

Está o hospital-dia indicado para pacientes em crise?

Luiz Fernando Paulin¹

O processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, também denominado de Reforma Psiquiátrica, que começou a ser implantado no início dos anos oitenta, em contraposição ao modelo tradicional, tipicamente hospitalocêntrico, segregador e cronificante, propôs uma rede de serviços em saúde mental, diversificada, descentralizada, integrada à rede de serviços de saúde e a outros recursos sócio-comunitários. Baseado nestes princípios⁵, novos modelos de atendimento foram criados, como pronto-socorro, enfermaria psiquiátrica em hospital geral, ambulatório de saúde mental, lares abrigados, oficinas terapêuticas e, o denominado Hospital-Dia (HD)².

Segundo BANZATO et al.¹

“o Hospital-Dia é definido enquanto recurso assistencial de internação parcial que contribui para a diminuição da prática de exclusão do doente mental. Ele se constitui enquanto referência para os centros de saúde e ambulatórios de saúde mental, no intuito de evitar a internação integral e lidar com situações que demandam cuidados intensivos. Tem também por objetivo, respaldar os pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, buscando reduzir o tempo de internação integral”.

Esta definição chama a atenção quanto ao papel do HD enquanto um serviço controlador de fluxo às internações integrais, bem como elemento alternativo à permanência, muitas vezes longa e desnecessárias no hospital psiquiátrico.

Vale, neste momento refletirmos se HD enquadrar-se-ia no perfil de serviço que se propõe ao atendimento do paciente “em crise”. Alguns autores caracterizam este serviço como específico para pacientes egressos de internações integrais⁴. Outros,

no entanto, entendem o HD como elemento acolhedor de pacientes em crise, sendo que o próprio Ministério da Saúde, através da portaria 224 de 29 de janeiro de 1992, propõe os HD como responsáveis pelo atendimento às apresentações agudas da doença mental, devendo “oferecer um cuidado intensivo por um período máximo de 45 dias, com uma estrutura de apoio que se aproxima do modelo médico”⁸.

Vale, neste momento, refletirmos um pouco daquilo que denominamos “crise”. Sifneos define crise como “uma resposta a acontecimentos perigosos, experimentada como um estado doloroso. É possível que, ao resolver a crise, o paciente possa ficar em melhor estado de espírito, superior ao de antes do início das dificuldades psicológicas se o paciente usar reações inadaptadas, o estado doloroso será intensificado, a crise se aprofundará e ocorrerá uma deteriorização progressiva”. O paciente em crise pede mais acolhimento que estimulação. Para ZUSMAN⁸,

“o papel de um HD é tanto terapêutico como profilático pois pode, a um só tempo, tratar um distúrbio emergente e contribuir para prevenção de futuros distúrbios oriundos de uma primeira ‘crise’ mal cuidada ou mal encaminhada”.

Para DELLÁCQUA & MEZZINA³,

“é seguramente difícil uma definição única de crise em psiquiatria. Qualquer esquema para defini-la deve, em todo caso, considerar a organização psiquiátrica existente naquela área e naquele momento histórico particular”.

Para esses autores, quando a pessoa em crise entra no círculo psiquiátrico, o hospital psiquiátrico representa, via de regra o terminal.

Certamente estamos diante de uma discussão bastante instigante, ou seja, a “crise” se define pela organização psiquiátrica existente?

(1) Professor Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade São Francisco, Bragança Paulista, SP.

Segundo autores italianos³,

“os centros para a crise, tendem geralmente, a propor instrumentos de intervenção rápidos e precoces que tenham como objetivo a solução rápida do problema fora do circuito psiquiátrico e, em particular, destinam-se a reduzir as internações no hospital psiquiátrico. Tais intervenções terapêuticas são, todavia, de curta duração e não dispõem de instrumentos para oferecer uma tutela global ao paciente em crise; portanto, não podem reelaborar os possíveis fracassos e, de fato, encaminham os pacientes a outras instituições mais adequadas e, finalmente, ao hospital psiquiátrico, confirmando o papel central deste. Ou seja, enquanto não desconstruir o manicômio, não se modifica absolutamente o modelo cultural de referência”.

Esta crítica radical ao modelo psiquiátrico tradicional que permeou a denominada “Psiquiatria Democrática Italiana”, define o papel central dos serviços de saúde mental, através de uma ruptura que extrapola o papel clássico organizacional, buscando um novo paradigma de abordagem que se define como a “tomada de responsabilidade”. Esta é entendida ao assumir a responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção. Assumir a responsabilidade quer dizer, assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento. A “tomada de responsabilidade” supera no plano concreto a antinomia internação/ambulatório típica do modelo médico. Ela não pressupõe um lugar definido no qual se dá.

Mas, na prática, o HD tem demonstrado sua maior eficácia quando comparado à internação integral. Schene e Gersons, citados por RAIMUNDO et al.⁶, revisaram trabalhos comparando a hospitalização parcial com a integral. Em uma pesquisa citada por estes autores, com pacientes graves, em que a mesma equipe tratava dos pacientes do HD e dos internados integralmente, com os mesmos programas, demonstrou que o grupo do HD teve melhora significativamente maior do ponto de vista psicopatológico e de ajustamento social, além de menor permanência em tratamento. Os do grupo de internação integral tiveram índice de reinternação duas vezes maior que o do HD, durante os 15 meses de follow up.

No entanto, alguns parâmetros devem ser levados em consideração, ao indicarmos a internação

do paciente em crise no HD. KERR-CORRÊA et al.⁴ chama a atenção de não restringirmos estas indicações a critérios definidos, como por exemplo o diagnóstico clínico. Em recente trabalho, os autores demonstraram que em um serviço de internação parcial, cerca de 25% dos pacientes que foram diagnosticados como “neuroses” pelo CID 9, mudaram o diagnóstico, independentemente do sistema classificatório usado (CID 9, CID 10 ou DSM-III-R). Ou seja, o diagnóstico não deve necessariamente ser um fator excludente, pois pode ser modificado ao longo da internação, ou mesmo depois. Outros critérios devem ser levados em conta como a viabilidade do acesso, praticamente diário ao serviço e, principalmente, a disponibilidade da família e da equipe em acolher o paciente em crise.

Finalizando, gostaríamos de apresentar alguns dados, pelo menos os mais significativos, do HD da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade São Francisco, que foi inaugurado em janeiro de 1995. Estes dados correspondem ao período inicial de 6 meses⁵.

O HD está situado na cidade de Bragança Paulista, contando com uma população regional de cerca de 300 mil habitantes, distribuídos em 10 municípios de pequeno e médio porte.

O município de Bragança Paulista possui um Ambulatório de Saúde Mental e um Hospital Psiquiátrico de Referência, em Amparo (distante 40 Km).

O HD funciona como serviço de referência do A.S.M. municipal, o Pronto Socorro do Hospital Universitário (que possui plantonista de psiquiatria), das Unidades Básicas de Saúde dos municípios da região e do Hospital Psiquiátrico.

O hospital universitário não possui leitos psiquiátricos, bem como o hospital especializado de referência regional, vive constantemente lotado; logo, não podemos nos dar ao “luxo” de sermos simplesmente um Hospital-Dia, pois na prática cotidiana, funcionamos enquanto uma “unidade síntese”, ou seja, atendemos pacientes em crise, funcionamos como CAPS, internamos pacientes para investigação diagnóstica, enfim, buscamos abarcar o máximo possível às necessidades que são apresentadas ao serviço.

Neste período de 6 meses, foram triados 93 pacientes, sendo que 45,2% foram internados no HD e, um dado significativo, apenas 1 (um) paciente teve indicação de internação imediata em Hospital Psiquiátrico.

Quanto aos pacientes internados, houve predomínio dos quadros afetivos e de linhagem

esquizofrênica (50%), tendo como média de internação 29,36 dias (tempo mínimo de 3 dias e tempo máximo de 73 dias).

Quanto ao motivo da alta, 63,34% receberam alta médica, 10% foram transferidos para hospital geral, 10% para hospital psiquiátrico e 16,7% abandonaram o tratamento, dado significativamente menor que a literatura internacional que está em torno de 27%.

Acreditamos que a busca incessante de práticas e modelos de atenção à saúde mental, pautados na pesquisa, avaliação e comprometimento dos profissionais no aprimoramento pessoal e do serviço, certamente resultarão na verdadeira essência de uma prática libertadora da saúde mental, independente do modelo a seguir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BANZATO, C.E.M., RAIMUNDO, A.M.G., MALVEZZI, E., RIBEIRO, C.A.S. Hospital-Dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira: avaliação do primeiro ano de funcionamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.42, n.4, p.197-201, 1993.
2. BRASIL. Ministério da Saúde Coordenação de saúde mental. *Plano de trabalho*. Brasília, 1994. 18p. (Mimeografado).
3. DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R. Respostas à crise. In: *A loucura na Sala de jantar de Jaques Delgado*. São Paulo : Resenha, 1991. p.53-79.
4. KERR-CORRÊA, F., LIMA, M.C.P., FORELLI, S.B., TIOZZO, A.M., ROCHA, A.L., FALCÃO, A.L. Estabilidade do diagnóstico de "neurose" em hospital-dia para agudos: da CID 9 para a CID 10. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.44, n.7, p.363-367, 1995.
5. PAULIN, L.F. *Avaliação dos seis meses iniciais do hospital-dia da USF*. Bragança Paulista, [s.n.], 1995 (Mimeografado).
6. RAIMUNDO, A.M.G., BANZATTO, C.E.M., SANTOS, V.A., PALMIERI, T.C. Hospital-Dia em psiquiatria: revisão dos últimos cinco anos de literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.43, n.4, p.205-211, 1994.
7. ZUSMAN, J.A. Hospitalização parcial no Brasil: em busca de uma identidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.44, n.2, p.63-66, 1995.