e sociais.

É interessante observar as respostas dos familiares sobre a distribuição dos egressos segundo o local de moradia, aceitação ou não pelos moradores da casa e ameaças de novas internações, pois a maioria mora com a família na mesma parte da casa, são aceitos totalmente pelos membros que a compõem e não são ameaçados de novas internações, mesmo quando a família acredita ser isso necessário. Esses dados sugerem que hoje há uma maior relação afetiva familiar entre eles, fato também trabalhado no Hospital-Dia.

O sistema de saúde mental está mais humanizado, percebendo o paciente e não somente a doença, preocupado com o seu engajamento na sociedade e, para isso, nada mais significativo, se a própria instituição que promove a reabilitação psicossocial abrir as portas para alguns casos viáveis de contratação para os seus serviços. Poderão ser capacitados e acompanhados pela própria equipe da unidade. Será que as amarras do estigma e da discriminação não necessitam ser derrubadas também por aqueles que apresentam maior conhecimento científico e vivência da situação?

Os portadores de doença mental crônica necessitam da valorização de seus aspectos sadios, contribuindo para o desenvolvimento do seu potencial laboral.

A constatação desse fato incentivou a pesquisadora juntamente com a equipe para criar, em abril de 2002, o Ambulatório de Terapia Ocupacional em Saúde Mental, com a finalidade de complementar o tratamento do Hospital-Dia

pós-alta. O objetivo é proporcionar aos pacientes, segurança, autonomia e conseqüente redução no índice de internações, favorecendo melhores condições de vida. Percebeu-se que os egressos que freqüentavam os grupos de esquizofrenia, sentiam dificuldade na inserção social, mesmo em família. Esse primeiro grupo do Ambulatório de Terapia Ocupacional em Saúde Mental contou com seis pacientes, que passaram a participar semanalmente das atividades.

Após dez meses ininterruptos de atuação do grupo, alguns resultados merecem ser comentados. Um egresso, com 23 anos, concluiu o curso de informática e apresenta-se seguro e independente na sua vida social, está sendo preparado para alta. Uma paciente está realizando trabalhos, sob encomenda, de bordados, tecelagem e faz aula de violão. Outra paciente necessitou assumir a casa para a filha trabalhar e após grande esforço, está atuando adequadamente em seu lar. Outro paciente construiu uma horta em casa, ajuda nos serviços domésticos e mora com a mãe aposentada. Já outro egresso desligou-se do grupo por ter conseguido um trabalho de ajudante em reforma de cadeiras.

Todos os membros do grupo tinham o diagnóstico de esquizofrenia, sem reagudizações, nem reinternações, até o presente momento, e conscientes do problema e das responsabilidades principalmente dos medicamentos. Segundo os familiares, esses pacientes melhoraram o comportamento, estão mais ativos até então. Percebe-se o interesse e o entusiasmo quando eles chegam para a sessão, não faltam e quando acontece justificam; são pontuais e hoje amigos, participam com seus familiares da Associação dos Doentes Mentais.

Percebe-se a dificuldade de os profissionais da equipe do Hospital-Dia trabalhar de forma interdisciplinar; isso, com certeza, dificulta o processo de inserção social desses pacientes. Concomitante a isso, existe a precariedade financeira de muitas famílias, o que muitas vezes impede a continuidade do tratamento. Os gastos com o transporte, e, alguns casos, a disponibilidade de um familiar para levar e ir buscar o paciente são obstáculos a serem considerados no planejamento de intervenções para a área de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hospital-dia precisa ser uma alternativa de inserção social e não apenas um local para tratamento medicamentoso. Essa alternativa tem a função de oferecer atenção intensiva ao paciente, mantê-lo integrado ao convívio familiar e social, evitando a sua reinternação e cronificação.

Ressalta-se que o processo de inserção social do portador de doença mental necessita ser permanente e ininterrupto, e para que isto aconteça é primordial o trabalho integrado da equipe multidisciplinar, família e paciente, para que se estabeleça uma prática sistemática de atendimento. Por outro lado, num âmbito mais geral, se faz premente que as reformas propostas por leis na assistência em saúde mental sejam postas em prática.

O hospital-dia visa possibilitar a inserção social do paciente, retirando-o de um processo excludente para um integrador, aumentando a sua sensação de participação, percebido e envolvido naturalmente em escolher seu modo de vida, podendo participar do contexto familiar, envolvendo-se nele, ao mesmo tempo em que almeja isso, o objetivo se torna desigual entre os pacientes, e dependerá muito do envolvimento familiar no processo de tratamento. O processo de inserção social exige ações complexas e desafiadoras por meio de um trabalho integrado de paciente, família, equipe, instituição e a sociedade para a obtenção de resultados positivos.

Hoje, a história mostra as seqüelas deixadas pelo tratamento dos grandes hospitais psiquiátricos tradicionais, como a perda da identidade pessoal, a alteração da identidade cultural, além do estigma que, mesmo com as novas alternativas ainda se mantêm.

Este trabalho buscou traçar o perfil sóciodemográfico e clínico da população que freqüenta o Hospital-Dia. Essas informações podem se somar para que se possibilite e permita que seja mais um meio saudável de o paciente portador de doença mental ser atendido, para que não se repitam os erros cometidos no passado, evidenciados no estudo pela descrição da evolução histórica da assistência ao portador de doença mental ao longo dos anos até os dias atuais.

Por meio dos registros, relatos dos egressos e seus familiares, concluiu-se que para os familiares existem vários tipos de tratamento com diferentes abordagens, e que a credibilidade no tratamento psiquiátrico oferecido é notória.

Os familiares aceitam o paciente em sua própria moradia, o que evidencia significativas modificações na relação afetiva entre eles. Ainda que inovador, o tratamento terapêutico por meio de novos procedimentos, novas técnicas e atividades terapêuticas, principalmente em grupo, fornecem aos pacientes oportunidades de melhorar o aspecto relacional, a comunicação, a integração e o aumento da afetividade com a formação de novos vínculos. Mesmo assim, o egresso continua enfrentando o preconceito e o desafio para sua inserção no meio em que vive continua.

A origem do transtorno mental ainda é uma questão complexa, e cada paciente reage de diferentes maneiras frente a uma mesma situação. Enquanto o tratamento medicamentoso estabelece a remissão dos sintomas, o tratamento terapêutico multidisciplinar busca o comportamento laboral e social integrado ao meio no qual ele vive.

A prática terapêutica mostrou que o viver em grupo não garante a cura, mas facilita a vida e a troca social e, com certeza, o isolamento no sistema asilar não viabiliza sua autonomia para o social, além de romper os laços familiares, afetivos e o caminho da vida anterior, levando-o à deterioração pessoal e social.

Ficam evidentes a importância e a relevância científica em aprofundar estudos para novas propostas visando articular meios para a inserção na sociedade do portador de doença mental, utilizando-se de alternativas como hospitais-dia, com suas vantagens e, num processo contínuo de assistência, buscar soluções, que amenizem o sofrimento de pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. Psiquiatria: uma prática de liberdade? O papel do legislativo federal na reforma psiquiátrica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 17, 1999, Fortaleza. **Publicação...** Fortaleza. 15 out.,1999. p.1-11.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ANDREOLI, S. B. **Perfil dos pacientes atendidos na rede de assistência psiquiátrica da cidade de Santos.** Santos: Unisantos, 2001. Disponível em http://lattes.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=7663406QDL20. Acesso em: 04 nov.2002.

ARRUDA, E. **Terapêutica ocupacional psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Brasil, 1962.

BASTOS, O**. A história da psiquiatria em Pernambuco e outras histórias.** São Paulo: Lemos, 2002.

BANZATO, C. E. M.; RAIMUNDO, A. M. G.; MALVEZZI, E.; RIBEIRO, C. A. S. Hospital-Dia do S.S. Dr. Cândido Ferreira: avaliação do primeiro ano de funcionamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, v. 42, n.4, p. 197-201; maio, 1993.

BOTEGA, N. J. Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências. In: _____ (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral:** interconsulta e emergência. Porto Alegre: ARTMED, 2002, cap. 1, p. 15-30.

BRASIL, Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Caderno Informativo - Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde Brasília DF, 2001. 68 p.

_____. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, DF, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental,1994. 36p.

_____. Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília, 1996.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social:** problemas brasileiros de saúde mental. São Paulo: Atheneu, 1989.

CHAVES, A. C.; MARI, J. J.; SHIRAKAWA, I. Gênero, sintomas e desempenho social na esquizofrenia In: _____. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos, 1998, p. 103 – 118.

COSTA, S. E.; KODA, Y. M. Reflexões sobre o trabalho em um hospital dia: as inquietudes da construção de uma prática. In: FERNANDES, M. I. A.; VICENTIN, M. C. G.; VIEIRA, M. C. T. (Org.). **Tecendo a rede:** trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999, cap. 5, p. 287-296.

EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. **Manual de psiquiatria.** 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1978.

FIGUEIREDO, G. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das Santas Casas. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 133; set. 2000.

FIGUEIREDO, G. **O príncipe e os insanos.** São Paulo: Cortez, 1988.

FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional**. Campinas: Papirus, 1988

GENTIL FILHO, V. Projeto Delgado, substitutivo Rocha ou uma lei melhor? **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 23; n.1, mar. 2001. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1516-44462001000100001&lng>. Acesso em: 18 abr. 2003.

GUIMARÃES SÁ, I. dos. **Quando o rico se faz pobre:** Misericórdias, caridade e poder no império português 1500-1800: comissão nacional para as comemorações dos descobrimentos portugueses. Lisboa: Gráfica Maiadouro,1997.

HERRERO, E.; ZACRISON, R. M. Hospital dia em saúde mental infantil santana: o percurso de uma perspectiva clínica. In: FERNANDES, M. I. A.; VICENTIN, M. C. G.; VIEIRA, M. C. T. (Org.). **Tecendo a rede:** trajetórias da saúde mental em

São Paulo 1989-1996. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999, cap. 3, p. 197-214.

JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. **Saúde mental:** da prática asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos, 2000.

KILIAN, R.; LINDENBACH, I.; LOBIG, U.; UHLE, M.; ANGERMEYER, M. Self-perceived social integration and use of day centers of persons wih severe and persistent schizophrenia living in the community: a qualitative analysis. **Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology**, Leipzig, v. 36, n.11, p. 545-563, 2001.

KITCHEN, G.; REYNOLDS, T.; ASHAYE, O.; PHILPOT, M.; ORRELL, M. A comparison of methods for the evaluation of mental health day hospitals for older people. **Journal of Mental Health,** United Kingdom,v. 11, n. 6, p. 667-676, 2002.

LIMA, M. C. P.; BOTEGA, N. J. Hospital Dia para quem e para quê? **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 23; dez. 2001. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1516-44462001000400006&Ing. Acesso em: 18 abr. 2003.

LUIS, M. A. V. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. **Saúde mental: da prática asilar ao terceiro milênio.** São Paulo: Lemos Editorial, 2000, cap. 1, p. 15-40.

MCGORRY, P. D.; EDWARDS, J. **Intervenção precoce nas psicoses.** São Paulo: Janssen – Cilag, 2002.

MEDEIROS, E.; CHATAIGNEIR, G. M. C.; SILVA FILHO, J. F. Grupo de familiares do hospital-dia: sociabilidade, loucura e comunicação terapêutica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, set. 1993, v. 42, n.8, p. 449-451.

MEDEIROS, T. Psiquiatria e Nordeste: um olhar sobre a história. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 21; n.3, jul/set. 1999. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S151644461999000300010&Ing >. Acesso em: 18 abr. 2003.

MIRA Y LÓPEZ. E. **Psiquiatria – psiquiatria clínica**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cientifica, 1959, v. III.

MIRANDA, C. M. L. Internação psiquiátrica e reabilitação psicossocial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, set. 1998. v. 47, n. 9, p. 437-439.

MIRANDA SÁ JÚNIOR, L. S. de. **Comunicação pessoal**. Campo Grande: Assessoria de Comunicação da Santa Casa,1995.

NUNES FILHO, E. P.; BUENO, J. R.; NARDI, A. E. **Psiquiatria e Saúde Mental:** conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu, 1996.

OLIVEIRA, F. B. Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. **Saúde mental:** da prática asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos, 2000, cap. 3, p. 55-66.

OLIVEIRA, F. B. Grupo operativo no hospital-dia. Uma alternativa de atendimento em saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, nov. 1995. v. 44, n. 11, p. 583-587.

RAIMUNDO, G. A. M.; BANZATO,M. C. E.; SANTOS, A. dos V.; PALMIERI, T. C. Hospital-Dia em psiquiatria: revisão dos últimos cinco anos de literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, abr. 1994. p. 205-211.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A; COSTA, N. do R. (Org.). **Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000, cap. 1, p. 15-74.

RIBEIRO, A. M.; FELIPPE, H. A mídia e a estrutura da assistência psiquiátrica brasileira. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. **Saúde mental:** da prática asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos, 2000, cap. 2, p. 41-54.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S. Por uma ética das práticas em saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, jun. 1997. v. 46, n.6, p. 331-337.

SILVEIRA, C.; ROLNIK, D.; MONTEIRO, T.; GONÇALVES, F.; TUCUNDUVA, L.; PEREIRA, F.; GALLO, M.; LEITE, M. Perfil clínico e sócio-demográfico de pacientes com esquizofrenia de início recente admitidos em serviço hospitalar em São Paulo. In: Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 20, 2002, Florianópolis. **Anais...** Centro de Convenções Centrosul, ABP, Florianópolis, 2002. p. 334.

SZASZ, T. S. **A fabricação da loucura:** um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental. 2. ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SERRÃO, J. V. Nos 5 séculos da misericórdia de Lisboa: um percurso na história. **Oceanos Misericórdias cinco séculos,** Lisboa, n. 35, p. 8 – 24, jul./ set.1998.

SHIRAKAWA, I.; CHAVES, A. C.; MARI, J. J. **O desafio da esquizofrenia**. São Paulo: Lemos, 1998.

SILVA FILHO, J. F. da. Os hospitais de ensino, o Fideps e o Instituto de Psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, out. 1995. v.44 n.10, p. 493-495.

SLUCHEVSKI, I.F. **Psiquiatria.** México, DF: Grijalbo, S. A.1960.

TAPIA, L. E. R.; CONTEL, J. O. B. Experiência terapêutica grupal e reconstrução existencial de mundo do paciente: casuística em hospital-dia/FMRP-USP. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, out. 1996. v. 45, n.10, p. 581-584.

TSU.,T. A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - Vetor, 1993.

WALTON, M. R. Using needs assessments to understand continuing disability in pacients with enduring mental illness: implications for considerations of service development. **Journal of Mental Health**, New York, feb. 2002. v. 11, n. 1, p. 55-66,

ZUSMAN, J. A. Hospitalização parcial no Brasil: em busca de uma identidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, fev. 1995. v. 44, n.2, p. 63-66.

_____. Hospital-Dia: uma perspectiva histórico-crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria,** Rio de Janeiro, set. 1992. v. 41, n.8, p. 393-398.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MODELO DE QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Nome:

Médico: Diagnóstico: Prontuário n.º:

RG:

Data de nascimento.: Idade: anos.

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ). Natural de: UF: .

Religião: . Praticante sim ( ) não ( )

Ocupação: Renda :

Escolaridade: Série concluída:

Endereço:

Bairro:

Estado civil:

DADOS CLÍNICOS

1. Quando foi percebida a doença?

   Idade aproximada _____.

   Época _____.

2. Qual foi a primeira ajuda procurada?

   1. Pronto Socorro ( )

   2.Vizinho ( )

   3. Ambulatório de psiquiatria( )

   4. Centro de Saúde( )

   5. Polícia( )

   6. Corpo de Bombeiros( )

   7. Outro ( )

8. Não se lembra ( )
9. Hospital Geral ( )
10. Igreja ( )
11 Sanatório ( )
12. Clínica Geral ( )
13. Família ( )

3. Qual o primeiro tratamento realizado?
   1. Em psiquiatria( )
   2. Em clínica geral( )
   3. Em Pronto Socorro( )

4. Se houve internação, onde foi?
   1. Sanatório (Hospital Nosso Lar) ( )
   2. Santa Casa( )
   3. Pavilhão( )
   4. Hospital-Dia( )
   5. Outro ( )
   6. Não Houve ( )
   7. Hospital Geral ( )

5. Quanto tempo permaneceu internado?
   1. Meses( )
   2. semanas( )
   3. dias( )

6. Quanto tempo passou no Hospital-Dia? (Dias)
   1. Anos( )
   2. Meses( )
   3. Semanas ( )
   4. Dias( )

7. Por que foi admitido no Hospital-Dia?
   1. Não tomava medicação e estava agitado ( )
   2. Ficava muito tempo sozinho em casa( )
   3. Não fazia nada em casa, não dormia ( )
   4. Outro( )

8. Quais os tipos de atendimento que teve no Hospital-Dia?
   1. Médico, enf., Terapia Ocupacional ( )
   2. Médico, enf., Terapia Ocupacional, Psicologia ( )
   3. Médico, enf., Terapia Ocupacional, Assist. Social ( )
   4. Todos ( )
   5. Outro ( )

9. Quais os tipos de atividades que fez no Hospital-Dia?
   1.Artesanais ( )
   2. Esportivas ( )
   3. Culinárias ( )
   4. Feirinha ( )
   5. Horticultura ( )
   6. Outras ( )
   7. Não realizou ( )

10. Hoje, faz algum tipo de tratamento?
   1. Sim ( ) 2. Não( )

11. Que tipo ?
   1. Ambulatório ( )
   2. Hospital-Dia ( )
   3. Consultório ( )
   4. Outro( )
   5. Nenhum ( )
   6. Recebeu alta ( )

7. Pavilhão ( )
8. Sanatório ( )

12. A família ou membro dela, sabe qual a doença do paciente?
1. Sim ( ) 2. Não ( )

13. O paciente tem consciência de sua doença?
1. Sim ( ) 2. não( )

14.Como é o comportamento do paciente em crise?
1. Irritado, teimoso, fala muito ( )
2. Cria estórias sem sentido, conversa sozinho ( )
3. Ouve vozes ( )
4. Quebra as coisas, agressivo, agitado( )
8. Chora muito, não dorme, não fala( )
11.Vê coisas ( )
14.Fala muito, fala alto, inquieto ( )
16.Outro ( ) ?

15. Trabalhou ou estudou após a saída do Hospital-Dia?
1. Trabalhou( ) onde? _____.
2. Estudou ( ) série: _____.
3.Trabalhou e estudou ( )
4. Não ( )
5. Aposentado ( )
6. Afazeres domésticos ( )

16. Se recorda quantas vezes aproximadamente foi admitido no Hospital-Dia?
1.Sim ( )_____vezes 2. Não ( )

17. Qual o membro da família, amigo, pessoa que participa diretamente do tratamento?_____

18. Houve diferença entre o tratamento realizado no Hospital-Dia com outros tipos de tratamento que realizou?

1. Sim( ) 2. Não( ) 3. Único tratamento ( ) ?

19. Se houve, quais foram?

1. O atendimento ( )
2. As atividades( )
3. O horário( )
4. Outros internos ( )
5. O tratamento( )
6. Trabalho com a família( )
7. Assistência a outras clínicas ( )
8. Outro( )
10. Tratamento só no Hospital-Dia ( )

20. Acredita que houve melhoras ou pioras no comportamento do paciente após a assistência no Hospital-Dia?

1. Piora ( )
2. Melhora ( )
3. Sem alterações( )

21. Se houve melhoras, quais foram?

1. Tornou-se mais independente e mais calmo( )
3. Aceitou melhor a medicação e conheceu melhor a doença ( )
4. Interagiu mais com os outros( )
5. Permaneceu mais tempo sem crise( )
7. Outro( )

Se houve pioras, quais foram?

8. Tornou-se mais dependente( )

9. Tornou-se mais irritado( )
10. Não aceitou a medicação( )
11.Interagiu menos com os outros( )
12.Permaneceu menos tempo sem crise( )
13.Não conheceu melhor a doença( )
14.Outro( )

22. Outras informações que gostaria de apresentar a cerca do atendimento no Hospital-Dia:_____

DADOS PSICOSSOCIAIS

1. Onde o paciente vive atualmente?
   3. Com a família na mesma casa( )
   4. Com a família, em quarto distanciado do corpo da casa( )
   5. Vive sozinho( )

2. Os moradores aceitam o paciente ?
   1. Totalmente( )
   2. Parcialmente( )
   3. Não aceitam( )

3.Ameaçam o paciente sobre com novas internações, quando acreditam ser necessário?
   1. Sim ( ) 2. Não( )

4. O paciente está trabalhando atualmente?
   1. Sim( ) 2. Não( )

5. Quanto tempo de trabalho diário?
   _____ .

6. Hoje, realiza atividades de lazer, quais?

1. Sim ( ) 2. Não( )

R:_____ .

7. Qual é a freqüência da atividade?

1. Diária( )
2. Semanal( )
3. As vezes( )

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DA FAMILIA E/OU DO EX - PACIENTE.

Declaro (amos) ter sido solicitado pela terapeuta ocupacional do Serviço de Psiquiatria da Sociedade Beneficente de Campo Grande (Santa Casa), a Sra. ANA MARIA DE OLIVEIRA ALVES, mestranda em Psicologia e Saúde Mental e Sociedade e suas colaboradoras Bethânia Loureiro Carneiro, terapeuta ocupacional; Érica Eiko Tome Sinzato, Flávia Peralta Marcondes, Franciele Cristina Chignolli da Silva, Laura Maria Beladelli e Sandra Márcia Ferri , acadêmicas do 6º semestre do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), para entrevista e que a mesma será utilizada como meio de procedimento de coleta de dados para sua Pesquisa de Mestrado em Psicologia - Saúde Mental e Sociedade da UCDB, para obtenção de seu título de Mestre em Psicologia, de forma ética e sigilosa. Fui (omos) também informado (s) de que minha identidade e do membro de minha família será resguardada, mantendo-se em forma confidencial, em caso de publicação dos dados obtidos ou sua utilização em estudos futuros.

Declaro (amos) ainda que, ao concordar (mos) com estas medidas, minha (nossa) decisão foi voluntária e sem qualquer tipo de pressão.

Nome do ex-paciente _____

Nome do familiar / responsável_____

RG_____ grau de parentesco_____

Assinatura do ex-paciente _____

Assinatura do familiar _____

Campo Grande,____ de _____de 2000.