

Cod. Decro: 12758  
R13844203105 ex. 2  
19/08/05 - 1302

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -**  
**MESTRADO**

**ROCHELE MENDES MAIA**

**HOSPITAL-DIA: INTERFACES DE UMA NOVA**  
**CLIENTELA**

T 610.7368  
M188h  
ex. 2

**Orientadora: *Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Violante Augusta Batista Braga***

**FORTALEZA**

**2004**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -  
MESTRADO

*Rochele Mendes Maia*

**HOSPITAL-DIA: INTERFACES DE UMA NOVA  
CLIENTELA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem; Área de Concentração Saúde Comunitária; Linha de Pesquisa Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Violante Augusta Batista Braga

FORTALEZA

2004

M188p Maia, Rochele Mendes

Hospital-Dia: Interfaces De Uma Nova Clientela /  
Rochele Mendes Maia. – Fortaleza, 2004.

178f.

Orientadora: Profª Drª Violante Augusta Batista Braga

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

1. Saúde Mental. 2. Enfermagem Psiquiátrica. 3.

Hospitais-Dia. I. Título.

CDD 610.7368

# HOSPITAL-DIA: INTERFACES DE UMA NOVA CLIENTELA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Saúde Comunitária, Linha de Pesquisa Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde.

**DATA DE APROVAÇÃO: 10 / 08 / 2004.**

## **BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Violante Augusta Batista Braga**  
**Orientadora**  
**Universidade Federal do Ceará-UFC**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup> Ana Ruth Macedo Monteiro**  
**Membro Efetivo**  
**Universidade Estadual do Ceará**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lucilane Maria Sales da Silva**  
**Membro Efetivo**  
**Universidade Estadual do Ceará**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga**  
**Membro Suplente**  
**Universidade Federal do Ceará**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos sonhadores que me ajudaram a construir este sonho em realidade. Percebo que nomeá-los é praticamente impossível, principalmente pelo fato de não estar disponibilizado um espaço suficiente para esta finalidade. Mesmo assim, muitos passaram e outros ficaram e aí vão alguns representantes, os quais tenho declaradamente especial respeito e estima.

Em primeiro lugar, a *Deus* por ter me dado os instrumentos necessários para trilhar esta jornada e por permanecer em todos os momentos, tanto perto de mim quanto comigo, dando-me força capaz de não desfalecer diante de tantos obstáculos que o meio, os recursos e a gente mesmo oferece;

A minha mãe, *Graça*, pela fiel dedicação e amor prestados sempre e a todo instante, pelas alegrias emergidas de sua fala que encanta, mesmo em momentos cruciais, compartilhando sonhos e descartando obstáculos advindos de eventuais deslizos;

Ao meu pai, *Rogério*, ainda que não estivesse sempre presente, embora perto, seu exemplo de garra, confiança, determinação e tantas outras qualidades que me fizeram a pessoa que sou, permanecem sempre constantes na minha memória;

Ao meus Irmãos, *Renato* e *Elana Cássia* por dispensarem momentos nos quais podíamos estar nos divertindo e aproveitando fases de sua vida onde torna-se necessário o estar em grupo, em prol da realização deste sonho e pela compreensão em momentos muitas vezes conturbados, em que precisava de apoio técnico ou um carinho para voltar a caminhar;

Aos meus parentes, avó *Mazé*, tia *Inês*, meu primo *Yuri*, pela dedicação e amor dados a mim, diariamente;

Ao meu namorado, *Marcio*, que nos momentos felizes e menos felizes de minha caminhada se mostrou presente, verdadeiro amigo, por ter me ouvido nas horas que precisei, sua voz é força de apaziguamento ao meu coração, espero continuarmos juntos sonhando. Nunca esquecerei que você foi quem me deu asas, mesmo quando não reconhecia o valor de se buscar e conseguir um sonho;

À minha orientadora, *Violante*, pessoa capaz de me mostrar a luz de um caminho árduo, porém recompensador, com sua maneira firme e decidida de enfrentar,

revelou-me o amadurecimento necessário para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem;

À Professora *Salete*, por ter me introduzido no caminho de pesquisar, abrindo portas para descoberta de dádivas e pelo incentivo de lutar com garra para atingir minha meta;

À Professora *Fátima Maciel* por ter se prestado a seguir uma caminhada em conjunto, embora assuntos burocráticos fizeram com que esta façanha não fosse contemplada, quiçá em futuro próximo;

À professora *Irismar*, exemplo de nobreza e discrição, além de incentivo e confiança depositados em mim, em todos os momentos de minha trajetória, inclusive no presente;

À professora *Zulene*, por ter assentado uma semente de ensinamento a pensar e conversar com a vida, através de um amadurecimento do olhar cristão;

Aos pacientes assistidos no Hospital-dia, aos profissionais de Saúde Mental da Instituição pesquisada, que fizeram parte fundamental na pesquisa, sem eles não seria possível esta realização.

A Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa -*FUNCAP*- por ter ajudado financeiramente para consecução da pesquisa;

E a todos aqueles que direta ou indiretamente, fizeram parte desse trabalho.

**A TODOS AQUELES QUE ME REFERI NOS AGRADECIMENTOS, MAS EM**

**ESPECIAL**

**AO MEU PAI**

**A MINHA MÃE**

**AO MARCIO**

**A MINHA AVÓ**

**A PROFESSORA GRASIELA**

**A PROFESSORA SALETE**

**A PROFESSORA IRISMAR**

**A PROFESSORA FRANCIS**

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por idade, em valores absolutos e relativos dos pacientes internados no Hospital-Dia. Fortaleza-Ce, 2004. 75
- Tabela 2 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por profissão, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004. 79
- Tabela 3 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por convênio, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004. 109
- Tabela 4 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por segurados ou não do INSS, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004. 111
- Tabela 5 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por tipo de informante no momento da anamnese, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004. 112
- Tabela 6 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto à história familiar, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004. 118
- Tabela 7 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto à avaliação clínica, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004. 127
- Tabela 8 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto à Hipótese Diagnóstica, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004. 129
- Tabela 9 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto ao número de drogas utilizadas, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004. 134
- Tabela 10 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia por tempo de permanência, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004. 146
- Tabela 11 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto ao tipo de alta, em valores absolutos e relativos e o sexo. Fortaleza-Ce, 2004. 149

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por vínculo, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.	86
Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por naturalidade, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.	91
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por procedência, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.	94
Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por Estado Civil, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.	102
Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por Escolaridade, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.	104
Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por Religião, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.	107
Gráfico 7 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por Avaliação Clínica no momento da anamnese, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.	114
Gráfico 8 - Distribuição dos pacientes assistidos no Hospital-dia por Justificativa de Internamento, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.	122
Gráfico 9 - Distribuição dos pacientes assistidos pelo Hospital-dia por quantidade de internações, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.	136

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição dos pacientes atendidos no HD, por localização. Fortaleza-Ce,2004.	94
Quadro 2 - Distribuição dos pacientes atendidos no HD por grau de parentesco com familiar doente, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004	120

*O maior espetáculo do mundo, ainda continua sendo o homem.*  
(Autor desconhecido)

## RESUMO

A saúde mental vem se apresentando como um tema bastante instigante, no decorrer dos tempos, dividindo públicos nas formas de pensar e de conduzir a prática do lidar com o ser em sofrimento psíquico. Esta pesquisa se mostra relevante a proporção que, ao traçar o perfil dos pacientes assistidos por Hospital-Dia (HD), tentamos colocar em evidência o sujeito, retirando dele o fardo de ser objeto de intervenção, passando a ser personagem principal. Este estudo tem por objetivo traçar o perfil do usuário de um Hospital-Dia particular, através da identificação de seus aspectos pessoais e socio-econômico e da descrição do cenário da Instituição, com suas rotinas e condutas. Estudo exploratório-descritivo, de natureza quantitativa, realizado em um HD particular, localizado em Fortaleza. A população do estudo foi constituída de um total de 217 usuários, constituindo-se uma amostra de 172. Os dados foram coletados através do prontuário eletrônico, no período de outubro/2003 a janeiro/2004, sendo apresentados em gráficos, tabelas e quadro, sendo analisados a luz da literatura pertinente. Percebemos que a proposta técnica do hospital-dia pesquisado está em consonância com as normas estabelecidas para a atenção a pessoa em sofrimento mental. Esta pesquisa explica dificuldades, impasses e impotências, apresentados através do perfil de usuários de um dispositivo da assistência psiquiátrica prevista no novo modelo. Um grande impasse observado foi o da situação sócio-econômica, de classe, de exclusão social, que coloca as pessoas numa posição de vulnerabilidade, do ponto de vista das condições objetivas, materiais e também do ponto de vista das condições subjetivas, psicológicas e espirituais. Esta pesquisa tornou possível conhecermos aspectos intrínsecos e de fundamental importância para a utilização de serviços e de saberes que possam se maximizar o benefício ao ser humano.

## ABSTRACT

The mental health is presenting if as a theme plenty instigate that divided public in the thinking forms and of leading practices of working with being psychic suffering. This study has for objective to trace the patient's profile attended by a private Hospital-day (HD), in the period between May of 2001 to September of 2003, trying to identify the personal and socioeconomic aspects of the patients, collecting information since the implantation of the electronic handbook until September of 2003 and taken conducts of 172 patients, searching of describes the scenery of the hospital-day with its intervention routines. This study of the exploratory-descriptive nature with quantitative approach, was realized in the municipal districts of Fortaleza-Ce, in a HD liked with a institution that renders cares to the clientele formed by patients with psychic suffering. The collected data were always analyzed reflexively, your relationship with the bibliography on the thematic. The work culminated in graphs e pictures distributed among the thematic: characterization of the place of HD; the patient attended by HD: show the face of the consumers, We notice that the proposal technique of the researched Hospital-ay in consonance with the established norms for the psychiatric attendance. This rearch turns possible that we know intrinsic aspects of the psychiatric attendance. This research turns possible that we know intrinsic aspects of the fundamental importance for the use of services and knowledges that can maximized the benefit to the human being.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo Geral.....	22
2.2 Objetivos Específicos .....	22
3 REVISÃO LITERÁRIA.....	23
3.1 Resgate Histórico da Atenção em Saúde Mental.....	23
3.2 Processo Saúde-Doença Mental: conceito de saúde/doença mental.....	23
3.3 As Várias “Facidentidade” Da Loucura ao Sofrimento Psíquico.....	27
3.4 Reforma Psiquiátrica: políticas de saúde e de saúde mental – influências de movimentos internacionais na construção da Reforma Brasileira (ITÁLIA, FRANÇA, INGLATERRA, USA).....	33
3.5 Construção da Reforma Brasileira.....	36
3.6 O Hospital-Dia como Recurso Assistencial de Tratamento em Saúde Mental.....	38
4 METODOLOGIA.....	43
5 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO HOSPITAL-DIA .....	51
6 O PACIENTE ATENDIDO PELO HOSPITAL-DIA: Revelando a Face da Clientela ..	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	151
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	161
ANEXOS .....	167
Anexo 1.....	167
Anexo 2.....	168
Anexo 3.....	172

Anexo 4.....	173
Anexo 5.....	174
Anexo 6.....	175
Anexo 7.....	176

## 1 INTRODUÇÃO

A Saúde Mental vem se apresentando como um tema bastante instigante, no decorrer dos tempos, dividindo públicos nas formas de pensar e de conduzir a prática do lidar com o ser em sofrimento psíquico. Acreditamos ser uma das áreas de maior envolvimento com o social, por se apresentar, historicamente, em conformação com as diferentes manifestações humanas. Tendo como característica seu dinamismo, tanto no que se refere ao olhar voltado para o objeto - Loucura/Doença Mental/Sofrimento Psíquico, quanto ao sujeito - louco, doente mental, pessoa em sofrimento psíquico, que por sua vez necessita de cenários onde este personagem possa viver sua cena.

Muitos são os trabalhos desenvolvidos nesta área por diversos autores que, embora tenta mudar de face, ainda vem despertando questionamentos que nos fazem pensar acerca das transformações ocorridas até os dias atuais e que são base de futuras ações galgadas nas reflexões do momento atual. Inquietações, sob pontos de vista declaradamente distintos, que deram suporte às políticas de saúde mental, através de movimentos que se processaram após o período pós-guerra, como é citado por Amarante (1995) mas, que se fundamentam em práticas e saberes exercidos e desenvolvidos desde a história da espécie humana.

Mudanças ocorreram e estão se processando, à medida que buscamos concepções em diferentes momentos da história, que modelam e tentam se adaptar a variedades de populações, considerando seu modo de conceber e vivenciar o sofrimento psíquico em cada sociedade ou época.

Percebemos que em nome do sujeito possuído pelo sofrimento psíquico várias formas de tratamento foram prestadas, conforme o olhar dispensado pela sociedade em direção ao mesmo, que culminou no aparecimento de ambientes capazes de albergar saberes e práticas em torno desse sujeito.

Ao retomarmos aos primeiros registros da história, a fim de nos aproximar das diferentes concepções que possibilitaram a atual compreensão sobre assistência em saúde mental prestada à pessoa em sofrimento psíquico e suas diferentes qualificações, percebemos que a (...) *maneira filosófica e científica de se estudar o fenômeno determina o modo de atuação sobre ele* (DUARTE JÚNIOR, 1987, p. 10). Sendo assim, a imagem construída determina a forma de tratamento.

O modelo hospitalocêntrico, o aparelho médico psiquiátrico e os dispositivos terapêuticos apontaram a necessidade de uma reformulação, encabeçados pelos movimentos reformistas, configurando-se na defesa da desinstitucionalização, sendo aclamada por Franco

Basaglia, com base em experiências nas cidades italianas de Gorizia e Trieste (AMARANTE, 1995).

Observamos uma mudança do modelo que acarreta transformações nas práticas a partir da construção de novos saberes, baseadas nos movimentos de reformas psiquiátricas e que tem repercussão até os dias atuais, de forma que conforme Roteli, Leonardis, Mauri (1990, p. 30).

Vivenciamos hoje, um Movimento de Reforma Psiquiátrica, que, há alguns anos, vem propondo nova filosofia no tratamento utilizado em psiquiatria, contendo uma proposta de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente”, avessa, portanto, à centralização no processo de cura, que resultou insuficiente e ineficaz até hoje. Dentro dessa visão, o problema da psiquiatria não é mais a cura, a vida produtiva, mas a produção de vida voltada para a sociabilidade, utilização dos “espaços coletivos” e de “convivência dispersa”.

A concepção de Reforma Psiquiátrica é marcada pela crítica ao saber psiquiátrico, um afastamento do protótipo clássico caracterizado pelo especialismo dos saberes e pela dominação da tecnociência para apreensão do real e que vem se delineando até o momento. Assumindo um caráter inovador e prolífero permeado por inúmeras iniciativas e práticas de transformação, favorecendo um novo contexto prático-discursivo, contribuindo para a construção de estratégias cognitivas sobre o sofrimento psíquico, com o surgimento de novos atores, protagonistas e uma emergente produção teórica, onde novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica, que tem como expressão maior a desinstitucionalização e a mudança de paradigma da doença para a existência sofrimento do indivíduo, é base para a fase de transição do padrão psiquiátrico-moderno para construção de novos saberes e práticas que refletirão uma realidade dinâmica e sempre em transformação.

Diferentemente do que se pensa, o termo desinstitucionalização não significa somente a substituição do manicômio por serviços alternativos, ou mesmo a modernização dos aparatos do circuito psiquiátrico, muito menos a abolição de todas as instituições de controle social, ou mesmo um simples programa de racionalização de recursos com a redução dos leitos psiquiátricos, como pensado e aplicado separadamente por diversos idealistas da reforma.

Com base nos preceitos da Reforma Italiana, Kinoshita (1987, p. 78) destaca que:

A experiência italiana não se identifica com nenhuma dessas perspectivas, embora contenha elementos de todas. O percurso dos inovadores italianos parte da hipótese que o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício abstrato, a doença, da existência global complexa dos pacientes e do corpo da sociedade. Foi sobre esta separação artificial que se construíram um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (a instituição, portanto), todos referenciados exclusivamente à doença. E

é esse conjunto de aparatos que cumpre desmontar, desinstitucionalizar, para retomar contato com a existência dos pacientes, enquanto existência doentia.

Este pensamento ainda é resquício do pensamento racionalista de Descartes que preconizou a dicotomia entre objeto – mundo do corpo e o sujeito - mundo do espírito. Em que a partir desse momento o corpo passou a ser objeto de estudo da ciência. Ocasionalmente, por consequência a ruptura entre ciência – ciências naturais e filosofia – ciências humanas, além de um distanciamento dos estudos humanísticos.

Desse modo, a concepção de doença mental se transforma, dando lugar a uma nova forma de perceber a loucura enquanto existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social. Conforme é abordado pelos autores Rotelli e Amarante (1992, p. 52)

De doença mental para existência-sofrimento, o fenômeno psíquico deixa de ser um mal obscuro que afeta as pessoas e passa a ser um fenômeno complexo, histórico, em estado de não-equilíbrio. Instrumento de reconstrução da complexidade do fenômeno, a existência-sofrimento reorienta o objetivo da psiquiatria, passando da “cura” para a produção de vida, de sociabilidade, de subjetividades.

Resta saber se o processo de desinstitucionalização tornou possível construir novas perspectivas de vida e expressão de subjetividade para aqueles que precisam desse atendimento.

Data-se de 1991 o início do processo de desestruturação da atenção à saúde mental no Ceará, através da Ordem de 660 em 1991 à 1996, as quais determinavam a redução de leitos em hospitais psiquiátricos; subsidiadas pelas I e II Conferência Nacional de Saúde Mental (1987 e 1992), pela Conferência de Caracas (1990), pela Câmara dos Deputados, em 14/12/90, que encaminhou lei ao Senado Federal Projeto-de-lei (PL) n.o. 6375/89, pelo Conselho Federal de Medicina, Resolução 1407 de 8/6/94, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17/12/91, pela Portaria n.o.224/92 do Ministério da Saúde e pela I Conferência Estadual de Saúde Mental(1992). Estes marcos coletados a partir de leituras, releituras deram o impulso necessário ao Ceará no processo de mudança criando recursos assistenciais, aderindo à desospitalização, conforme a proposta do Deputado Mário Mamede, na Lei n.º 12.151, de 29.07.1993, citando no seu artigo 2.º

A Secretaria Estadual de Saúde, as comissões interinstitucionais, o conselho estadual, as comissões municipais, locais e as Secretarias Municipais de Saúde, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos de atendimento, com leitos psiquiátricos em hospitais gerais,(....), entre outros, bem como estabelecerão, conjuntamente, critérios para viabilizar o disposto no

parágrafo único do artigo anterior, fixando a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos.

Sabemos que a progressiva extinção dos manicômios, propiciou a implementação e fortalecimento de outros aparatos assistenciais, como os citados por Lima et al. (2000): hospital-noite, centros de convivência, lares-pensões protegidas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios, Residências Terapêuticas, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), e em meio a estes serviços temos o Hospital-dia(HD) com um destes dispositivos de intervenção.

De maneira que ao discutir o hospital-dia, uma dentre as tendências de assistência em saúde mental no Brasil, oferece ângulo privilegiado para pensar os princípios do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, seus instrumentos de intervenção e seus resultados. Pois, conforme a portaria nº 224/92, o hospital-dia presta assistência em Saúde Mental, tendo como funções atividades que englobam o individual; grupal; visitas domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente na comunidade, enfim sua ressocialização, entendida aqui como reinserção e reabilitação.

A ressocialização deve denotar, mas não se restringir somente a readaptação entre família e paciente, conforme destacado por Nogueira (1999, p. 6):

Embora, muito do que se faz em nome da saúde mental, visa apenas adaptar o indivíduo ao seu meio, sem questionar o quanto está enfermo este meio cuja contradição o próprio sujeito reflete, quer em seu corpo ou em suas relações sociais, e sem a leitura da extensão de denúncia social contida nos sintomas que o mesmo carrega. Parece óbvio que agindo assim, estamos reproduzindo mantendo o status: o que é pior, estamos conspirando contra nós mesmos, somos traidores da causa humana, mascaramos e encobrimos o processo de desumanização de nosso próprio ser, ou seja, estamos baixando na direção oposta a nós mesmos.

Acreditamos que a atenção ainda voltada para a patologia, sem levar em consideração o contexto, seja, ainda, um reflexo da massificação e ideologia do lucro ou da loucura, que marca os dias atuais pela velocidade e intensidade com que se processam as mudanças (BRASIL, 2003; CAMPOS, 2000).

O objetivo dos serviços assistenciais, em substituição aos antigos manicômios, tem como estratégia a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios. Portanto, deve avaliar se sua atenção é centrada no paciente, entendido, percebido e situado a partir de suas características pessoais e sócio-culturais.

A nova proposta de atendimento em saúde mental, conduziu-nos a algumas reflexões que emergem da nossa prática em psiquiatria, a qual teve início desde os tempos de acadêmica,

durante a graduação, ao desenvolver a pesquisa vinculada ao projeto CNPq - *O ser esquizofrênico frente a si e a sociedade* - que depois, fundamentou a monografia final do Curso de Enfermagem Bacharelado/Licenciatura, intitulada *Existir do ser esquizofrênico na sociedade: estudo fenomenológico com aproximação dos conceitos de Merleau-Ponty* (MAIA, 2001) e que se perpetuou em decorrência de trabalhos desenvolvidos no Campo da Saúde Mental.

Nosso interesse na área se acentuou ainda mais, durante o acompanhamento da dinâmica de trabalho desenvolvido no hospital-dia, instigando-nos a certos aspectos que não se mostravam claros e que provocavam incertezas quanto aos objetivos deste tipo de serviço. Com isso, surgiu a necessidade de se buscar um maior aprofundamento, principalmente por acreditar que o conhecimento, enquanto possibilidade humana, tem exigências que não permitem improvisações e superficialidades.

Um dos aspectos mais intrigantes para o desenvolver da pesquisa, brotou do fato de, empiricamente, através da esporádica rotina empregada num Hospital-dia, ter observado que os pacientes permaneciam por um longo período sob acompanhamento, havendo várias reinternações, seguidas ou não. Este fato passou a nos estimular a querer saber que paciente é esse que frequenta esse serviço, sentindo a necessidade de traçar um perfil que caracterizasse esse usuário para um melhor conhecimento da demanda e, desse modo, contribuir para estruturação do serviço.

Este estudo se mostra relevante, pois, a medida que conhecermos com mais afinco informações pertinentes a dados pessoais, sócio-econômicos e psicopatológicos, maiores serão as possibilidades de proporcionar a população que solicita este serviço, um adequado atendimento, além de favorecer maiores condições aos técnicos para trabalhar com os pacientes que utilizam esse serviço levando em consideração suas características. Ao mesmo tempo, procuramos revelar a resolutividade de uma assistência que se caracteriza por ser um elemento de reinserção do cliente assistido na família e na sociedade.

Diante deste tema de tão grande relevância, se tornou necessário o desenvolvimento de um trabalho que mostrasse os fatos obtidos, sem modificá-los, visando conhecer melhor a realidade sobre os pacientes que eram assistidos no HD, almejando uma maior familiaridade com os pacientes, cenário, filosofia do serviço, proporcionando embasamento técnico-científico para que se possa compreender melhor os fatores determinantes para a longa permanência do paciente neste espaço.

Assim sendo, em consulta recente realizada às bases de dados LILACS sobre hospital-dia, foi mostrado os seguintes resultados, no período de 1983 a julho de 2003: do total de 85

referências, 67 retratavam sobre o HD em Saúde Mental através de experiências em diferentes cidades do Brasil, os demais 18 abordavam Hospitais-Dia que prestavam atendimento a uma clientela geriátrica, a gestantes, a aidéticos e a pacientes com patologias e situações clínicas diversificadas, caracterizadas pela sua gravidade.

Causou-nos estranheza a dificuldade em localizar referências bibliográficas, ao nível local, utilizando o termo hospital-dia. De forma que esses indicadores de produção científica sugeriram um considerável material bibliográfico na temática hospital-dia, porém, só uma bibliografia se referia à assistência em Saúde Mental no Ceará, indicando assim, escassez bibliográfica, principalmente no que se refere ao local de estudo que pretendemos explorar no período de referência. Indicando, assim, mais uma razão a favor do estudo. Torna-se explicável o interesse voltado ao material bibliográfico a nível local pois o bom entendimento desse tema seria facilitado pelo conhecimento dos hábitos, crenças e laços sociais existentes na população.

Além do fato de que na 2.a. Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, 1994, foi recomendado a promoção de pesquisas no campo de saúde mental dando prioridade atenção, às investigações epidemiológicas e sócio-antropológicas, inicialmente, que revelam um diagnóstico mais apurado da nossa realidade em relação às pessoas portadoras de transtornos mentais e à assistência prestada, através do desenvolvimento de pesquisas voltadas à avaliação e à divulgação dos resultados da rede de atenção em saúde mental e dos avanços tecnológicos gerados (TAPIA, CONTEL e CAMPOS, 1997, p. 226).

Pretendemos com a construção desse trabalho que os profissionais do HD e a todos aqueles que são encantados, como nós, pela Saúde Mental, que atribuam maior reflexão sobre seu papel na busca de um atendimento de maior qualidade, principalmente em respeito e como resposta às grandes reformas ocorridas em prol desse evento pelo qual vivenciamos atualmente.

Buscamos essa compreensão não só na condição de Enfermeiras, mas como ser humano que tem a possibilidade de também sofrer, além do fato de que a enfermagem continuamente se encontra envolta a uma complexidade de recursos para o tratamento em Saúde Mental nos diversos serviços que prestam assistência ao paciente em sofrimento psíquico.

Visualizando, nesse sentido um trabalho que favoreça o desenvolvimento de tantos outros estudos, direcionados a esta temática, também reconhecendo que este trabalho se perpetuará à medida que outros surgirem para somar conhecimento.

De modo que o estudo tem relevância social no sentido de contribuir para identificação do perfil dos pacientes assistidos na instituição e caracterização do cenário do HD com suas rotinas

e intervenções, contextualizando o ambiente onde o paciente se encontra e trazendo à tona detalhes, através das particularidades apontadas, buscando assim, alcançar com mais precisão, o estabelecimento de uma identidade pretendida para o HD pautada nas necessidades trazidas e características refletidas pelos pacientes.

Ao citarmos a palavra identidade/identificação sabemos da complexidade que gira em torno desta temática, e portanto, lançamos mão do conceito empregado por Santos (1990, p. 15) a respeito de identidade, chamando especial atenção para o sentido que cabe a ela: *A palavra identidade evoca sempre a noção de singularidade, de especificidade, o que caracteriza alguém ou alguma coisa.*

Esta pesquisa se mostra importante à proporção que ao identificar os pacientes assistidos pelo Hospital-dia, tentamos colocar em evidência o sujeito, retirando dele o fardo de ser objeto da assistência prestada, aqui compreendido como o maior personagem, diferentemente do que se observa na história, que o deixa a margem de uma sombra produzida pelo ambiente, pelo profissional ou mesmo pela doença. Esta pesquisa torna possível que conheçamos aspectos intrínsecos e de fundamental importância para a utilização de serviços, de técnicos, de saberes que possam se maximizar em benefício do ser humano.

## **2 OBJETIVOS**

Nesse sentido, os objetivos deste trabalho são:

### **2.1 Objetivo Geral:**

- Traçar o perfil dos pacientes assistidos pelo Hospital-Dia com sua rotinas de intervenção.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar os aspectos pessoais e sócio-econômicos dos pacientes do HD;
- Levantar através do prontuário eletrônico informações sobre as condições psicopatológicas e condutas clínicas tomadas;
- Descrever o cenário do Hospital-Dia com suas rotinas de intervenção.

### **3 REVISÃO LITERÁRIA**

#### **3.1 Atenção em Saúde Mental: Um Breve Resgate Histórico**

Buscamos realizar uma pequena revisão literária sobre o resgate histórico da atenção em Saúde Mental, por meio das diversas concepções retratadas pelos autores ao longo da história, conhecendo suas formas de ver e pensar. E, a fim de ajudar a clarificar as idéias desse estudo a que nos propomos enveredar, facilitando sua compreensão, procuramos contextualizar aspectos inerentes ao entendimento da atual Saúde Mental desde a Reforma, identificando principalmente no que diz respeito a contribuição para o atendimento ao paciente com sofrimento psíquico até a Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM) no Ceará, perpassando pelo Processo Saúde – Doença Mental (PSDM).

A fim de obter uma melhor compreensão do leitor acerca das diferentes formas de visualizar o sofrimento psíquico, optamos por dividir em tópicos este tema, dispostos cronologicamente, a saber: 1.1 – Processo Saúde-Doença Mental: Conceito de Saúde/Doença Mental; 1.2 - As Várias “Facidentidade”: da Loucura ao Sofrimento Psíquico; 1.3 - Políticas de Saúde e de Saúde Mental: Influências de Movimentos Estrangeiros; A Reforma Psiquiátrica Brasileira; 1.4 – Construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira; 1.5 - O Hospital-Dia como Dispositivo da Atenção em Saúde.

#### **3.2 Processo Saúde-Doença Mental: Conceito de Saúde/Doença Mental**

O processo saúde-doença como processo, é entendido como uma sucessão de fatos, estados ou mudanças que se apresentam interligados, caracterizando particular expressão das condições de vida do indivíduo na coletividade.

A denominação atribuída ao termo processo é expressivo a partir do momento em que observamos que inúmeros determinantes – fatores atuantes - considerados de proteção e de risco, expressos em biológicos, psicossociais, culturais, socioeconômicos e ambientais, que interferem diariamente no indivíduo, provocando inúmeras mudanças a nível físico, mental ou social, trazendo a tona que os estados de saúde e doença passam a ocorrer no indivíduo como um processo/ciclo/sistema.

Para Sampaio (1998, p. 88) *Saúde e Doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos. Estão profundamente vinculados ao contexto sócio-econômico-cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções.*

De acordo com Canguilhem (1982, p. 160)

A saúde é um conjunto de segurança e seguros. (...) segurança no presente e seguros para prevenir o futuro. (...) Estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar, é um luxo biológico. (...) Ao contrário, a característica da doença consiste numa redução da margem de tolerância às infidelidades do meio.

O conceito de saúde, além de complicado, por se constituir em um desafio para a humanidade, estando esta, em constante busca das explicações ou motivos que interferem na saúde, decorrendo em dificuldade em defini-la. Sendo bastante amplo, por agregar inúmeros fatores externos, tais como o momento histórico e as diferenças culturais existentes entre os povos. E ainda, diversificado, por a saúde está agregada fatos diversos sujeitos a mudanças.

Ainda Canguilhem (1982) cita as três concepções sobre a produção da doença: Ontogênica (define a saúde a partir da doença) – Dinâmica(multicausalidade) e Concreta (Complexa).

Uma visão materialista histórica e dialética do processo saúde-doença foi sintetizada por Egry (1996, p. 60)

Processo histórico, dinâmico, isto é, determinado pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante na estrutura social a que pertence, conferindo a cada indivíduo peculiares condições materiais de existência. É a síntese da totalidade das determinações que operam sobre a qualidade da vida social e está articulada aos aspectos econômicos, políticos, sociais, de relacionamento familiar, de responsabilidade humana. O processo saúde-doença aproxima o “pólo” doença não apenas dos sofrimentos físicos mas também dos psíquicos, morais e éticos. Além disso, tem relação com a capacidade vital, perfil de morbidade e de mortalidade, articulando-se ao processo de desenvolvimento e crescimento do indivíduo. Ele não se expressa numa progressão linear, mecânica, que vai de um pólo (saúde) a outro (doença), mas sim através de um constante vaivém em espiral o que evidencia o caráter dinâmico de permanente alteração dos fatos/fenômenos vinculados à saúde-doença (...).

Afinal, a saúde representa um organismo por natureza dinâmico e, portanto, sujeito a mudanças. E, observa-se que ao refletir sobre as questões relacionadas à saúde há uma estreita relação entre a saúde e a capacidade de trabalhar, de estudar, de desfrutar de determinado lazer ou de conviver socialmente, além da ausência de doença ser abordada/referenciada costumeiramente.

Como a realidade objetiva se enquadra em mudança permanente, traz-nos a perspectiva que *teremos novas formas contingentes de adoecer e morrer, deslocando-as na direção dos problemas crônico-degenerativos, e novas formas de sofrer a condição humana, na direção dos sofrimentos psíquicos* (SAMPAIO, 1998, p. 89).

Historicamente, novas explicações acerca do binômio saúde-doença foram surgindo. Na era primitiva, a explicação para os fenômenos do universo era atribuído a magia ou a feitiçaria, de maneira que poderes espirituais eram os causadores de doenças e acidentes. Perpassando, pela Teoria dos Miasmas, caracterizado pelos maus ares que emanavam de cadáveres. Hipócrates, aproximadamente 400 a.C., na Grécia, trouxe revolucionárias explicações sobre o binômio saúde-doença. Para o mesmo, a ocorrência de doenças estava associada a três elementos fundamentais: corpo, a mente e o meio ambiente. Logo após, deu-se a concepção mecanicista trazida por René Descartes, preconizando que a doença acontecia devido ao mau funcionamento de parte da máquina. Mas, na medida em que a parte defeituosa fosse reparada, a máquina, representada pelo organismo, teria seu perfeito equilíbrio restabelecido. Com base nesse princípio era compreendido que mente e corpo eram eventos dissociados. Tendo como tratamento a retirada de partes do corpo humano para solucionar grande parte dos problemas apresentados pelo organismo. Em resposta ao modelo mecanicista a Organização Mundial de Saúde, em 1947, elaborou um conceito que embora, representasse a possibilidade de pensar a saúde sob outros aspectos, além do biológico, repercutiu com uma amplitude desmensurada.

Já nas décadas de 60 e 70, as discussões giraram em torno da premissa de que a doença é também um fenômeno social, pois havia indicadores que mostravam que a forma de adoecer, variavam em função da diferença de renda e outros indicadores sociais (tipo de emprego, moradia e educação). A partir de 1978, após Conferência Internacional em Alma-Ata, os cuidados primários voltados à prevenção abriram perspectivas de novas modificações, consolidando a visão holística da saúde, que prioriza o equilíbrio de três fatores interdependentes entre si: o individual, o social e o ecológico. E ainda a partir do século XX, em vista da 8<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que a saúde foi reconhecida como um direito de cidadania.

Ainda hoje as diferentes explicações para o adoecimento influenciam a maneira de pensar os diversos ramos de atividade na atualidade. De forma que até hoje muitas pessoas ainda acreditam no poder do feitiçeiro, comumente chamado de curandeiro. E as idéias de Descartes influenciaram fortemente o pensamento médico do nosso tempo. Ao indagar se a doença era necessária biológica ou social, abriu caminho para que a saúde e a doença passassem a não ser

trabalhada como uma questão restrita a área da saúde, mas de todos os setores da sociedade. Com base na visão holística houve modificações na forma de entendimento do binômio saúde-doença quanto da própria prática médica, fazendo com que o adoecimento fosse percebido na interdependência entre o corpo, a mente e ambiente físico e social, dando base para o acompanhamento de certas doenças, como as psicoses.

Para Costa-lima (2000, p. 18) *Saúde e doença são expressões qualitativamente diferentes de uma mesma realidade que é a vida. Saúde mental e doença mental são expressões qualitativamente diferentes de uma mesma realidade que é a subjetividade.*

Para Brasil (2001, p. 37) *os fatores geradores do transtorno mental acontece algo muito parecido com o que ocorre aos blocos de madeira organizados na consecução de um castelinho ou mesmo peças de dominó enfileiradas uma após a outra. Ao puxar uma das peças da base do castelinho ou se derrubarmos a primeira peça da fila, ficamos incapazes de identificar qual foi a causadora do desastre, até porque uma foi causando a queda da outra.(...)há várias causas colaborando (...) Tudo pode atuar ao mesmo tempo.* Este fato nos remete ao conceito de multicausalidade, onde várias causas fazem com que o indivíduo venha a desenvolver, em certo instante de sua trajetória, um transtorno mental. Entretanto, não é fácil

avaliar situações como um todo, (...)além de ficarmos achando que se encontramos uma única causa para o problema, o resolveremos mais depressa. O que acontece é que, com isso, acabamos vendo só um pedacinho do paciente e acabamos por não ajuda-lo a se ver por inteiro, dificultando o processo de melhora.(...)

O mesmo aspecto é evidenciado por Sampaio et al. (1998, p. 31), ao abordar que o parâmetro de avaliação para o desvio de uma conduta, torna-se necessário uma comparação entre ela e outros comportamentos aceitáveis em cada momento social, de forma que (...) *só há doença mental quando a história psíquica do individuo perde a percepção da relação com a história da sociedade(...)* ao abordar o Processo Saúde – Doença Mental sendo ser descrito por um

Processo dinâmico, particular, de expressão das condições de vida dos indivíduos e das coletividades humanas, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças. Inclui os estados vitais e suas representações mentais. No caso do processo saúde-doença mental, tanto os estados como as representações são conteúdos da consciência, daí obrigando distinções : normal/ não normal, sintoma/doença, doença mental/alienação, personalidade /sofrimento psíquico/doença.

No decorrer do tempo, não faltaram explicações para o aparecimento das doenças. De forma que, ao chegar no século XXI, diante de um inumerável aparato tecnológico para o diagnóstico das doenças, demonstrando assim, uma perceptível evolução no que se refere ao binômio saúde-doença, entretanto ainda se percebe dificuldade em / continua parecendo difícil explicar o que é normal ou patológico em uma pessoa.

### 3.3 As Várias “Facidentidade”: Da Loucura ao Sofrimento Psíquico

A palavra *facidentidade* foi aqui empregada como forma de elucidar a identidade conferida a cada época, destacando sua individualidade e influência sofrida e exercida no meio social, indicando a unicidade através da marca registrada na face que se apresentou e vem se apresentando ao longo do tempo.

A histórica do conceito de loucura expressa a individualidade na coletividade. *A loucura não se define apenas como fato em si. Portanto, será sempre em relação a uma ordem de normalidade, (...)* (MACÊDO, 1998, p. 6).

A construção história da idéia de loucura se confunde com a própria história da espécie humana, por estar enraizada na vida social. Segundo Pontes (1998, p. 11)

Nos primórdios prevaleciam os pensamentos mágico-religiosos. Segundo historiadores, no Egito, Índia, Mesopotâmia e China, onde idéias embrionárias sobre a doença mental germinaram, as causas eram quase sempre devido a problemas espirituais. O tratamento consistia prevalentemente na retirada dos espíritos através de rituais; quando não, o sofrimento era aliviado por meio de massagens e, algumas vezes, através de atos cirúrgicos, como abertura no crânio para liberar os fluidos. Interessante que a trepanação foi também largamente utilizada, aqui onde hoje é a América Latina, pelos ancestrais dos Incas.

Na Antiguidade grega, *A loucura, estado de atê, é apenas uma interferência transitória (e caprichosa) dos deuses* (PESSOTTI, 1994, p. 20).

Séculos depois, Hipócrates utilizou-se da fisiologia humana para reconhecer o conceito de loucura. A saúde, constituída por vários processos vitais os quais permanecem em equilíbrio com o meio externo. Então, respaldado pela sua filosofia naturalista, conseguiu desmitificar algumas das enfermidades mentais, como a histeria (desvio do útero para cérebro) e a epilepsia (doença sagrada), inaugurando a teoria organicista da loucura, que florescerá na medicina dos séculos XVII e XIX

com a detecção de falha ou desequilíbrio neste quadro, implicando em desordem orgânica e conseqüente doença. A loucura, como doença que é, resulta da crise no sistema dos humores. É uma doença orgânica (PESSOTTI, 1994; PONTES, 1998).

De acordo com Pontes (1998, p.16)

O pensamento cristão impregnou a estrutura do saber ocidental, negligenciando o interesse pela técnica e o conhecimento metódico que vinha se desenvolvendo na era greco-romana. Entretanto, a idade Média representou um grande avanço no aspecto de segurança social, (...)

É também afirmado por Campos et al. (1992, p. 45) que

A contribuição das religiões no processo de institucionalização, desenvolveram instrumentos, cada vez mais considerados como objetivos e confiáveis, visando discriminar a posse divina de imperfeição humana. O Catolicismo, por exemplo, não poderia se consolidar como intermediário necessário entre o humano e o divino se a todo momento Deus estivesse intervindo diretamente por intermédio de porta-vozes espontâneos.

De forma que ainda há reflexos dessa predominância ideológica, principalmente pelos homens culpabilizarem a religião a condição precária de vida. Podemos observar que alguns problemas se deve a crença de que Deus determina parte dos conhecimentos.

Para Pontes (1998), este momento propiciou o surgimento da feitiçaria classificando aquele mau ser – hegere, devido não adotar o teocentrismo em sua vida. Este aspecto foi marcante com o declínio da hegemonia do catolicismo, expressas em bibliografias como o clássico *Martírio dos Feiticeiros*, em 1494, pelos dominicanos Kramer e Sprenger, uma espécie de manual para o completo diagnóstico das bruxarias, que nos dias de hoje se assemelha mais a descrições pornográficas do que psicopatológicas. Além, do livro *O elogio da loucura*, criado por Erasmo de Rotterdam, influenciado pela Reforma, que embora pela titulação, possa se pensar em problemas psicopatológicos, na verdade é uma obra mundana que faz críticas contundentes à Igreja, sobretudo a sua hierarquia. Mesmo em meio a esse panorama, o saber médico empírico-naturalista como Avicena despontou em país árabe com o tratamento elétrico, a base de peixes com propriedades químicas para essa realização.

E ainda conforme Macedo (1998) a loucura passa de irracionalidade, com a perda do entendimento lançada por Platão e se transforma em violação da ordem, que necessariamente merecida de castigo

A associação ou identificação da loucura à posse diabólica, marca a concepção medieval da loucura. O louco durante a Idade Média e O

Renascimento, apresenta-se como doente excluído, e a loucura relaciona-se à religiosidade e assume também caráter mágico.

No Renascimento, o louco vivia solto, pois o mesmo passava por uma experiência que não necessitava ser dominada, mas sim exaltada, diferentemente da Idade Clássica. De modo que a loucura estava ligada ao imaginário, mesmo assim este fato não a desqualificava, sendo caracterizada como enunciação de verdade, pois a sabedoria estava na loucura e vice-versa. Na Idade Clássica, a loucura assume vínculo com a experiência de morte.

A loucura mostrava que a morte estava próxima e que o ato de morrer traria o indivíduo a sua consciência, pouco depois, passou a significar o já está aí da morte, daí o aparecimento da trajetória errante dos loucos, com a advento da Nau dos Príncipes e das Batalhas da Nobreza (1502), a Nau das Damas Virtuosas (1503) e das *Narrenschiff*, tornando-os prisioneiros destas viagens e da sua própria sorte, limitando-os a exclusão (FOUCAULT, 1987).

Para os autores Macedo (1998, p. 7-8) e Oliveira (2002), durante a metade do século XVII, a loucura apresenta-se como forma de exclusão, atribuía-se à loucura proximidade ou semelhança com os vícios pertencentes à alma humana, havendo uma denotação de marginalidade social. Este século foi referência para as práticas e os saberes psiquiátricos do século XIX, sendo criados em toda Europa, estabelecimentos com a finalidade de acolhimento, correção e reclusão de loucos e outras categorias sociais, tais como: libertinos, mágicos, prostitutas e ladrões, devido sua incapacidade de tomar parte na produção, circulação e acúmulo de riquezas. Estes foram marcados pelos leprosários que haviam se multiplicado em toda a Europa, a partir da Alta Idade Média até as Cruzadas.

(...) Ao final da Idade Média, a lepra desaparece, tornando estes ambientes sem utilidade para tratamento e, acima de tudo, para a exclusão, que seria a forma de salvação para estes indivíduos. As estruturas permanecem e a exclusão, continua como prática, dois ou três séculos mais tarde, tendo como personagens pobres, vagabundos, insanos e mais uma vez, portadores de doenças venéreas, (...) Assim, a doença venérea assumiu caráter de isolamento sob influência do modo de internamento e tratamento praticados anteriormente, tornando-se uma condição que exigia afastamento do contexto médico num espaço moral de exclusão, assim como aconteceu posteriormente, com a loucura.

Os estabelecimentos de reclusão surgem como forma de enclausuramento. Fernandez *apud* Pontes (1998) afirma que o primeiro data-se de 1409, na cidade de Valência, na Espanha, o

primeiro hospital psiquiátrico que, segundo o frei João Gilberto, tinha uma intenção humanitária e assistencial.

Graças as marcas das duas revoluções industriais inglesas e da burguesia francesa um novo rumo no tratamento da insanidade mental foi dado. A reclusão nessa época predominou como forma de tratamento (PONTES, 1998).

De forma que no ano de 1656, foi criado o Hospital Geral, destinado aos indivíduos de baixo poder aquisitivo de Paris, que caracterizam-se como improdutivos e incapazes de permanecerem inseridos no meio social, observando-se que entre os séculos XVI e XVII a improdutividade era, em parte, provocada por oscilações na economia. Apresentando-se como uma estrutura com funções moralistas, e que ainda envolvia questões econômicas, políticas, sociais. (...) *Designou o momento em que a loucura foi percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da identificação da mesma como problema no contexto da cidade. (...) estava relacionada à ausência de disciplina e constituía obstáculo à nova ordem social* (OLIVEIRA, 2002, p. 28; MACÊDO, 1998).

Para Oliveira (2002, p. 28) esta instituição se exercia fins terapêuticos, *o louco não era percebido como doente e muito menos como doente mental*. Este hospital logo expande sua rede por toda a França e pela Inglaterra com as Casas de Correção. Concomitantemente, a Igreja exerce seu poder de repressão através de congregações com finalidades análogas ao Hospital Geral, como cita Foucault (1987, p. 53)

Nestas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade; a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar ...

Muitas foram as fases pelas quais se passou o internamento para ter sua sobrevivência, no século XVIII, como é apontado por Macedo(1998) tornou-se oneroso manter o louco internado com recursos governamentais, quando o seu confinamento gerava diminuição da mão-de-obra, sendo os loucos reintroduzidos na sociedade, estando sujeito à sanção penal, caso perturbasse a paz, mesmo diante do temor gerado para a sociedade que o considerasse um perigo.

Porém, Oliveira (2002) refere que com o advento do capitalismo, o indivíduo passou a ser considerado como produtor de riqueza, assim sendo, era um desperdício de força de trabalho manter o enclausuramento do louco, mas não foram colocados em liberdade somente, loucos e criminosos.

Então, nova faceta passa a assumir a loucura, erro. Adquirindo o internamento a imagem de um local para aqueles que rompessem com as normas, destinado a todos aqueles que corrompessem a ordem social - criminosos e aos alienados.

Neste momento, o internamento demonstrava a condição indigna e degradante na qual os loucos estavam inseridos, e não havia hospitais exclusivos para atender a estes pacientes. Diante disso, a lei de 22.07.1791 determina que as famílias seriam responsáveis pela vigilância dos alienados. Mas a sociedade não poderia por si só, responsabilizar-se pela guarda do louco, porque a burguesia acredita que a sociedade ser protegida destes, ou pelo menos, dos considerados perigosos.

O Hospital Geral Bicêtri, por muito tempo, permaneceu sob ausência de cuidados médicos, mas ao final do século XVIII, este aspecto passou a vestir nova roupagem, alguns dos fatores que impulsionaram a isto deve-se ao fato da criação de

(...) discussões acirradas sobre o papel do alienista. Dois grandes protagonistas dessas discussões foram Henri Ey, médico que modernizou a psiquiatria francesa contemporânea e Michel Foucault, filósofo da medicina. Enquanto o primeiro advogou a idéia de uma sociedade mais liberta em termos de cidadania (e a doença mental se insere nesse contexto), o segundo fez críticas mordazes em relação aos alienistas dos séculos XVIII e IX, que só fizeram abordar a liberdade do cidadão, excluindo-o da sociedade, colocando-o por detrás das grades dos manicômios. Esta idéia ele defendeu no seu livro *História da Loucura – na Idade Clássica* (PONTES, 1998, p. 12-13).

Segundo Oliveira (2002, p. 29), em decorrência do pensamento do século XVIII, em que a loucura passou a ser não mais ausência de razão, mas perda da própria verdade/natureza humana, calcada na interioridade humana. A assistência ao indivíduo passa a ter modificações, pois o internamento ganha valor e significado terapêutico e a loucura absorve a característica de doença, *com o surgimento do asilo e a transformação da loucura em doença mental*. Embora tenha continuado a induzir *a exclusão do louco de sua comunidade, assim como, mascaram o que se manifesta através da loucura, para que se preserve um equilíbrio precário da sociedade, deixando como única para o indivíduo que nos contesta e nos revela verdades, a loucura* assim como é afirmado por (MACEDO, 1998, p. 15).

Baseado na obra *História da Loucura* de Foucault, Oliveira (2002) afirma que o surgimento da psiquiatria, da doença mental e da instituição psiquiátrica são acontecimentos recentes na história da humanidade, datados no início do século XIX. Isso pode ser corroborado em Pontes (1998, p. 13) ao revelar que *Quem primeiro utilizou a palavra psiquiatria foi o alemão Weikard, em 1782, no livro O médico filósofo. Mas consideramos Pinel o pai da psiquiatria, não só*

*por ter libertado os loucos das correntes no Hospital Salpêtrière, mas sobretudo, pela sua convivência no meio cultural Pós-Revolução.*

A transformação da casa de internamento em asilo, foi acarretada pelos fatos anteriormente ocorridos, tais como: *alterações de suas significações sociais, a crítica econômica da assistência, a apropriação do campo do internamento pela loucura, enquanto outras figuras do desatino foram excluídas do asilo.* Passando a operar em várias dimensões, entrada da medicina, reestruturação desse espaço para um local de cura da loucura (OLIVEIRA, 2002, p. 31).

A psiquiatria é uma arte, por estabelecer vínculos com o tempo e a sociedade onde ela é praticada. Diferentemente de outras especialidades médicas, o aspecto subjetivo da apresentação do sofrimento do paciente revela a necessidade de procurar respaldo nas ciências que dão sustentação à arte psiquiátrica, como a sociologia, a antropologia, a filosofia, a bioquímica, a psicanálise e tantas outras. Portanto, escrever sobre a história da psiquiatria é sobretudo, fazer referência de *movimentos religiosos, sociais e filosóficos, pois a história da psiquiatria reflete também a história da humanidade* (PONTES, 1998, p. 11).

Enquanto que Doença Mental para Sampaio (1998, p. 104-124) afirma que a doença mental, hoje denominada de sofrimento psíquico, é em decorrência a uma falha nos modos de reapropriação (tentativa de convivência estável, fazendo com que se mantenham suportáveis os sofrimentos psíquicos)

(...) inseridos na rede de determinações do processo saúde-doença mental: diacronia – alienação- contradição-sofrimento psíquico – antagonismo- modos de reapropriação –saúde /doença mental. (...) Conjunto de mal-estares mais ou menos agudos, vividos subjetivamente, mas plenamente reconhecidos em sua origem objetiva, socialmente esperados em natureza, intensidade e momento. (...) identificados como respostas adequadas a processos de perda, prejuízos de expectativas, de adaptação/desadaptação/readaptação, em sintonia com os modos de reapropriação socialmente compartilhados.

A fim de corroborar com o autor acima referido Araújo (2000, p.92-93) afirma que

(...) A cada momento em que a relação subjetividade/objetividade (S-O) tende para a ruptura aparential, a insuportabilidade da experiência vazia de significados obriga a recuperação ou construção de significados, o que terá especificidades em acordo com os grupos de convivência histórico/estrutural. (...)

De forma que concordamos com que Oliveira (2002, p. 23) afirma que ao escrever A história da Loucura, Foucault parte do princípio de que *não houve progresso ou evolução do*

*conhecimento da loucura, mas discursos complementares e contraditórios e, portanto, formas diferentes de lidar com ela, as quais se articulam com o momento histórico da sociedade.*

### **3.4 Políticas de Saúde e de Saúde Mental: Influências de Movimentos Estrangeiros**

A questão psiquiátrica passou a ser tema contundente, palco de divergentes idéias acerca da eficácia das instituições asilares, refletindo nos divergentes movimentos psiquiátricos nos países da Europa Ocidental e nos Estados Unidos foram, tendo como divisor de águas, acontecimentos importantes que se efetivaram com as duas guerras Mundiais, além dos desdobramentos que se seguiam durante a reestruturação dos países europeus e as redefinições das políticas sociais norte-americanas e que tiveram repercussão no processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

A reforma psiquiátrica surgiu, no sentido de questionar a instituição asilar com a Comunidade Terapêutica(Inglaterra) e a Psicoterapia Institucional(França); superar o espaço asilar como local de tratamento do doente com a Psiquiatria de Setor (França) e a psiquiatria Comunitária ou preventiva (E.U.A.); a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria democrática que daria base a desinstitucionalização (Itália) que coloca em cheque o próprio conceito de doença mental, as instituições, os saberes psiquiátricos e as formas de tratamento (OLIVEIRA, 2002).

A Comunidade Terapêutica, data de 1946, iniciado por T. Main, Bion e Reichman que foi consagrado por Maxwell Jones, influenciado por Hermann Simon, da década de 20, com a praxiterapia – que teria o trabalho como forma de transformação dos doentes mentais, Sullivan, na década de 30 e Minninger, nos anos 40 que implementaram a dinâmica de funcionamento da instituição asilar pautada em atividades com enfoque grupal. Introduzindo no Hospital Psiquiátrico medidas administrativas democráticas e coletivas, para dinamizar a instituição asilar através de métodos sócio-terapêuticos, bem como, implementando *um maior entrosamento entre equipe terapêutica e os internados*, a fim de que o asilo não fosse uma fonte de manutenção da doença mental, como nos campos de concentração em que muitos psiquiatras estiveram presos durante a Segunda Guerra Mundial.*(...)campo de concentração seria antônimo de comunidade terapêutica* (MACEDO, 1998; PONTES, 1998, p. 15-16; OLIVEIRA, 2002).

A Psicoterapia Institucional surgiu no início dos anos 50, tendo como precursor François Tosquelles. Movimento influenciado *a priori* pela praxiterapia de Simon e após, pela psicanálise com Felix Guattari com a idéia de transversalidade- *dimensão contrária e complementar às*

*estruturas geradoras de hierarquização e dos modos de transmissão esterilizadora de mensagem.* Tinha como questionamento a instituição como local de segregação, além de manter uma relação terapêutica muito hierarquizada no mesmo, tanto no que se refere aos profissionais quanto em relação aos pacientes. Implementando em Saint-Alban a idéia de que *para se tratar o doente é preciso antes tratar a instituição para que ela se torne terapêutica.* Tanto a Comunidade Terapêutica quanto a Psicoterapia Institucional trouxeram avanços como ponto de partida para antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana, em relação a primeira, além de relações terapêuticas menos hierarquizadas a proporção que se tornavam mais compartilhadas e democráticas. Porém não tiveram repercussão, pois as modificações se limitavam aos muros do hospital psiquiátrico, sendo recuperáveis pelo sistema político vigente na época. De modo que continuou ocorrendo a exclusão do doente, tendo a mesma noção de doença mental que era a mola propulsora da instituição psiquiátrica (OLIVEIRA, 2002, p. 45-46).

A Psiquiatria de Setor foi um movimento pós-guerra, liderado por Lucien Bonnafé. Defendia lutar contra a realidade desumana deliberada pelo hospital psiquiátrico, no sentido de desencadear uma vocação terapêutica na prestação de serviço da psiquiatria, destinando a priorização da assistência dentro da comunidade e restringindo a internação através de modalidades territoriais e assistenciais. Gerando assim, ênfase no processo de ressocialização do indivíduo, embora não tenha representado uma nova leitura frente à concepção terapêutica tradicional (MACEDO, 1998; OLIVEIRA, 2002).

Com o projeto surge a proposta da equipe multiprofissional, tendo como saber e o poder diluído, isto é, mais bem distribuídos. A idéia de a equipe multiprofissional articular-se também à noção de multiplicidade de problemas, dificuldades e tarefas que a loucura suscita, demonstra que é necessário trabalhar para a reabilitação social, desenvolver diferentes formas de terapia e desenvolver um trabalho com a família.

Outra tentativa se apresenta na década de 60, com a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, durante o Governo Kennedy, devido a repercussão da Guerra do Vietnã. Tal fato foi impulsionado devido a preocupação com os altos custos com a assistência psiquiátrica pelo Estado. Tinha a aspiração solucionar tanto os problemas americanos quanto a assistência da assistência psiquiátrica, através da prevenção primária – redução de incidências numa dada população, secundária e terciária. O enfoque era dado sobre *o problema total com o qual uma comunidade se defronta, e não apenas sobre os problemas de determinados indivíduos e grupos.* O projeto preventivista – a promoção da saúde mental - teve a saúde pública como modelo de aplicação a

saúde pública, adotando a história natural da enfermidade, além do conceito de crise – uma passo para o desencadeamento da doença mental, de adaptação e desadaptação social (OLIVEIRA, 2000, p. 49).

Szasz (1980) aponta que o modelo baseado na hegemonia do Hospital Psiquiátrico necessariamente deveria ser mudado para um modelo descentralizado, em que a saúde estivesse respaldada na ação primária, isto é, apresenta o homem em sua totalidade. Afastando possíveis retrocessos deste movimento, ao trazer a desinstitucionalização como desospitalização, deixando parte dos pacientes desassistidos.

Os movimentos até aqui relatados que foram desencadeados na França, Inglaterra e Estados Unidos, a partir da década de 40, representou meras tentativas isoladas, ensaios sem grandes impactos. Embora tenham fomentado discussões sobre as formas arcaicas de segregação, desumanização e de dominação a que os pacientes estavam sendo submetidos.

Os debates geraram reflexão sobre a confiabilidade do saber psiquiátrico, da explicação, compreensão e tratamento das doenças mentais, destituindo a hierarquia e disciplina hospitalar, que em 1960, advém com a Antipsiquiatria, representada por Ronald Laing e David Cooper. Este questionamento foi gerado pela invasão que a psiquiatria fez sem ao menos defini-la. De forma que Campos (1992, p. 87) afirma que

Autores como Kaplan & Sadock (1984) sentem-se à vontade para escrever um manual clássico sem uma definição sequer do conceito tema; deixam claro na exposição, essencialmente descritiva, que a doença mental é o que se apresenta como tal perante o psiquiatra; e tomam os distúrbios e perturbações arroladas no DSM – III como fatos naturais da vida social, não foram produzidos, sempre existiram. Aqui e em outras fontes percebe-se uma inversão da prática científica, parte-se do que se deveria explicar, se os homens se apresentam com esta ou aquela sintomatologia, pressupõe-se uma doença, uma forma de tratamento, para depois tentar explicá-la.

Acreditava que a loucura era *fabricada no seio da família e cristalizada nos hospícios*. Apresentou um aumento desenfreado do número de consultórios psicanalíticos, embora questionasse a dinâmica familiar, além de subestimar a utilização de medicamentos e exacerbasse a importância do discurso (PONTES, 1998, p. 16).

O ano de 1961 foi dado início da Psiquiatria Democrática, com Franco Basaglia, no hospital psiquiátrico de Gorizia o transformando em comunidade terapêutica, sustentou a idéia de superação manicomial, o processo de negação iniciado em Gorizia toma proporções que

incentivariam outras experiências sendo a mais importante, em Triste, com o Hospital Distrital San Geovane.

A Psiquiatria Democrática representa a recusa do mandato social, predominantemente de custódia dos técnicos, que deveriam rejeitar, a partir de então, a delegação de poder implícita nos seus saberes, e o questionamento do saber psiquiátrico.(...)A partir dessa experiência, teve início o processo de desmontagem do aparato manicomial, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo; a eliminação de todos os momentos de contenção, representado pela imobilização no leito, seguido da construção de novos espaços de atenção e formas de lidar com a loucura (OLIVEIRA, 2002, p. 56-57).

Foram sendo construídos complexos serviços e espaços de atenção. Houve o fim da violência da instituição psiquiátrica, além da implementação de uma rede de atenção que, ao mesmo tempo em que oferece e produz cuidados, oferece também novas formas de sociabilidade e de subjetividade para as pessoas que necessitem de assistência psiquiátrica.

O processo de desinstitucionalização italiano está fundamentado na idéia de desconstrução e invenção, contrapondo-se a uma política de abandono, de desassistência. Ao inventar novas possibilidades de atendimento. A palavra chave do movimento basagliano é a desinstitucionalização, entendida como crítica teórica-prática que reorienta instituições, saberes e estratégias em direção a um outro objeto, a existência –sofrimento do sujeito e não a doença mental. A transformação institucional ocorreu ao lado dos movimento sociais, mobilizados por trabalhadores, estudantes, pacientes, familiares, partidos políticos, enfim foi criada uma gama de condições para a promulgação da Lei n.º 180 – Lei Basaglia.

### **3.5 Construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Os movimentos psiquiátricos até aqui referenciados repercutiram no Brasil, desencadeando o processo de reforma psiquiátrica para a constituição de um novo cenário de saúde mental. Em que a partir dos anos setenta, começam aparecer tentativas de desospitalização para a assistência psiquiátrica nacional, principalmente em decorrência de Movimentos de trabalhadores em Saúde Mental e de outros setores da sociedade civil que denunciavam o modelo oficial, que era impregnado pela violência, o descaso e as precárias condições de assistência dos hospitais psiquiátricos destinados aos pacientes (AGUIAR, 1995; AMARANTE, 1995).

Anteriormente, a história da assistência psiquiátrica seguiu os mesmos moldes daquela vista nos países europeus. Tendo os manicômios como internação dos loucos em locais específicos, sendo o pioneiro o Hospício de Pedro II, seguido por uma seqüência de asilos em várias cidades brasileiras. Estes foram inspirados pelo mesmo motivo e visualizando o mesmo objetivo dos países da Europa Ocidental, em que pobreza e marginalidade eram ameaças a ordem social, então os asilos, para dele advir a cura através do isolamento (OLIVEIRA, 2002).

Nos anos 80, observa-se queda do número de hospitais, primeiro porque não atendia ao que foi estipulado pelo decreto-lei n.o. 24.558/34 no qual estabelece que o hospital psiquiátrico foi criado com o objetivo de prestar necessários cuidados aos portadores de distúrbios mentais, havendo uma falência ideológica dos princípios de sustentação daquele modelo, além da crise financeira (ALVES, et al. 1992; Associação Brasileira Saúde Coletiva –ABRASCO - 1992).

São marcos da Reforma Psiquiátrica as duas Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas respectivamente em 1987 e 1992, nas quais nos apoiaremos para fazer uma breve análise da inserção dos familiares no interior desse processo.

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, e 1987, as dificuldades enfrentadas pela família do paciente em sofrimento psíquico não obtiveram destaque. Cabe esclarecer que esta Conferência teve como objetivo consolidar as propostas do movimento da Reforma Sanitária no campo da Saúde Mental, objetivando o Sistema Único de Saúde. Foi uma Conferência que, segundo Amarante (1995), quando da sua organização, procurou-se dar ao evento um caráter científico de encontro dos profissionais em saúde mental. As inquietações dos familiares e pacientes foram superficialmente contempladas em relação a como os serviços deveriam ser estruturados.

Decorridos cinco anos entre a primeira e segunda Conferência, os familiares tiveram sua representatividade assegurada e uma das recomendações foi *evitar culbabilizar o usuário e família, e promover o atendimento integrado da mesma inserida no contexto comunitário e social* (II Conferência Nacional de Saúde, 1994, p. 57).

No cenário nacional, foram importantes a vinda de Basaglia, e inúmeros eventos políticos para o surgimento do Movimento dos Trabalhadores, tão importante para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, tais como o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 1978; I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em 1978; I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1979; III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979. Além de na década 80, ter havido projeto neoliberal da saúde substituindo o modelo médico-assistencial, criando Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária e na década de 90,

desenvolvimento do Sistema único de Saúde influenciou os pressupostos da Reforma (OLIVEIRA, 2002; SOUZA, 1997; OLIVEIRA E NICK, 1998).

Silveira (2001) afirma que ao nível legislativo surgiu a necessidade de modificar a arcaica legislação vigente baseada no Decreto Lei n.º24.599 de 3 de julho de 1934. Assim, em 1999, é apresentado o projeto de Lei 3.657- A/89 do Deputado Paulo Delgado (PT-MG) que dispõem sobre a extinção progressiva dos manicômios prevendo sua substituição por serviços alternativos.

A Reforma instituiu redefinições das diretrizes políticas da assistência psiquiátrica, através de aparatos políticos, culturais, jurídicos e sociais pautados na cidadania para aquele era assistido pela mesma.

Dentro do processo de mudanças, foi preconizado o dia nacional de luta, no dia 18 de maio, esta data serve de reflexão para a problemática, e lembra o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental por uma Sociedade sem a presença de Manicômios (LIMA et al., 2000; AGUIAR, 1995).

Entre as estruturas propostas podemos citar: CAPS, Pensão Protegida ou Residência Terapêutica (RT), criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para pacientes em crise, atendimento ambulatorial onde são prestados cuidados de emergência e avaliada a situação do doente, além do HD.

### **3.6 O Hospital-Dia como Dispositivo da Atenção em Saúde**

Hospital-dia é a opção indicada para manter o paciente em tratamento concomitantemente com seus vínculos familiares, comunitários ou empregatícios. Visando a superação do modelo hospitalocêntrico, são propostos serviços substitutivos para a atenção à pessoa em sofrimento mental.

Em pesquisa desenvolvida por Tapia, Contel, Campos (1997) onde ao realizar o levantamento do contexto histórico de 1975-1995 sobre o Hospital-dia/FMRP-USP, destaca que nos últimos 5(cinco) anos cronologicamente aborda que a Câmara dos Deputados, 14/12/90, encaminha ao Senado Federal P.L. n. 6375/89 que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória; em tramitação. Logo após vem a Portaria

instituição como espaço de referência para pacientes e familiares, clareava-se a idéia de tratar e, principalmente, emergia um local de tratamento que se desenvolvia juntos com os pacientes. A reabilitação foi percebida, neste contexto, como um processo articulado de práticas (sustentadas por uma trama de conceitos), que não se deteria até que a pessoa acometida por problemas mentais pudesse sedimentar uma relação mais autônoma com a instituição. Tratava-se, enfim, de procedimentos que iam se consolidando e sendo articulados por uma instituição na qual o tratamento não era dimensionado segundo um limite no tempo, e onde se garantia a participação do paciente em todo o processo (PITTA, 1996, p. 34).

Em relação ao estilo de paciente que pode ser incluído no HD é diferente do CAPS, Zusman (1995, p. 63) relata que o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria 224 que

(...) os Hospitais-Dia ficam responsáveis pelo atendimento às apresentações agudas da doença mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ficam destinados às formas crônicas, que requerem um cuidado de longo prazo. Os Hospitais-Dia, ainda segundo essa norma, devem oferecer um cuidado intensivo ao paciente por um período máximo de 45 dias, com uma estrutura de apoio que se aproxima do modelo médico (existência de leitos, plantonistas, equipe de enfermagem, etc.), enquanto os CAPS prestam um atendimento sem limite de tempo e contam com uma estrutura mais calcada em práticas expressivas e de ressocialização.

Existem diferenças existentes entre o CAPS e o HD conforme a caracterização da doença em aguda e crônica, as quais Zusman (1995, p. 63) relata que *Na fase aguda as vivências delirantes insuflam e perseguem o ego, na fase crônica as vivências delirantes podem além de perseguir, 'acompanhar'*. Portanto, o paciente que chega ao CAPS apresenta estabilidade clínica. (...) *Geralmente a queixa que acompanha sua chegada se refere ao fato dele ter se isolado socialmente, de não participar da vida familiar, enfim de viver praticamente restrito ao seu quarto, à sua cama.*

Para Brasil (2001) a doença aguda é aquela que costuma acontecer em momentos agudos, correlacionado ou não aos processos crônicos implícitos à patologia, enquanto, a doença crônica significa sinais e sintomas do adoecimento que não ocorrem de forma súbito. A doença, já havia se instalado em algum período anterior indeterminado.

Por outro lado, Creed et al. *apud* Raimundo et al. (1994, p. 2006) colocam que *o HD não será mais freqüentemente utilizado para a doença mental aguda até que haja evidências claras*

*de quais pacientes seriam melhor tratados por essa via, e até que suas características clínicas e sociais sejam definidas mais claramente.*

De forma que o hospital-dia adquira uma nomenclatura capaz de expressar programa que inclui intervenção na crise, diagnóstico e estabilização.

## 4 METODOLOGIA

### *- Natureza da Pesquisa*

O estudo em questão teve natureza exploratória-descritiva, com abordagem quantitativa. Para Lakatos (1991) a pesquisa exploratória favorece descrições tanto quantitativas quanto qualitativas do objeto de estudo, que no caso da pesquisa em questão, trata-se de dados pertinentes aos pacientes assistidos pelo Hospital-dia, favorecendo ao pesquisador conceituar as inter-relações entre as propriedades levantadas.

A respeito da etapa exploratória-descritiva, Ludke e André (1986); Minayo (1994) lembram que o estudo descritivo age como um método de resolução de problemas, que informa as condições atuais, necessidades e como alcançar resultados.

Ainda, no que se refere à pesquisa do tipo descritiva, Polit e Hungler (1995) afirmam que este tipo de estudo busca descrever sistematicamente fatos e situações que ocorrem em torno do fenômeno abordado em busca de responder os objetivos previamente determinados, conhecendo o fenômeno estudado em toda sua amplitude e sua repercussão sobre o ambiente e comportamento do ser humano.

Neste sentido, o estudo partiu da pretensão de descrever e fazer conexões pertinentes entre as variáveis relativas às informações pessoais, sócio-econômicas e psicopatológicas dos pacientes assistidos pelo Hospital-dia, Ruiz (1996) aborda que tal fato se torna possível à medida que partimos do conhecimento das situações que ocorrem na vida social, política, econômica de qualquer que seja o sujeito investigado.

### *- Local do estudo*

Este estudo foi realizado no município de Fortaleza- CE, em um hospital-dia vinculadas a uma instituição particular que presta cuidados a uma clientela formada por pacientes em sofrimento psíquico.

A instituição foi escolhida dentre as três (3) existentes na área, que prestam o mesmo serviço e atendem pela mesma denominação – hospital-dia, porém vinculadas a instituições diferentes, com exceção de duas delas, que fazem parte da Unidade de Saúde pesquisada. O local foi escolhido por constituir-se em um espaço no qual a pesquisadora já tinha acessibilidade, devido trabalhos já desenvolvidos neste espaço e ainda, em decorrência da familiaridade que se impôs, e

que particularmente foram despertadas inquietações que poderiam até ser instigadas em outras instituições porém, a realidade é que a criação deste trabalho partiu da realidade identificada neste local. Portanto, por si só já se tornou peça-chave para o desenvolvimento deste trabalho.

Além disso, vale ressaltar que a escolha foi feita pela primeira Unidade-Dia, pois a segunda havia sido recentemente inaugurada, especificamente em agosto de 2003, e ainda com base na vivência estabelecida pelas pesquisadoras na primogênita. Esta foi criada com intuito de atender a clientela que tem convênio particular e ainda, localizada num espaço individual – próxima a Unidade de Internação Integral.

#### *- Coleta de dados*

O período de coleta de dados foi de outubro de 2003 a janeiro de 2004.

A pesquisa desdobrou-se em duas fases inter-relacionadas: fase de caracterização da clientela e da instituição. O tempo de realização da primeira fase correspondeu a quatro meses de outubro de 2003 a janeiro de 2004, sendo que a segunda, foi concomitante, embora tenha sido mais efetiva em janeiro de 2004.

Foi utilizada uma Ficha de Caracterização do Paciente baseado no prontuário eletrônico de pacientes assistidos no hospital-dia, levantando informações dos pacientes contidas em espaços destinados à identificação de dados pessoais, sócio-econômicos e psicopatológicos (ANEXO 1), com o propósito de delinear o perfil do usuário do hospital-dia.

A fim de um melhor entendimento do prontuário, por parte do leitor, vem em ANEXO 2, as premissas preconizadas por Pontes (1998, p. 25-29) que abordam a anamnese do paciente. Queremos salientar que ao entrar em contato com os diversos campos que constituem o prontuário utilizado na instituição pesquisada, verificamos que os espaços citados não são, obrigatoriamente, realizados em toda anamnese, assim como, não têm que seguir sempre e somente as mesmas premissas, pois o mesmo é baseado em conversa estabelecida entre o médico psiquiatra e cliente, fazendo com que cada uma tenha sua particular individualidade. Para a pesquisa, utilizamos as informações que contemplavam: idade; sexo; profissão; naturalidade; condição de segurado; estado civil; escolaridade; religião; vínculo; convênio; condição; data da alta; informante; queixa principal; história familiar; justificativa de internamento; hipótese diagnóstica e medicação psiquiátrica. Tal fato se deve por estas informações terem se mostrado suficientes para atender aos objetivos

propostos. Entretanto, isso não anulou a possibilidade de recorrermos a outras informações quando se fez necessário no decorrer da análise, referenciando-as como ilustração.

Desde a implantação do sistema eletrônico de prontuário, de maio de 2001 até setembro de 2003 foram registrados 217 prontuários de paciente, este quantitativo foi extraído do Relatório de Internamentos e Altas fornecidos pela Classificação Periódica de Dados (CPD) dos pacientes assistidos no HD, que havia informações sobre a movimentação hospitalar mensal, período de permanência de cada paciente, procedência, convênio referentes à população. Em relação a distribuição dos pacientes em relação ao sexo, observamos que 127 (58,5%) pacientes são do sexo masculino e 90 (41,5%) do sexo feminino.

Destes foram escolhidos aleatoriamente 172 prontuários, sendo 86 do sexo feminino, dentro de uma população de 90 pacientes do mesmo sexo, perfazendo 95,5 %, e 86 dos pacientes do sexo masculino dentro de um contingente de 127 prontuários de pacientes do sexo masculino, correspondendo a 67,7%. A amostra se constituiu com esse número devido a indisponibilidade de tempo da pesquisadora para atender as questões éticas da pesquisa e assim coletar a permissão de todos, daí estipular um quantitativo que permitisse a boa visualização dos objetivos.

Vale salientar que para alcance dos objetivos propostos, o estudo utilizou dados provenientes da observação direta e da conversa com profissionais da instituição com intuito de descrever o cenário do Hospital-dia com suas rotinas e intervenções, contextualizando o ambiente em que o paciente está inserido.

Foram escolhidos, restritamente, os prontuários contidos no sistema eletrônico, devido a quatro motivos preliminares: primeiramente, porque o sistema eletrônico era o único meio que possibilitava o acesso ao prontuário dos pacientes atendidos no momento em que se desenvolvia a presente pesquisa, em segundo, pois, após a entrega e apreciação, a nosso pedido, da relação de pacientes atendidos no hospital-dia desde a implantação do sistema no referido local por um profissional encarregado pelo programa SOFTHOS implementado na rede, a quantidade de atendimentos se mostrou expressiva e relevante para a caracterização da população estudada, além do que, atribui-se ao prontuário eletrônico a característica de ser uma importante ferramenta para o registro de informações acerca dos pacientes, por proporcionar facilidade para que a equipe de saúde possa anotar as observações que lhes compete, evitando assim, os desconfortos provenientes de impressos que se mostram muitas vezes imprecisos devido a forma como são preenchidos, e por último, oferece uma clientela homogênea, que teve oportunidade de ser contemplada com o mesmo recurso de atendimento.

E ainda utilizamos como fonte de coleta de dados, material documental da casuística institucional do Hospital-dia, no período anteriormente referido, especificamente relatórios elaborados pela instituição em função de ilustrar uma experiência consolidada de recurso assistencial.

#### **- Parâmetros éticos da pesquisa**

Inicialmente entramos em contato com a instituição com vistas a obter a permissão para a realização da pesquisa e conseqüentemente ter acesso às suas dependências e aos funcionários, através de um ofício assinado pela direção (ANEXO 3).

A mesma em troca de sua permissão, solicitou que após quaisquer mudanças no trabalho, este fosse comunicado à direção, para tanto foram deixados uma cópia da pesquisa e o compromisso de apresentar mudanças, caso houvesse.

Após ter passado pela avaliação da Banca Examinadora, através do Exame Geral de Conhecimentos realizado no segundo semestre de 2003, o trabalho passou a assumir uma outra modelagem com as recomendações dos examinadores, mudando assim, de título. Então, realizamos nova visita à direção para apreciação da direção e assim, solicitar nova assinatura, caso o trabalho necessitasse ser encaminhado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para aprová-lo (ANEXO 4).

Neste momento da pesquisa realizamos um estudo exploratório à instituição, para estimar o número de pacientes que permaneciam internados. Para tanto, contamos com o apoio e disponibilidade da equipe de enfermagem no acesso a lista de pacientes assistidos no mês de outubro de 2003 que se localizava no Posto de Enfermagem e comparamos com o Relatório de Internamentos e Altas contendo a identificação dos pacientes, desde a implantação do prontuário eletrônico, maio de 2001 até setembro de 2003, graças à cordialidade do operador de microcomputador da Classificação Periódica de Dados (CPD), que atualmente se encontra na responsabilidade do antigo serviço prestado pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), a fim de comparar e fazer eliminações dos pacientes que não constavam no relatório. Dos 41 pacientes da lista de freqüência de outubro de 2004, somente 10 eram pacientes de 1.<sup>a</sup> vez, não constando, assim, no Relatório de Internamentos e Altas. Os mesmos haviam sido admitidos no mês de outubro e por isso, seus nomes não constavam no relatório que registrava somente até setembro de 2004. Este fato, levou-nos a encarar como necessária a permissão prévia para participação na

pesquisa e requerendo conseqüentemente, que o trabalho passasse por anuência do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.

Após aprovação do Comitê de Ética foi realizada nova visita à instituição a fim de explicar o objetivo e a importância do projeto de pesquisa, bem como, seu processo metodológico, para a psicóloga, encarregada do planejamento da pesquisa e ensino na Instituição, indicada pela direção para nos atender no que fosse necessário à execução da pesquisa. Visando a colaboração para a investigação e permissão do desenvolvimento da mesma por todos, a fim da consecução dos dados, apresentamo-nos aos profissionais – chefe de Enfermagem, terapeutas ocupacionais, psiquiatra, psicólogas, serviço social, auxiliares de enfermagem que participavam do HD, tanto de forma direta ou indireta. A primeira forma, direta, caracterizava-se por profissionais formalmente admitidos para trabalhar no HD, os demais, indiretamente, pois alguns profissionais, embora não se dedicassem exclusivamente ao HD, prestava serviço para a manutenção deste quando algum profissional se encontrava de férias, ou mesmo, em visitas com frequência irregular.

É importante destacar que durante a pesquisa fomos recebidas com afetuoso acolhimento pela equipe multiprofissional e pelos pacientes que ali estavam. Recebemos a ajuda de muitos profissionais do HD, para o desenvolvimento da pesquisa, porém no decorrer da pesquisa, percebemos a escassez de fontes referentes ao HD, sendo um ponto relevante para execução e desenvolvimento da pesquisa, necessitando buscar estudo histórico recorrendo aos documentos originais e estatísticos, além de fontes primárias, documentos escritos ou não.

Assim como, dificuldade ao acesso aos prontuários, devido à falta de computadores disponíveis para trabalho dos profissionais. Mesmo, os profissionais se mostrassem cooperativos para a pesquisa, porém o fato se encerrava em questões meramente burocráticas. Então, sob indicação da chefia de enfermagem, conversamos com os profissionais do HD para saber em que horários, poderíamos ter acesso ao computador. Entretanto, os profissionais não tinham horários delimitados para o uso do computador, eram sempre horários estipulados conforme a rotina de atendimento de cada profissional. Pensamos em elaborar um cronograma de utilização que se adequasse à disponibilidade de cada um para realizar a coleta de dados em visitas posteriores, porém, era difícil juntar todos os profissionais para a sua discussão.

Então enquanto aguardávamos a oportunidade para termos acesso aos prontuários, observávamos a dinâmica do HD, através da observação direta e para melhor organizarmos os dados, elaboramos uma Ficha de Caracterização do HD, baseada na adaptação da Ficha de Identificação das Instituições construído por Souza (1997) com o intuito de direcionar um olhar na

busca do que desejávamos conseguir, contando com questões sobre a localização, regime de propriedade, área de cobertura e quantitativo de atendimentos (ANEXO 5).

Porém, outro agravante era que havia um único computador para 6 (seis) profissionais e ainda, o mesmo se encontrava em uma das 4 salas do HD requerendo algumas vezes o espaço para atendimento individual, ou mesmo para acolhimento dos profissionais e alguns pacientes sempre chegavam para dialogar, então havia uma interrupção na concentração exigida para a coleta dos dados, além de ser inoportuno pois, como os dados eram gravados e a sala em que nos encontrávamos era aberta, algum paciente podia ouvir dados pertencentes a outro paciente, ou coincidentemente sobre ele mesmo.

Então, requeremos à coordenadora de Pesquisa e Ensino, que pudéssemos ter uma senha para facilitar o desenvolvimento do trabalho, além de autorizar que a sala dos Técnicos fosse disponibilizada aos sábados à tarde e domingos, diurno e noturno para a coleta dos dados. Finalmente terminamos a coleta de dados, voltando para somente reaver algumas passagens que não se mostraram muito claras na gravação, isto é, quando transcritas.

Vale lembrar que foi assegurada a utilização das informações contidas nos prontuários apenas no âmbito desse estudo. E ainda no caso em que o paciente permanecia na instituição foi pedida a permissão ao mesmo ou ao seu responsável para utilização de seu prontuário, através do Termo de Consentimento (ANEXO 6).

Após a liberação do Comitê de Ética, foi realizada visita para identificação através da lista de frequência de pacientes que estava sendo atendido no HD e solicitamos a sua autorização para que seus dados contidos em seu prontuário fossem utilizados na pesquisa. Então, de forma individual, explicamos sobre a pesquisa a ser desenvolvida, sendo os mesmos adeptos ao desenvolvimento do trabalho, autorizando a apropriação dos dados contidos em prontuários para a pesquisa. Para aqueles que não mais se encontravam no HD, pois havia tido alta ou transferência, não foi solicitada a sua permissão para utilização dos dados para a pesquisa, em vista de sua ausência no HD, sendo dada a permissão da instituição para utilização do material – prontuário – do paciente.

#### **- Análise dos dados**

Todos os dados coletados foram analisados reflexivamente, buscando sempre sua relação com a realidade. Para tanto, buscou-se uma análise crítica dos dados contidos no prontuário.

De forma que após a coleta e organização dos dados coletados, confrontamos o que dizia a teoria com o que ocorria na prática.

Os resultados, ainda, foram organizados em tabelas, gráficos e quadros, distribuídas entre os sexos masculinos e femininos, a fim de eventualmente ressaltar as diferenças existentes entre o sexo masculino e feminino quando esta se sobressair no processo de análise distribuídos entre as 2 temáticas, a saber: Caracterização do cenário do HD; O paciente atendido pelo hospital-dia: Revelando a Face da Clientela, referendadas a luz da literatura e mediante as nossas iniciais inquietações, enriquecidos com depoimentos dos profissionais, para elucidação de alguns fatos que não se mostravam tão claros no material documental referente ao Hospital-dia.

A fim de diminuir os obstáculos apresentados durante a tentativa de adequação das diferentes queixas principais dos pacientes coletadas no prontuário eletrônico para agrupamento das categorias em grupos de sintomas(queixas), foram incorporados conceitos desenvolvidos por Pontes (1998), a fim de permitir, como é citado por Carraro (1998), uma organização da construção mental, para estruturação dos dados referentes à Queixa Principal do paciente assistido pelo HD, que podem ser visualizados em ANEXO 7, onde se aborda o Exame Mental, para que o leitor possa compreender como foi realizada a distribuição dos dados e a construção das categorias. Estes obstáculos se mostraram devido a dificuldade de enquadrar uma queixa em uma categoria, pois a mesma vem acompanhada por outros que a complementam e dão uma conotação diferente. Exemplo: dormindo demais, pode ser colocada nas diferentes categorias Hipersonia (vontade); Sonolência (consciência); Apatia (Humor e Afeto); podendo também se configurar como reação à substância psicoativas, ociosidade ou até mesmo mudanças de hábitos de repouso e sono, ou seja, o paciente pode está dormindo durante o dia. O mesmo aconteceu com vontade de sair de casa, seria pelo fato de não gostar de ficar em casa, caso afirmativo o HD seria uma boa oportunidade para sair, ou mesmo seria aquela inquietação no qual impulsiona a pessoa a sair de casa, ou mesmo isto pode denotar fugir de casa, daí o impasse ser estabelecido.

Entretanto, como as informações eram insuficientes e imprecisas para responder as nossas perguntas, escolhemos por classificar as queixas separadamente, sem estabelecermos relação com outras informações, conforme a classificação nosológica. E ao lermos mais profundamente optamos por apontar a que mais se identificava à queixa.

Após ser escolhida a referência base para elaboração das categorias, estas foram distribuídas em: Aspectos gerais, pensamento, linguagem, vontade, humor e afeto, orientação, atenção, memória, sensopercepção, inteligência e ainda, problemas relacionais que envolvia

cefaléia, problema cardíaco, caracterizando patologias não necessariamente associadas ao aparelho psíquico/ a *psique* do ser humano e que não se encaixavam nas categorias anteriormente referidas, englobando reações físicas ao adoecimento. O passo seguinte foi quantificá-las.

No que diz respeito a tabela referente a Justificativa de Internamento, estratificamos as seguintes categorias: Hospitalocentrismo – seria uma justificativa para a necessidade de permanecer institucionalizado. O paciente se encontra acostumado a fazer o passeio psiquiátrico, conseqüentemente, sua referência espacial passou a ser o HD, sendo usurpado de sua convivência com a família, e a comunidade, alguns motivos alegados estariam encerrados em: dependência institucional; paciente já foi usuário, relata desejo de participar do HD; Buscando ajuda; Tratamento com Terapeuta Ocupacional no HD; /Justificativa de Ordem Familiar-Sócio-Econômica – Sem condições de tratamento no domicílio; Estimular sua socialização; Fraco suporte familiar; Paciente Ausente, nesta categoria são colocados os pacientes que não tem condição financeira de se manter em casa, tem problemas relacionais com a família / Justificativa de Ordem Institucional – são específicas a parte administrativa, as quais seriam Transferência Interna; Acompanhamento-Continuidade do tratamento no HD/ Justificativa de Ordem Psicopatológica – foram incluídas todas as justificativas que convergiam para a questão da necessidade de tratamento terapêutico, tais como: Paciente deprimido, ansioso; risco a sua integridade física e de terceiros; /Não Consta – quando o espaço a ser preenchido pelo profissional não foi utilizado.

Quanto a tabela que se referia a quantidade de internações, optou-se por quantificá-las em espaçamentos pequenos a cada três internações, a fim de poder ser melhor vislumbrado.

## 5 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO HOSPITAL-DIA

A utilização da enquête realizada para a coleta de dados na Instituição pesquisada, promoveu uma aproximação da dinâmica desenvolvida pelo Hospital-Dia estudado, o que permite vislumbrar seus indicadores estruturais, sociais e terapêuticos.

O Hospital-Dia vincula-se a uma Unidade de Saúde, localizada em Fortaleza – CE. De acordo Braga (1999) esta última tem como registro de fundação, a data de seu desvinculamento do Instituto de Psiquiatria do Ceará - IPC, em 16 de outubro de 1952.

Pontes (1998) relata que o Asilo dos Alienados era o único no Ceará até 1935, quando a instituição surgiu em regime particular, sendo considerada a primeira do Norte e Nordeste, a prestar serviço a um pequeno extrato privilegiado da população no Estado. A partir de então, mantém-se o atendimento ao mesmo segmento, embora também esteja conveniada ao Sistema Único de Saúde – SUS, com disponibilidade para Internação Integral a 97 leitos credenciados pelo SUS, sendo 73 masculinos e 24 femininos. Em regime totalmente particular, liberal ou remunerado por Plano de Saúde, seus leitos são 34, distribuídos em 14 masculinos e 20 femininos.

A Instituição trabalha procurando atender aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, em implantação no Brasil. Essa reestruturação teve início a partir de julho de 1993, com o processo de sistematização assistencial e administrativa da atenção à saúde mental em Fortaleza, capital do estado do Ceará (MACEDO, 1996).

Esta Unidade de Saúde é caracterizada como uma rede constituída por um conjunto de estabelecimentos que efetuam atendimento através de serviços, tais como: Ambulatório para egressos, chamado de Centro de Habilitação Funcional (CHF), criado em 2000; 02 Residências Terapêuticas com 8 moradores/pacientes (2000); 02 Unidades-Dia, criadas em 1996 e 2003, respectivamente.

A Unidade-Dia, também chamada de Hospital-Dia (HD), é um recurso assistencial previsto em substituição aos hospitais psiquiátricos, tal como o Centro de Convivência, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os Ambulatórios e as Residências Terapêuticas. Estes serviços foram implementados graças às mudanças de filosofia dos tratamentos em psiquiatria, respaldadas pela Reforma Psiquiátrica, refletidas no Projeto de Lei de Paulo Delgado - n. 3.657, de setembro de 1989.

Portanto, trata-se de um serviço especializado que atua conforme a perspectiva pautada nas modernas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, em curso no Brasil, definidas também pelas leis 12.151 de 29 de julho de 1993 de autoria do Deputado Estadual Mário Mamede e na lei 10.216, de

de 06 de abril de 2001, que regulamentam as normas de funcionamento do hospital-dia, bem como, dos demais recursos assistenciais, ou também chamados de serviços alternativos em Saúde Mental.

Em Fortaleza, há um total de três hospitais-dia que prestam serviço na área de Saúde Mental, dentre eles, dois estão vinculados (anexos) a uma Unidade de Saúde que presta atendimento em sistema de Hospitalização Integral, mantendo ligação com a mesma através dos portões e anelas.

Em relação ao hospital-dia escolhido, este serviço foi implantado em 15 de maio de 1996, após a abertura do Ministério da Saúde para criação de novos serviços, desde então vem atendendo pessoas com transtorno mental que demandam da internação, da comunidade e de outros serviços de apoio. Tem sua estrutura física composta por:

✓ Sala de Oficinas - onde existe material para artes plásticas, como pintura, tapeçaria, além de outros utilizados, pelos pacientes, na confecção de quadros, de arranjos florais, tapetes, cestas de papel previamente orientados pela terapeuta ocupacional, além ser um espaço de descanso após o almoço para as mulheres, com a disposição de colchonetes no ambiente;

✓ Loja de Artesanato – onde os artigos confeccionados na oficina são expostos para a venda, sendo vendidos por uma paciente que permanece na Loja de Artesanato das 8:00 às 11:00 horas e de 13:00 às 15:00 horas;

✓ Auditório – onde são realizadas palestras, reunião de família, grupo de acolhimento, trabalho corporal, grupo educativo; Refeitório – onde são realizados as refeições, bingos, shows de animação e funciona, também, como ambiente de conversa entre pacientes e profissionais, ou mesmo entre os próprios profissionais;

✓ Posto de Enfermagem - contém um leito disponível para casos de situações clínicas-psiquiátricas agravadas (para o paciente que necessite ser especialmente acompanhado), bem como neste local há armários para colocação de utensílios dos pacientes;

✓ Consultório – para atendimento individual e evolução dos pacientes, pois é neste recinto que se encontra o computador, bem como neste local há armários para colocação de utensílios dos funcionários; WC-feminino e WC-masculino, área de ambientação – para jardinagem e um ambiente parecido com uma cozinha, porém se mantinha desativado no momento da pesquisa, só funcionando em ocasiões esporádicas, tais como em datas festivas para preparação de comidas típicas a serem colocadas a venda.

Dentre algumas normas da Portaria n.º 224/92, existe uma delas que estabelece que o hospital-dia deve ser localizado em espaço individual da Internação Integral, ou seja, deve situar-se

em área específica, independentemente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual (Brasil, 2001).

Acreditamos que esta norma vem com o objetivo de desvincular um modelo que, gradativamente, tenta exterminar palavras que o caracterizavam tão bem, tais como: Segregação – isolamento – Abandono – Exclusão Social - instituições fechadas – violação /cassação dos direitos humanos e de cidadania – submissão à Tutela do Estado para um novo estilo de atendimento baseado no Respeito aos direitos humanos – ressocialização – cidadania - tratamento institucional integrado/dispositivo mediador de mudanças institucionais.

Com base nesse novo modelo, o relatório final da 2.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 1994, p. 11) divulga como marcos conceituais norteadores da assistência em saúde Mental, o respeito à cidadania e à atenção integral, onde o processo saúde/doença mental seja

(...)entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando –se as diferenças e as diversidade.

Porém, como o modelo, ainda predominante, é o hospital-psiquiátrico, ele assume uma posição majoritária e de base para a implantação dos demais serviços. Este fato nos reporta a outro, semelhante ao que aconteceu no Brasil, com o processo de medicalização do espaço hospitalar, no qual seguiu os moldes europeus, culminando na criação e, a seguir, desvinculação do Hospício Pedro II à Santa Casa de Misericórdia que passa a ser dirigido por médicos e não mais por freiras (SILVEIRA, 2001).

A história permite, através dos manuscritos de Campos (1989), constatarmos que sempre as novas unidades surgiram acopladas às já existentes. Este fato se refletiu ao Hospício Pedro II, perpassando pela unidade de psiquiatria do Hospital Geral dos Comerciários que funcionava sob a modalidade de atendimento em HD, em seguida pela unidade de atendimento em regime de HD na Clínica Pinel. Este fato vem se mostrando como uma prática ainda vigente, arrolando até os dias atuais.

Coincidência ou não, o fato é que a maioria dos Hospitais-dia nasceram vinculados ao manicômio. A que se perguntar se poderia estar havendo uma estratégia de sobrevivência e em que sentido esta estratégia tem perspectivas tão derradeiras quanto aquelas em que o manicômio acabou por demonstrar.

O espaço em questão surgiu da desativação de leitos hospitalares psiquiátricos, para atender a clientes institucionalizados, em regime de hospitalização diurna, dando início ao projeto de reestruturação assistencial da Unidade de Saúde para atender a nova política da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS).

Conforme Brasil (2001);Silveira (2001) ao citar a Lei 12.151 espelhada no Projeto de Lei 3.657-A/89, define que o surgimento de leitos em serviços alternativos se dá a medida que os leitos psiquiátricos forem desativados, com base na premissa de que a reforma em saúde mental prioriza a extinção dos hospitais psiquiátricos convencionais e substituição por novos serviços. A Lei cearense proíbe a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos no estado, bem como, a contratação de novos leitos nos referidos hospitais, além de medidas importantes para a efetivação da internação compulsória de pacientes com sofrimento psíquico.

Campos (1989, p. 29) *os programas de hospitalização parcial, como forma de assistência intermediária ao ambulatório e a internação integral, implicaram mudanças no enfoque de tratamento oferecido,...as pessoas com distúrbios emocionais.*

Embora o hospital-dia tenha contribuído de forma significativa para o avanço do movimento de Reforma Psiquiátrica, em curso no Ceará, observa-se que o atendimento continua, predominantemente, hospitalocêntrico para os portadores de transtorno mentais. Este fato pode ser comprovado pelos dados que se seguem e que formam extraídos de Silveira (2001); Macêdo (1996): O estado do Ceará conta com 08 hospitais psiquiátricos, dos quais 07 estão localizados em Fortaleza. Após o ano de 1978, nenhum hospital psiquiátrico foi construído no Ceará, houve abertura crescente de serviços extra-hospitalares, em maiores proporções, no interior com a criação de 25 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de uma Residência Terapêutica custeada pelo poder público e um Hospital-Dia, no município de Sobral. Em Fortaleza, em contraposição, foram criados apenas três CAPS e três HDs, entretanto esses números de serviços substitutivos, em regime parcial, não é proporcional à demanda da população assistida. Apesar da abertura desses serviços extra-hospitalares, não se percebe impacto na redução dos leitos de internação integral, nos últimos anos na cidade de Fortaleza, continuando a hospitalização como principal dispositivo de intervenção junto à pessoa em sofrimento mental.

Vale salientar que em Fortaleza entre 1996 a 1997, período de desenvolvimento da pesquisa por Sousa (1997), existiam 3 HDs, sendo que um deles foi transformado em CAPS. Isto significa, que naquele mesmo período, contávamos com o mesmo quantitativo de Hospitais-dia atuais, porém dois se mantiveram e um deles foi desativado, passando a ser um Centro de Atenção

psicossocial (CAPS), utilizando-se da mesma estrutura. Este fato nos lembra a falta de identidade em relação ao HD colocada por Zusman (1992), de modo que são agregados a esse termo várias formas de atendimento. Mesmo em relação à Portaria 224, não existe distinção entre as atividades propostas para os hospitais-dia e para os núcleos e centros de atenção psicossocial (Brasil, 2001).

Não se procura dogmatizar instituições, adotando um modelo positivista, porém torna-se necessário estipular, inferir objetivos capazes de nortear a ação dos profissionais e da instituição em si a fim de que se consiga atingir suas metas, até mesmo a fim de que haja uma organização na forma de conduzir o serviço, na forma de encaminhamento dos pacientes, pois caso contrário passará a se mostrar vários serviços, mas que não necessariamente precisam ter denominações diferentes, já que assumem o mesmo posicionamento. Ainda mais, quando se trata de uma instituição, como a estudada, que oferece uma série de serviços alternativos aos seus pacientes.

Conforme Silveira (2001, p. 29) tendo em vista a predominância do modelo hospitalocêntrico, *essa concentração de instituições hospitalares atua como um dos pontos de resistência a implantação dos novos serviços na Capital.*

Nesse sentido, dentre as resistências à expansão da hospitalização diurna, uma delas *deve estar ligada à impossibilidade de muitos serviços abrirem as portas à comunidade, tendo em vista suas deficiências funcionais e estruturais: quanto mais exposta ficar a intimidade desses serviços, maior será o controle e a exigência de seus usuários* (CAMPOS, 1989, p. 33).

O contato com essa realidade é unânime, inclusive para a Instituição estudada, que aponta que, apesar da reestruturação da instituição, observamos que dezenas de clientes internavam-se sucessivamente em decorrência do número reduzido de serviços extra-hospitalares disponíveis para clientes conveniados com o SUS.

Segundo essa perspectiva, Silveira (2001) aponta alguns motivos associados a dificuldade de implantação das propostas da reforma psiquiátrica, destacando: as resistências por parte dos donos de hospitais que vêem a prestação em Saúde Mental como um negócio lucrativo; a família, na maioria das vezes, teme assumir um fardo antes entregue na responsabilidade dos hospitais e até da comunidade que prefere esconder, em vez de enfrentar e reconhecer a existência da loucura.

Macedo (1996, p. 21) também corrobora neste sentido, estabelecendo que *Mesmo fornecendo ao cliente muitas vantagens, a sua expansão no Ceará ainda é muito restrita, dominando o hospitalocentrismo como opção de tratamento psiquiátrico.*

A exemplo de outras experiências de hospitalização parcial, Lancetti (1989) afirma que o Hospital-Dia nomeado em *A Casa*, visa evitar a tradicional internação que comumente chamamos de Programas de Intensidade Máxima (IPM), evidenciando uma inversão de predominância. Já que a máxima, é o último patamar, restringindo-se a somente casos eventuais e não corriqueiros.

Este aspecto é bem retratado na necessidade visualizada pela Instituição em estudo, em ter criado recentemente, especificamente em agosto de 2003, uma nova experiência, como medida alternativa para a terapêutica psiquiátrica, o segundo Hospital-Dia na Rede. A criação desse serviço de assistência extra-hospitalar, surgiu com base nessa carência e de desenvolver um programa que dá continuidade ao trabalho já iniciado nos anos anteriores.

Consta no Relatório elaborado pela instituição em setembro de 2003, que o hospital-dia foi criado com objetivo de oferecer um serviço de atenção a clientes portadores de transtorno mental, dentro de um novo paradigma consoante com a reforma psiquiátrica em curso no país, capaz de estimular a melhoria da qualidade de vida dos clientes institucionalizados e de seus familiares, nasceu com base na busca de construir, junto aos clientes, familiares, instituição e sociedade, uma nova forma de lidar com os portadores de sofrimento mental, para que os mesmos possam encontrar uma nova forma de estar no mundo, libertando-se dos “grilhões” da institucionalização que os manteve confinados nos últimos anos. Conseqüentemente, diminuindo a necessidade constante do cliente se internar sucessivamente em regime de internação integral.

Portanto, o HD pesquisado tem passado por qualificação de seus colaboradores em Saúde Mental, ação que vem se desenvolvendo em toda a Instituição, não só abrangendo o HD, mas todos os serviços prestados pela Instituição, através de um Programa de Atualização Permanente (P.A.P.) efetivado em parceria com a Universidade Estadual do Ceará, esta organização teve o objetivo de alcançar uma prestação de um serviço de assistência em saúde mental de qualidade, solidária e com melhor resolutividade.

Dentre algumas normas para o atendimento no HD, através da Portaria n.º 224/92, estabelece que o mesmo deve ser caracterizado por desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos, visando substituir a internação integral, por equipe multiprofissional, constituída por 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro; 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos); profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

A Unidade-Dia, anexa ao hospital psiquiátrico pesquisado, vinha sendo freqüentada por 4 pacientes ou usuários, como assim são chamados, funcionando de segunda a sexta-feira, das 7:30 s 15:30 e oferecendo atendimento individual e grupal, com enfoque multidisciplinar e durante os dias-de-semana permaneciam no ambiente familiar. Neste sentido, a Unidade-dia se apresenta como uma estratégia que oferece convivência do paciente com sua família e sua comunidade, bem como proporciona liberdade de locomoção para o cliente, consta que somente nos primeiros 3 (três) anos após sua implantação do HD, a instituição dispunha de um veículo para transportar os pacientes.

O HD contava no momento em que desenvolvemos a pesquisa, com uma equipe constituída por uma médica assistente psiquiatra, um médico clínico, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social, uma auxiliar de enfermagem, duas auxiliares de Saúde Mental – constituída por Operadora Social, Estagiária de Serviço Social, Auxiliares de Serviços Gerais e Copeira. Contava também com equipe de apoio da Instituição, a que se encontra anexa, na área de administração, nutrição e farmácia. Sendo o turno de 8h para a Terapeuta Ocupacional e Auxiliar de Enfermagem e 4h para os demais profissionais, para atendimento dos pacientes.

No final de 1996, ocorreu a estruturação da equipe, sendo que alguns profissionais da Internação se deslocaram para o HD, se adaptaram com a nova proposta de atendimento.

Outros, vinham de outras experiências em serviços de saúde mental, com o objetivo de transformar a forma do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Os primeiros anos dessa nova equipe foram marcados por uma busca de conhecimentos entre seus membros. Foi um processo difícil, à medida que novos profissionais encontram-se para traçar objetivos comuns para o tratamento no HD. Os profissionais se organizavam dessa forma a fim de que o paciente fosse beneficiado, não sendo prejudicado, em meio a escassez de recursos.

No que se refere ao número de profissionais da instituição trabalhada, durante o período letivo da graduação existe uma equipe auxiliar formada por uma docente - terapeuta ocupacional de uma das instituições particulares de ensino superior; uma enfermeira, docente do departamento de Enfermagem de uma das instituições públicas de ensino superior. Estes profissionais realizam atividades pontuais no HD, coordenando grupos terapêuticos, dedicando em torno de quatro horas semanais. Além de alunos de nível médio que esporadicamente aparecem no HD para realizar uma visita técnica. De forma que diante deste quadro, pode-se inferir que a equipe está em constante mudança, em alguns períodos do ano. Cabe à equipe fixa trabalhar com os pacientes e com ela mesma a separação e a chegada de um novo membro.

Outro tópico que merece destaque é que o HD representa um local formal para a aprendizagem de profissionais. Sendo desenvolvido pesquisa sobre casos clínicos e efeitos terapêuticos da medicação.

Uma das diretrizes estabelecidas pela Portaria n.º 224/92 para a regulamentação na assistência em Saúde Mental aborda a multiprofissionalidade na prestação de serviços – esta multidisciplinariedade em resposta ao anterior monopólio do poder médico, que foi rebatido pela possibilidade de interdisciplinaridade, entendida como uma tendência da Reforma Psiquiátrica através do trabalho em Equipe Interdisciplinar, caracterizada segundo Mello (1998), pela intensidade das trocas entre os profissionais e pelo grau de interação nas relações interdisciplinar, possibilitando uma visão mais ampla da pessoa que necessita de atendimento, além de favorecer aos profissionais envolvidos na assistência, um aumento de seu conhecimento técnico, uma melhor compreensão da realidade, auxílio na resolução dos problemas, otimizando o atendimento ao cliente.

Para Lancetti (1989, p. 56) a aventura misteriosa que é trabalhar com a loucura, com a dimensão humana que faz com que a cada encontro com o usuário transforme o que está presente. Para tanto é preciso estar atento a todo instante ao inusitado, ao inesperado, a aquilo que se parece de forma sem sentido, pois é aí que pode surgir uma verdade singular

aprendemos a ousar, a correr o risco. Somos um equipamento terapêutico múltiplo e diversificado. Mas muitas vezes tudo isso não é suficiente. Continuamos insatisfeitos, mas não paralisados. Atravessamos uma fronteira que nos levou a outra e que provavelmente nos levará a outras mais. Os riscos e perigos continuam, porém estamos mais atentos e sempre desconfiados. Fizemos muito e quase nada. Dessa aventura, acho que apenas começo a apreender a perguntar.

Ainda diante deste prisma, Silveira (2001) aborda que o ponto de vista da atenção integral visa compreender que a complexidade das questões que envolvem o campo da saúde mental, exige a construção coletiva das práticas e saberes cotidianos, o que veio pôr em evidência novos saberes na área da saúde mental com terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, definindo assim a equipe de saúde como multiprofissional, integrada e articulada com outros setores da sociedade.

A equipe tem como objetivo do trabalho, prestar um atendimento que estimule o máximo possível o exercício da cidadania e melhoria da qualidade de vida de seus clientes, de acordo com as suas singularidades e em parceria com a família, comunidade e sociedade, resultando em um acompanhamento e reintegração do usuário, de modo a que o mesmo volte a conviver com seus familiares e em sua própria comunidade, desfazendo o ciclo crise/hospitalar.

Como sugestão para efetivação deste trabalho elucidamos o que Lancetti (1989) apontou o Centro de Atenção Professor Luiz da Rocha Cerqueira, onde a equipe é subdividida em três miniequipes que assumem uma atenção mais personalizada de um determinado número de pacientes. Todos os técnicos participam da triagem de uma equipe de revezamento. Uma vez admitido, realizam com o usuário e a família um contrato provisório que dura de quinze a trinta dias. Tempo necessário para que ele conheça o que é oferecido e para que a equipe possa definir conjuntamente as atividades a serem desenvolvidas e os horários de frequência do CAPS.

Di Bella et al. *apud* Campos (1989), conceituam os programas de hospitalização parcial em psiquiatria como um programa de tratamento psiquiátrico de oito ou mais horas vigias por semana, delineado para promover a melhora de um grupo de seis ou mais pacientes que deambulam; provido de uma equipe multidisciplinar de duas ou mais pessoas; tendo em seu bojo uma cuidadosa coordenação de terapias multimodais e interligadas, em um ambiente terapêutico.

Observamos que o HD em estudo se enquadra nas características dos autores supracitados. Desde 1996, data da fundação do Hospital-dia, o mesmo vem progressivamente ampliando suas atividades nos seus diversos setores, tanto do atendimento ao público quanto a nível de articulação com a sociedade civil e organização interna.

O atendimento individual, especificamente, consta das atividades de triagem, que é feita com o psiquiatra e qualquer outro membro da equipe. Juntos os profissionais e o cliente decidirão o projeto terapêutico para o mesmo.

Para os clientes que não conseguem aderir ao plano terapêutico de hospitalidade diurna, que são identificados através do acompanhamento pela frequência diária e mensal, realizada durante a semana.

Di Bella et al. *apud* Campos (1989) explica que a participação do paciente deve assumir uma regularidade, de pelo menos duas vezes por semana, com duração de pelo menos 3 semanas, com período de tratamento de pelo menos três horas, não devendo ultrapassar 24h.

Neste sentido, a visita domiciliar surge como ferramenta imprescindível para o controle da evolução de pacientes, realizada pela equipe ou representante, enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social e/ou psicóloga, que no HD em questão é realizada de forma esporádica.

De forma que dos 41 pacientes que utilizavam dos serviços do HD na primeira visita à instituição, aproximadamente 30 (trinta) frequentavam diariamente, de acordo com a lista de frequência. Os demais eram distribuídos na semana, de forma que, alguns não compareciam

riamente, somente às segundas, quartas e sextas-feiras, a combinar com a equipe que os evoluía. Alguns pacientes exerciam atividades de trabalho, portanto necessitavam estar somente em dias específicos, já outros, exerciam atividades em ambulatórios e ainda, alguns pacientes freqüentavam atividades no HD durante a manhã, e os demais turnos se mantinham na hospitalização integral.

Para Cameron *apud* Campos (1989) o tratamento em HD não enfatiza o leito; inclui a família e o ambiente no tratamento e visualiza o hospital onde o processo de tratamento apenas tem início.

Macedo (1996, p. 6) aborda que a alta deve ser o mais breve possível, a fim de evitar na longa freqüência do paciente

A alta dos usuários é uma meta primordial dentro desse sistema, sendo feita paulatinamente, ou seja, esses mesmos usuários começam a freqüentar o hospital-dia diariamente, depois algumas vezes por semana, algumas vezes no mês, até a sua alta definitiva. Em alguns casos, dependendo do usuário, a sua freqüência já inicia algumas vezes por semana.

O atendimento em grupo, realiza-se após a triagem. De forma que como o grupo – não só família - ajuda na ressocialização do paciente assistido no HD, pois a convivência não se restringe exclusivamente à família, favorecendo o cuidado e a convivência para superação dos obstáculos surgidos neste processo adaptativo de interação familiar, favorecido pelo ir-e-vir do paciente, que deve ser trabalhada pela equipe, através dos grupos.

Na concepção de Macedo (1996); Ortiz e Tostes (1992, p. 275) ao fazer referência ao trabalho que é desenvolvido no Hospital-dia do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, indicam que o grupo favorece a ressocialização por entender que o paciente terá um gama de pessoas com quem se relacionar nesse novo processo de atendimento psiquiátrico, tendo que buscar adaptação junto a eles para superarem juntos os obstáculos que surgirão.

Todas atividades propostas neste serviços são grupais, tanto para os pacientes e profissionais como para as famílias, pois o que resulta terapêutico é a ação coletiva. (...), o hospital-dia necessita de ações individuais, mas remete a todo instante ao campo da interação grupal, (...).

No que se refere ao trabalho grupal este tem dado mostras de ser terapêutico, como é abordado por Amarante (1992, p. 14)

Um outro efeito do atendimento em grupo é a possibilidade da diminuição da estigmatização dos psicóticos pelos não-psicóticos (e também pelos próprios familiares). Os grupos são formados de acordo com o horário de chegada e, portanto, com uma clientela heterogênea.

Tem sido interessante observar a reação dos “neuróticos” diante dos que deliram, que não dizem “coisa com coisa”. Penso que isso se deva a um mecanismo identificatório com a equipe, do tipo “já que os técnicos escutam, valorizam e acolhem os delírios, as loucuras, porque nós não o faríamos?” Essa pergunta aparece implícita na atitude de compreensão ou de vontade de compreender, de solicitude, de solidariedade demonstrada nos grupos. Constrói-se uma espécie de sentimento comum de “estamos no mesmo barco”, apesar das diferenças.

Ainda a Portaria 224/92 inclui atividades como atendimento à família; atividades comunitárias, visando trabalhar a integração do paciente na sua comunidade e sua inserção social e assistência ao paciente em regime de HD.

No HD estudado, o cliente poderá ser encaminhado para uma ou mais atividades de grupo oferecidas pelo HD, que são as seguintes:

Grupo de Acolhimento – realizado às segundas-feiras sob a coordenação da psicóloga, primeira atividade grupal do dia, após o café da manhã e medicação, o tema O que você fez durante a final de semana é explorado pelos participantes da reunião. Abre-se espaço para tal discussão em que se faça qualquer técnica, exceto, para garantir a circulação da palavra. Este espaço é palco de breves informes de interesses dos usuários, visando mantê-los informados sobre as pessoas que estão no HD, aproveita-se a ocasião para a anúncio da chegada de um paciente novo, a entrada ou saída de um profissional, férias, afastamentos e novidades de vida de um usuário que deseje compartilhá-las com o grupo. Procura-se acolher e valorizar aquilo que é mais desvalorizado pelo retorno social destas pessoas que é o conteúdo de suas falas. Ao ler sobre o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira percebemos que esta atividade era semelhante a desenvolvida no mesmo, como é abordado nas palavras de Pitta (1996), mesmo não tendo a mesma denominação.

No que se refere ao respeito através da escuta, sinal de respeito a cidadania através dos diferentes grupos, Rottelli e Amarante (1992, p. 14-15) Ainda com o exemplo desse grupo pode-se assinalar a presença de um outro efeito, freqüente no atendimento em grupo, que é o da *relativização do mal-estar de cada um* ao escutar o outro. (...) Essa possibilidade de relativização é importante porque reduz a ansiedade, o que permite ao usuário formular uma demanda *mais adequada* ao seu estado. O escutar favorece uma maior aprendizagem.

Souza *apud* Moreno (2000, p. 58), *na verdade, o movimento que se faz não é de dar voz mas sim ouvir vozes, pois elas sempre estiveram aonde estão, apenas os ouvidos não estavam na mesma freqüência. É uma questão de sintonia.*

Grupo de Contoterapia – onde é realizado pela Terapeuta Ocupacional, onde é abordado um conto e dele extraído seu significado para cada paciente, ou mesmo o conto é trazido para a realidade vivenciada por cada paciente.

Grupo de Cidadania – atividade coordenada pelo Serviço Social, oportunidade em que são abordados temáticas referentes ao papel de cidadão na sociedade, direitos e deveres do cidadão, bem como, acontecimentos que envolvem o meio ambiente, saúde e lazer. Monta-se uma pauta de assuntos ligados aqueles que fazem parte da instituição. Assuntos como limpeza ou comemorações, por exemplo, conduzem propostas as quais técnicos estagiários e funcionários, juntamente com os pacientes, articulam-se a fim de construir um projeto novo e alguma ação. A avaliação e discussão da rotina do HD é realizada nesse momento, semanalmente. O HD tem representado um espaço para o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, baseado na flexibilidade das relações e organizado pela lógica de seus usuários, os quais participam ativamente na construção do projeto terapêutico.

Rottelli e Amarante (1992, p. 10) concorda com Pinel ao afirmar que devem existir espaços onde a loucura possa ser tratada, mas o que se encontra em questão é a forma de tratamento e assim, concorda com Freud que propaga a importância de se escutar a loucura.

Trabalho Corporal – atividades através do Grupo de Relaxamento; Tai Chi Chuan e Grupo de Dança, a fim de trabalhar a reeducação psicomotora, realizada por um professor de educação física e/ou um profissional do HD, comumente a Terapeuta Ocupacional. Os pacientes trazem colchonetes e então faz-se a Terapia, às vezes, individualmente ou em grupo, aos pares ou não.

Grupo Operativo – com homens e mulheres, onde a preocupação central é de sedimentar uma cultura, um ambiente capaz de ser falado (compartilhado), provendo um suporte para que as questões apareçam, e este grupo possa contribuir para que tais questões sejam trabalhadas;

Grupo Educativo – são palestras voltadas tanto para pacientes quanto para familiares onde se aborda sobre a patologia a qual o paciente vivencia, utilizando vídeos, panfletos e demais recursos áudio-visuais;

Ludoterapia- com atividades lúdicas – com utilização de fantoches para realização de teatro;

Reunião Familiar - acontece semanalmente e mensalmente, para investir na presença de parentes, a equipe anteriormente, planeja bingos, pequenas comemorações, a fim de que se torne o ambiente mais agradável e atrativo para os mesmos. A assistência psiquiátrica vem apresentando

transformações que têm permitido a participação dos familiares, tornando-os alicerces de novos programas terapêuticos.

O foco de atenção da pesquisa desenvolvida por Ortiz e Tostes (1992, p. 273) recai no sistema familiar, considerada pelos mesmos como matriz do desenvolvimento psicossocial de todos os seres humanos. A partir da experiência dos autores percebeu-se a incidência de comportamentos estereotipados, característicos das famílias atendidas no hospital-dia.

Fica claro o isolamento da rede social mais ampla, havendo uma reclusão dos contatos, uma renúncia do prazer-lazer-divertimento. Os familiares comentam sobre o peso da responsabilidade com a doença dos filhos e o quanto é difícil assumir tudo sozinho. São comuns os sentimentos de raiva, insegurança, medo, ansiedade, culpa e solidão.

De acordo com Moreno (2000) uma questão muito enfatizada no Movimento da Reforma Psiquiátrica é a importância das mudanças culturais que devem ocorrer em relação ao imaginário social sobre a doença mental. Portanto, o Ministério da Saúde, ao estabelecer as diretrizes da Saúde Mental pela Portaria 224, propõem o atendimento à família em todos os serviços alternativos, procurando já incluir e ofertar ao núcleo familiar a possibilidade do cuidado em um período em que a família passa por um momento de crise.

Isto impede que a exacerbação do estigma, que impede a boa evolução do paciente e que muitas vezes, *é reforçado pelas próprias famílias, que não acreditam na capacidade dos filhos e ficam imaginando sempre o pior. Os pacientes são avaliados, segundo a ótica da doença, sendo desconsiderados os seus aspectos de saúde ou qualquer tentativa de recuperação* (ORTIZ; TOSTES, 1992, p. 273).

Portanto, as reuniões familiares tem o propósito de colaborar com o tratamento dos pacientes: apreendendo sobre o diagnóstico psiquiátrico; tornar compreensível a importância do tratamento psicossocial e medicamentoso implementado; melhoria nas relações sociais em casa; diminuindo os níveis de emoção expressa, quando diante de comportamentos bizarros dos pacientes; incentivo maior por interesse e demonstração de apoio ao paciente.

Grupo de trabalho em jardim, oficina artesanal – são alguns trabalhos efetivados através ou não de parcerias com instituições, que anteriormente foram amplamente desenvolvidas através da Associação Espaço da Cidadania (ASEC), para estimular a qualificação profissional e/ou atividades remuneradas formais e/ou informais dos usuários contribuindo assim com a ampliação da autonomia do cliente.

Evidenciamos a necessidade de descrever a ASEC, pois foi um local que pouco tempo atrás, outubro de 2003, ainda fazia parte do HD pesquisado. Aquele lugar era estruturado em três

compartimentos, que até pouco tempo, antes da implementação do segundo hospital-dia, destinava-se a trabalhos profissionalizantes -serigrafia - ou mesmo aqueles envolvidos com atividades recreativas, albergando ações lúdicas de pintura, artesanato, música, leitura com pacientes que se encontram ou já se encontraram no Hospital-Dia. Vale salientar que este espaço, era anteriormente a ASEC, um local que albergava alguns dos pacientes que se encontram atualmente na residência terapêutica e que por sua vez, ficavam agregados a ala feminina de um pavilhão da Instituição Integral, atualmente passou a ser novamente o mesmo local anterior a ASEC, pois esta foi transferida para o outro hospital-dia. Era uma associação que contava com o trabalho de voluntários, como uma Assistente Social, e uma Assistente em Saúde Mental, além da equipe multiprofissional – enfermeira, terapeuta ocupacional, psiquiatra, assistente social que atende no Hospital-Dia diariamente, através da alternância de suas atividades, isto é, bimestralmente havia uma troca do gerenciamento da ASEC, uma vez a enfermeira estava a encabeçar as atividades outra vez já a terapeuta ocupacional e assim sucessivamente, acontecendo a alternância dos profissionais.

A associação ainda contava com a doação de materiais, tais como, revistas, tecidos, jornais, livros e usados em geral, a fim de conseguir matéria-prima para execução de atividades como a serigrafia, onde já se tinha a máquina, funcionando no período que era conveniente para os participantes, tanto voluntários como pacientes associados. A transferência se deve pela meta de engrandecimento e fortalecimento deste serviço, pelo fato de que antigamente havia um impasse embora houvesse o espaço cedido pela Instituição, bem como, a clientela havia uma carência de planejamento de ações, de recursos humanos tal trabalho acabava sendo minimizado, quando na verdade, devido sua função primordial – construção da cidadania do portador de transtorno mental, este acabava sendo um elefante guardado em uma caixa de fósforo – associando ao pensamento da antipsiquiatria, que afirma que o modo de ver, o ponto de vista influencia no seu modo de agir (DUARTE JÚNIOR, 1983).

O HD ainda contava em maior frequência com passeios turísticos periódicos a praias, shoppings; zoológicos; sítios; circo; comemorações, tais como: Festa Junina fora da Unidade com a Comunidade; Natal com a família; Carnaval de Rua e Fora de época – Perifolia – com o objetivo de reinserção social. Além de Programas Terapêuticos Especiais:

- Programa de visitas domiciliares : As visitas eram feitas por qualquer membro da equipe do HD, sendo que a primeira visita sempre com a presença do psiquiatra. Contavam ainda com um auxiliar de enfermagem, para acompanhar a evolução dos pacientes e fazer medicação quando necessária.

▪ Visitas domiciliares de caráter educativo – social: Estas eram as visitas do serviço social quando necessário sob o aspecto de abandono do tratamento ou educativo para a família e no sentido de resgatar a ponte terapêutica.

Ao nos reportarmos aos recursos assistenciais incentivados pela Reforma Psiquiátrica, pergunta-se: é levado em consideração aqueles pacientes que por algum motivo não interagem mais com o ambiente familiar, mas que erguendo a bandeira da ressocialização, prima-se pelo contato entre paciente e família, sem medir conseqüências que podem vir a influenciar a própria terapêutica ?

Outro fator a ser colocado em pauta se deve a maneira como está se desenvolvendo as visitas domiciliares pelos profissionais da instituição, que no momento, sentem pela privação de recursos materiais e humanos suficientes que as favoreçam, impossibilitando maior número de visitas através do acompanhamento prestado pelos profissionais, de modo que atualmente existe um transporte que mantém atividades ligadas ao hospital psiquiátrico e ao hospital-dia e que presta serviços de ambulância – para atendimento de pacientes em outras unidades.

É necessário que a visita domiciliar seja resgatada como uma atividade inerente e assídua, capaz de continuar a ação terapêutica já estabelecida com família e paciente no hospital-dia, como anteriormente era determinada e realizada em uma das manhãs, estabelecida no calendário de atividades do hospital-dia ou sempre que houvesse a necessidade.

Em relação à visita domiciliar,

Entende-se como visita domiciliar o tipo de atendimento domiciliário realizado pelo profissional de saúde e/ou equipe na residência do cliente com o objetivo de avaliar as demandas do paciente e de seus familiares, bem como o ambiente em que vivem, e estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação do paciente visando sua autonomia e à maximização de sua independência (Duarte, 2000, p. 8).

A partir do pressuposto das evidências, conhecer a real situação existente no domicílio do paciente que sofre de sofrimento psíquico serve para uma completa e correta avaliação do caso apresentado e o estabelecimento de medidas mais eficazes para administrar a terapêutica a ser adotada. Embora, se saiba que o atendimento domiciliar beneficia, mas não exerce sua completude, de modo que a participação da família, ou seja, o contato da família e paciente na instituição favoreça também a compreensão da família e do paciente, e não somente do paciente em detrimento de sua família.

### 5.1.1) Assessoria a instituições de saúde e educação

O HD tem mantido contatos desde nov/98 como o Projeto Casa Própria que teve resultado de 06 multirões, através da associação; Projeto Reinserção no Mercado de trabalho com 11 pacientes; Profissionalização SENAC/ Instituição Pesquisada com curso de cabeleireiro com participação de 10 usuários; Reciclagem de Papel com 03 clientes. Espaço Aberto através da barraca na beira-mar para venda de produtos; CEART – Centro de Artesanato Luiza Távora; SEBRAE que se encontrava em andamento; Expoece; Projeto de Alfabetização (TREINARH).

### 5.1.2) Da supervisão e Orientação dos profissionais do HD

O trabalho dos monitores e da coordenação geral está sob a supervisão e orientação da diretoria técnica, nas questões técnicas e internas da equipe. Além das supervisões terem também, estudos de textos, nos Grupos de Alta discutidos com os membros da equipe do HD envolvidos de perto nos segmentos do paciente, trata-se de uma reunião técnica com os profissionais de apoio que fazem a supervisão para discussão de casos clínicos, discute-se a situação de cada paciente como uma questão individual, com seus desdobramentos no projeto clínicos, e também como espécie de leitura do processo institucional.

A Reunião de Equipe, também chamada de técnica, serve como ferramenta essencial para o acompanhamento do paciente, nela são discutidos o prognóstico e a evolução do mesmo, pela equipe. Trata-se de um momento coletivo para discussão de casos, onde se reúne a equipe de profissionais envolvido de perto nos segmentos do paciente, ocorrendo uma vez por semana, com duração de 1 hora. Nesta, são discutidas a situação do paciente como uma questão individual, com seus desdobramentos nos projetos clínicos, utilizando as palavras de Pitta (1996) ao se referir a reunião técnica do Centro de Atenção Psicossocial, a mesma serve como uma espécie de leitura do processo institucional, tornando possível abrir uma perspectiva para uma revisão do projeto elaborado na instituição. Isto possibilita uma chance de rever o funcionamento da equipe e redefinilo.

Ao ler Pitta (1996) podemos elaborar uma descrição aproximada daquilo que se é realizado durante as reuniões de equipe. Em que pode-se explicitar e perceber as diferenças existentes entre os membros da equipe. Isso, na percepção da autora pode parecer um pouco óbvio mas, por vezes, quando se trabalha em equipe tem-se a tendência a minimizá-las ou mesmo ocultá-las e a se identificar narcisicamente com pontos comuns criando uma falsa impressão de coesão, de unidade. Ao constatar esse óbvio, faz-se da diferença ponto de encontro de dúvidas, de confronto, de certezas e contradições e ponto de partida para diversificação do trabalho. Reinaugura-se a

equipe, fundada num radical compromisso com a vida ao assumir coletivamente o serviço como lugar de trabalho, de produção de sentido de invenção de encontro, de busca e de prazer.

Percebemos que, também, algumas questões inquietadoras são comuns, por serem evidenciadas em espaços que se constroem a partir da sua própria existência, como o hospital-dia, este fato foi uma constante na descrição feita por Moreno (2000, p. 28), ao abordar a unidade de hospitalização diurna no serviço de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Essas questões são levantadas nas reuniões de equipe, a partir da discussão acerca dos pacientes, de forma que a Reunião Técnica acabava por se projetar e se estender na Reunião de Família, estão representadas pela

(...) equipe do Hospital-dia, em seu microespaço, no entanto, angustiava-se frente a como tratar de uma forma diferente os pacientes ali internados. As reuniões de equipe eram sempre palco de embate: Como fazer? Por que medicar? Quais os recursos internos e externos que tínhamos para não internar? Quais as facilidades e dificuldades frente a casos mais graves?

#### 5.1.3) Dos programas de pesquisas e divulgação dos trabalhos do HD e capacitação:

5.1.3.1. A Instituição tem o intuito de proceder à pesquisa da assistência prestada pela mesma e a satisfação de seus clientes.

5.1.3.2 – Elaboramos também, estatística dos atendimentos do HD; que nos serve como parâmetro de avaliação de trabalho desenvolvido e aperfeiçoamento do mesmo.

5.1.3.3 – Visitas ao CAPS de Juazeiro do Norte, Cascavel, Aracati e Quixadá.

5.1.3.4 – Participação Curso de Capacitação em Saúde Mental – UFC/ UECE Instituição acerca de temas envolvendo Relações Interpessoais no ambiente hospitalar; Reforma Psiquiátrica x Qualidade de Vida e Infecção Hospitalar.

A seguir são listadas atividades, distribuídas durante a semana, desenvolvidas pelo HD, bem como, os coordenadores responsáveis por cada área:

Segunda-Feira :

- 7:30 – 8:30 – Café e Medicação – Auxiliar de Enfermagem
- 8:30 – 9:30 – Grupo de Acolhimento com Psicóloga e Serviço Social
- 9:30-11:00 – Atendimento Individual com a Psicóloga
- 10:00 – 11:00 – Estagiários de Enfermagem da UFC
- 11:00 – 12:00 – Prontuários
- 11:30- 13:45 – Almoço – Repousos e Medicação
- 14:00- 15:00 – Grupo Contoterapia com a Terapeuta Ocupacional
- 15:00-15:30- Grupo Terapêutico e Atendimento com Psiquiatra

- 15:00-15:30 – Lanche e Saída

Terça-Feira :

- 7:30 – 8:30 – Café e Medicação – Auxiliar de Enfermagem
- 8:30 – 9:30 – Grupo de Cidadania com Serviço Social
- 10:00-11:00 – Oficina de Envelope
- 11:00 – 13:00 – Atendimento Individual da Enfermeira - Prontoário
- 11:30 – 12:30 – Almoço – Repousos e Medicação
- 13:00- 14:00 – Atendimento Individual Junto a Psicóloga
- 14:00- 15:00 – Grupo de Relaxamento com a Terapeuta Ocupacional
- 15:00-15:30 – Lanche e Saída

Quarta-feira :

- 7:30 – 8:30 – Café e Medicação – Auxiliar de Enfermagem
- 7:30 – 14:00 – Atendimento aos Clientes/ Familiares com a Psiquiatra
- 8:30-10:00 – Reunião Familiar com a Psicóloga e Serviço Social
- 8:30 – 10:00 – Sessão de Vídeo com Terapeuta Ocupacional
- 10:00 – 11:30 – Grupo de Dança – Enfermeira e Terapia Ocupacional
- 11:20- 12:20 – Reunião de Equipe
- 11:30- 12:30 – Almoço/ Repouso e Medicação
- 14:00-15:30 – Grupo Terapêutico com a Psicóloga
- 15:00-15:30 – Lanche e Saída

Quinta-Feira :

- 7:30 – 8:30 – Café da Manhã e Medicação – Auxiliar de Enfermagem
- 8:30 – 11:00 – Oficina de Pintura com Terapeuta Ocupacional
- 10:00-11:00 – Oficina de Mosaico
- 8:00 – 12:00 – Visita Domiciliar com Serviço Social – Atendimento Individual
- 11:00 – 13:00 – Atendimento Individual da Enfermeira e Registro
- 11:30- 12:30 – Almoço e Repouso e Medicação
- 14:00- 15:00 – Grupo Operativo (Homens e Mulheres)
- 15:00-15:30 – Lanche e Saída

Sexta-Feira :

- 7:30 – 8:30 – Café da Manhã e Medicação – Auxiliar de Enfermagem
- 8:30 – 9:30 – Grupo Educativo com Auxiliar de Enfermagem

- 9:00-11:00 – Oficina de Envelope
- 11:30 – 12:30 – Almoço/ Repouso e Medicação
- 11:30 – 12:30 – Atividades Lúdicas/ Acompanhamento / Projeto Terapêutico com Terapeuta Ocupacional
- 14:00- 15:00 – Atendimento com a Psiquiatra
- 14:00- 15:00 – Grupo de Relaxamento com a Terapeuta Ocupacional
- 15:00-15:30 – Lanche e Saída

Vale salientar que estas atividades não são realizadas de forma estanque, mas de modo dinâmico, sempre fazendo com que outras atividades venham a fazer parte da rotina. Macedo (1996) atribui a vantagem da norma sobre o funcionamento do hospital-dia, vê-se uma distribuição de atividades a serem realizadas junto aos usuários desse sistema de atendimento, bastante diversificada, dando margem à equipe multiprofissional que nele trabalha de agir com liberdade e compromisso, estabelecendo laços com todo o corpo social para a realibitação do doente mental.

Assim, no dia-a-dia da instituição procura-se proporcionar um número grande de projetos, fazendo ocorrer uma circulação intensa de experiências, que atendem aos pedidos dos usuários e em respeito as suas pretensões, o fato é que existe uma consideração na sua capacidade de escolha, mas sempre o paciente é instigado a participar das atividades, principalmente aquelas referentes as tarefas de vida diárias, tais como: lidar com roupas - costura, com jardinagem, limpeza do ambiente – varrer, limpar colchonetes, lavar os copos utilizados na medicação. A perspectiva para esta forma de tratamento tem como objetivo proporcionar a estas pessoas que atinjam patamares cada vez mais altos de gerenciamento de suas vidas, possibilidades sempre maiores de autonomia, independente da intensidade e freqüência destas atividades para eles.

Ainda, é disponibilizada em todos os períodos, exceto quando há outras atividades, durante a semana, ao paciente assistido pelo HD, de uma sala de atividades, já mencionada que se chama de Oficina, onde poderá encontrar materiais para desenvolver trabalhos de: desenho, pintura, argila, papel-machê, bordado, tapeçaria, atividades que deu início anteriormente e que o paciente escolhe por dar continuidade, ou apenas conversar no Refeitório ou Jardim. Isto mostra o poder de autonomia dentro do HD. E um local destinado a jogar sinuca.

A avaliação e discussão da rotina do HD é realizada em reunião que ocorre semanalmente, em conjunto com a supervisão realizada semestralmente, entretanto ocorrem encontros informais no momento do almoço, lanche, atividades grupais entre os técnicos, quando surgem, não raras vezes novas idéias, novas linhas de invenção.

A fim de sugerir uma rotina que vislumbre o objetivo originário do HD, revivemos momentos que segundo vivência e relatos dos que trabalham neste ambiente, existiam, mas que por motivos de ordem financeira foram extintos, deve-se aumentar grupos de vivências corporais de ginástica, natação, de grupos de passeios, todas as semanas o hospital deve ser deixado. Ainda acrescentamos o que é relatado por Pitta (1996), o grupo de fotografia em que cada paciente fotografa-se para conhecer o corpo a fim de trabalhar em cima da materialidade corporal e a maneira como se vê refletido.

Visualizamos a necessidade de enfatizar as atividades da Enfermagem, devido à importância dada ao seu papel dentro da equipe. As atividades da Enfermagem ficavam restritas a responsabilidade pelo Programa de Saúde elaborado pela equipe, pelas intecorrências e pela higiene e aspecto físico do cliente com apoio da equipe.

A prática dos profissionais que atuam em saúde mental está passando por reformulações profundas, em que os antigos paradigmas não cabem mais na assistência ao cliente com sofrimento psíquico. Consoante Mello (1998, p. 22) torna-se necessário uma prática que tenha como fundamental o contexto da pessoa/usuário, da família e de todos que se encontram próximos ao doente, garantindo ao usuário o seu direito de expressão, para que seja desenvolvida uma assistência realmente mais respeitosa, um cuidar que qualquer ser humano tenha direito, independente de sua doença. Entretanto, o profissional enfermeiro possui dificuldades em criar novas modalidades de assistência, não dando o devido valor ao trabalho intelectual, à produção de conhecimento e ao envolvimento na reestruturação da assistência.

As mudanças que estão ocorrendo no cuidar em psiquiatria indicam que a enfermeira precisa conscientizar-se que seu papel vai além das tarefas administrativas e dos tratamentos somáticos. Cabe a ela também as atividades que estimulem o autocuidado e a auto-estima, que auxiliem o indivíduo a reconstruir seus contratos sociais mais adequadamente, que reduzam seu número/ período de internações e auxiliem na reestruturação do cotidiano do cliente.

Conforme Macedo (1996, p. 22) coloca que diferentemente do que foi enunciado através de pesquisa recente referente ao profissional enfermeiro, no interior dos hospitais psiquiátricos convencionais, o enfermeiro ainda é o responsabilizado pelo controle de sua assistência, os técnicos,

auxiliares e atendente de enfermagem <sup>1</sup> estão [en]carregados da execução da mesma. Em tais instituições a ação do enfermeiro estende-se a vários setores que não são diretamente vinculados ao cuidado do paciente, atuando no HD em diversas atividades sugeridas, como citada na Portaria n.o. 224/92, indo desde o atendimento individual, passando pelo grupal, até suprir também a necessidade da família dos que utilizam o serviço, além de exercer a tarefa de fiscalizar o fiel cumprimento dessas ações, já que foi considerado como profissional necessário ao funcionamento do HD

Que o enfermeiro comprometido com seu ser, na qualidade de agente de transformação, possa conquistar uma posição de destaque, a qual lhe é natural, buscando junto a esses novos serviços de atendimento psiquiátrico, especificamente no hospital-dia, uma forma de tornar possível uma nova prática em saúde mental.

Corroborando Pitta (1993), em psiquiatria o principal objetivo deveria ser substituído por ideais de vida, de realização criativa, de desenvolvimento das potencialidades do indivíduo, intensificando o seu funcionamento a fim de encontrar caminhos e significados para suas vidas.

A que se destacar semelhanças entre as diretrizes, estabelecidas pelo Ministério da Saúde para organização de serviços de Saúde Mental, até então referenciadas e os princípios que regem a Organização do Sistema Único de Saúde(SUS). Tal fato se deve por a trajetória das políticas de Saúde Pública e Mental terem momentos em comum. A análise desenvolvida por Ogata; Furegato e Saeki (2000) aborda as convergências e divergências da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, afirmando que na década de 80, destacou-se a trajetória sanitarista, com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que desencadeou, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Com a Constituição de 1988, conquistou-se a saúde como direito e criou-se o SUS. Nesse período, o movimento da Reforma Psiquiátrica desvinculou-se da Sanitária. Esta esperava transformar as macroestruturas com mudanças administrativas no Sistema de Saúde. Enquanto, que a Reforma Psiquiátrica entendia que o processo de desconstrução/construção devia dar-se nas microestruturas. As convergências se caracterizavam por, historicamente, os movimentos terem sido marcados como formas sistemáticas de exclusão econômica e social de determinados setores da sociedade, portanto, políticas de marginalização; foram pautados no modelo de reforma italiano; ocorreram num mesmo momento histórico, e ainda por estarem passando por um relativo estado de estagnação, deixando explícito que mesmo os direitos conquistados em forma de lei não são

---

<sup>1</sup> A função de atendente foi extinta da equipe de enfermagem. Entretanto, de acordo com a Resolução COFEN – 186/95, dispõe que as atividades elementares deste profissional eram relacionadas com a higiene e conforto do cliente; com o transporte do cliente; com a organização do ambiente; com consultas, exames ou tratamentos e com o óbito.

cumpridos, não havendo movimento de pressão expressivos para que sejam efetivamente observados.

Em relação às Normas para o Atendimento Hospitalar através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, é regulamentado que a Instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental mantém semelhanças com a assistência prestada pelo Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), por se caracterizar como um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório; de se configurar como um serviço regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial, além de ser integrado a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental. E ainda conservar as seguintes atividades desenvolvidas atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social. Em atribuição da distribuição da carga horária, o HD oferece aos pacientes em regime de hospital-dia três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar, assim como para aqueles pacientes que freqüentam o NAPS/CAPS em regime de 8 h/diárias (Brasil, 2001).

Os Serviços de Atenção em Saúde Mental foram elaborados segundo o mesmo prisma, portanto, não importando ser Hospital-dia, Centro de Atenção Psicossocial, o desenvolvimento foi o mesmo para todos os envolvidos neste processo de implantação, que por sua vez aderem

A noção de reabilitação (...), como um aprendizado e uma conquista naturais, e só pôde tomar forma quando a instituição já estava em funcionamento, quando já existiam condições para que tal noção pudesse ser vislumbrada e chamada a operar, e estas condições, por sua vez, amadureceram no próprio desenrolar dos trabalhos no Centro. Elas se apresentaram porque a certa altura houve uma precipitação de fenômenos favoráveis: as práticas ultrapassavam os espaços internos, constituía-se uma equipe de cuidados, todos incorporavam a instituição como espaço de referência para pacientes e familiares, clareava-se a idéia de tratar e, principalmente, emergia um local de tratamento que se desenvolvia juntos com os pacientes. A reabilitação foi percebida, neste contexto, como um processo articulado de práticas (sustentadas por uma trama de conceitos), que não se deteria até que a pessoa acometida por problemas mentais pudesse sedimentar uma relação mais autônoma com a instituição. Tratava-se, enfim, de procedimentos que iam se consolidando e sendo articulados por uma instituição na qual o tratamento não era dimensionado segundo um limite no tempo, e onde se garantia a participação do paciente em todo o processo (PITTA, 1996, p. 34).

Para aqueles que buscam uma identidade, entendida aqui como alcance de uma unanimidade/uniformidade, que tomando como base o que afirma Japiassu (1993, p. 136) ao conceituar identidade, do latim: (*tardio identitas, de idem : o mesmo*) *relação de semelhança absoluta e completamente duas coisas, possuindo características essenciais(...)*. A noção de reabilitação de Pitta (1996), se adequa muito bem, mesmo se referindo ao CAPS.

Dessa forma, não devemos procurar uma receita com fórmulas que se enquadrem perfeitamente em qualquer condição sócio-política e cultural. O que se deve é estimular à reflexão sobre as ações. Fazendo com que se pontuem avanços dos pacientes e assim, possam ser mostrados e não demonstrados para equipe técnica e público alvo. Há que se instigar uma maior interação entre as equipes que prestam este serviço. Assim, somos a favor das ações que contemplem palestras, conferências, a exemplo do CAPS de Quixadá, fóruns para disseminação de conceitos, para discussão de situações, independentemente da ideologia empregada. Pois cada paciente é tão singular, quanto a ideologia empregada e aclamada por cada profissional. Portanto, devemos respeitar a cidadania que constitui o direito de pensar e agir com liberdade e atenção ao próximo.

Com base nesse novo modelo, o relatório final da 2.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Mental citada pelo Ministério da Saúde, divulga como marcos conceituais norteadores da assistência em saúde mental, o respeito à cidadania e à atenção integral, onde o processo saúde/doença mental seja

(...) entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando –se as diferenças e as diversidades (BRASIL, 1994, p. 11).

Desse modo, não devemos disseminar a idéia de que a pessoa com sofrimento psíquico necessariamente deve produzir para que o mesmo tenha a declaração de reabilitado. Nesse sentido, estamos voltando à época, em que a pessoa era considerada louca por não ser capaz – inapto - não ser detentor do saber sobre si e as demais coisas ao seu redor.

Percebe-se que a proposta técnica do hospital-dia pesquisado está em consonância com o estabelecido pela Portaria n.º 224 que visa abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente, a variar, conforme a necessidade de cada paciente.

## **6 O PACIENTE ATENDIDO PELO HOSPITAL-DIA: Revelando a Face da Clientela**

Após ter revelado aspectos referentes ao HD em questão, torna-se lícito continuar com a revelação da face da clientela, segundo aspectos pessoais e sócio-econômicos, relacionando-os com a realidade observada no HD.

Depois de ter coletado os dados, os mesmos foram agrupados em tópicos relativos ao perfil pessoal, sócio-econômico e aspectos referentes aos pacientes atendidos no HD.

E a fim de perceber o cliente enquanto pessoa, como um conjunto de características relativamente integradas, estáveis e constantes no tempo, pôs-se em evidência as noções de semelhança e diferença nos apresentados atributos revelados, ou seja, no conjunto de caracteres próprios de uma pessoa.

**Tabela 1 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por idade, em valores absolutos e relativos dos pacientes internados no Hospital-Dia. Fortaleza-Ce, 2004.**

IDADE	FEMININO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
15-20	5	2,9%	3	1,7%	8	4,7%
20-25	7	4,1%	8	4,7%	15	8,7%
25-30	8	4,7%	11	6,4%	19	11,0%
30-35	14	8,1%	15	8,7%	29	16,9%
35-40	13	7,6%	7	4,1%	20	11,6%
40-45	9	5,2%	12	7,0%	21	12,2%
45-50	6	3,5%	11	6,4%	17	9,9%
50-55	8	4,7%	10	5,8%	18	10,5%
55-60	5	2,9%	6	3,5%	11	6,4%
60-65	2	1,2%	2	1,2%	4	2,3%
65-70	5	2,9%	1	0,6%	6	3,5%
70-75	1	0,6%	0	0,0%	1	0,6%
75-80	1	0,6%	0	0,0%	1	0,6%
80-85	1	0,6%	0	0,0%	1	0,6%
Não consta	1	0,6%	0	0,0%	1	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>172</b>	<b>100%</b>

A tabela 1 demonstra que a idade mais freqüente se dá no intervalo entre 30 e 35 anos para ambos os sexos. correspondendo, 29(16,9%) pacientes, distribuídos em 14(8,1%) mulheres e 15(8,7%) homens. Acompanhados pela idade de 40 a 45 anos com 21(12,2%) pacientes, sendo que o sexo masculino predominou com um quantitativo de 12 (7,0%), em detrimento ao intervalo correspondente a 35 a 40 anos com 20 pacientes, em que o sexo feminino prevaleceu com 13(7,6%) participantes em comparação com a do sexo masculino em número de 7(4,1%). É necessário observar quanto o crescente número na faixa etária que caracteriza o período de climatério no sexo feminino.

A média de idade dos pacientes do sexo feminino foi de 50 anos, pois as idades variaram de 17 anos a 83 anos. Entre os homens, a média de idade se configurou entre 17 anos e 66 anos, equivalente a 41,5.

Isto colabora com o que apresenta Ciornai (1999), em relação a fragilização da população caracterizada por ser mulher e /ou idosa que pode provocar sentimentos de humilhação, vergonha, raiva e, mais que tudo, de solidão, aumentando assim, o sofrimento.

Os dados demonstram faixas etárias que contra-indicariam o hospital-dia como estabelecimento apropriado. Segundo relatos de profissionais, o HD em questão, atende a pacientes

numa faixa etária que contra-indica a senilidade e a infância, especificamente entre 20 e 70 anos de idade, devem possuir vínculo familiar e/ou pessoas próximas que se responsabilizem pelo cliente.

Parece haver um contracenso no que se refere ao termo senilidade, pois ao procurar seu significado percebemos que senil significa idoso, velho, e ao buscar a faixa etária que caracteriza essa fase, Lima et al.(2000) afirma que geralmente inicia a partir dos 55 anos.

Embora o quantitativo seja menor nesta faixa etária, observa-se que à medida que a idade aumenta maiores são as possibilidades de adoecimento, tal fato pode estar atrelado a situação de que muitos desses pacientes já permaneceram internados em regime integral, ou pelo fato de que algumas doenças são surgidas justamente na adolescência como a esquizofrenia. Porém, ainda, esclarecem diferenças quanto a idade de início da doença, sendo ligeiramente inferior nos indivíduos do sexo masculino enquanto as mulheres são mais propensas a esquizofrenia em fase tardia (KAPLAN, 1984; KYES, 1986; LOUZÃ NETO, 1998).

Ou ainda por não atribuir problema psiquiátrico ao indivíduo que se encontra na infância, até porque são poucos os estabelecimentos que tratam patologias psiquiátricas para esta faixa etária, delegando assim, a adolescência uma das fases de maior incidência.

A maior concentração é a partir dos 20 anos de idade aos 60 anos, nós temos um maior número de pessoas concentrada nesta faixa etária, quer dizer idade produtiva, e aqui merece destaque aos trabalhos que poderão ser desenvolvidos no HD para deixar essa pessoa capaz, logo após sua saída, porque ainda se encontra numa idade considerada pela sociedade como produtiva e portanto, sua reinserção perpassa por essa qualificação, que se reflete em uma das dimensões da qualidade de vida, a área profissional.

Não pura e simplesmente a questão da produtividade em si, mas a questão da reinserção, da qualidade de vida que essa pessoa vai passar a ter ao ser reinserido, ao possuir um espaço onde ela consiga suprir as necessidades dela, inclusive necessidades afetivas, relacionais e de cidadania, pois do trabalho proporciona apropriação da natureza pelo homem e reproduz o próprio homem. *Através do trabalho geram-se utilidades, mercadorias e relações sociais. O trabalho, juntamente com a linguagem, constitui-se em atividade humana por excelência* (SAMPAIO, 2001, p. 18).

O avanço da idade é outro fator gerador do sofrimento para uma parte significativa das mulheres, pois a idade é tida como característica limitante, pois causa sensação dolorosa de irrealização pessoal, como se a vida não mais permitisse realizar experiências acumuladas ao longo de sua jornada, deixando a impressão de estagnação e aniquilamento existencial. No âmbito sócio-econômico, a preocupação perpassa pela produtividade e os lucros, ao ver que devido o

esquecimento e isolamento, a capacidade produtiva é parcialmente perdida, fazendo com que a pessoa seja afastada do trabalho, contribuindo ainda mais para o desencadeamento do sofrimento psíquico (ANGERAMI; AUGUSTO, 1990).

De acordo com Oliveira (2000), o avanço da idade, comumente, está interligado à solidão, graças ao sistema sócio-econômico que oferece maior importância a produção e ao lucro, promovendo, assim a exclusão dos mais idosos, por assim, serem considerados inúteis e desprovidos de vida própria, não importando a vivência e a experiência. A idade é tida como um fator limitante e o isolamento como resposta, a falta de possibilidades de realização de atividades desenvolvidas no passado. E como resultados o tédio e a depressão, nessa etapa de vida, apresentam-se como sendo os únicos caminhos para a condição humana.

A senilidade é acompanhada por perdas reais e crescentes e pelo medo que antecipa os acontecimentos concretos, tais como: perda da identidade, da independência, do vigor da musculatura, dos movimentos; o decréscimo das reações bioquímicas no organismo; o esgotamento do corpo, enfim um declínio funcional do organismo. Essas perdas sucessivas, situacionais, físicas e psíquicas, que acompanham o processo de envelhecimento, forçam a pessoa idosa a uma adaptação da nova condição e ao enfrentamento de situações que, na maioria das vezes, não se preparou ao longo da vida (ANGERAMI; AUGUSTO, 1990).

Este aumento é ainda mais acentuado no sexo feminino, em que se observa um aumento do quantitativo bastante expressivo a partir dos 45 anos, faixa etária caracterizada conforme Rezende (1999) pelo período do climatério – fase que antecede a menopausa, caracterizada pelo maior espaçamento das menstruações e menopausa – suspensão completa da menstruação, chegando a 29 pacientes.

É divulgado pela área científica, conforme relata Oliveira (2000), que a menopausa pode ocasionar alterações na saúde das mulheres, dispensando atenção clínica, principalmente as mulheres climatéricas, que apresentem ou não sintomas, visando uma melhor qualidade de vida.

Holanda (1997) apresenta o climatério como um processo lento e gradual que ocorre antes e depois da menopausa. Os ciclos menstruais tornam-se irregulares, em relação à frequência e ao fluxo. Quando ocorre a menopausa, que é a cessação da menstruação, os ovários deixam de funcionar, tendo como resultado a redução das concentrações hormonais, principalmente, o estrógeno e a progesterona. Esse desequilíbrio é responsável por vários sintomas causadores de desconforto e sofrimento, tanto a nível físico como mental e social.

A maioria das mulheres experimentam mudanças nos níveis hormonais, marcantes no período do climatério, caracterizado pelo sofrimento e a agonia que são agravados pelo fato da própria mulher e de seu familiares, julgando de forma distorcida, subvalorizando o sofrimento por elas experienciado, resultando em incompreensão, muitas vezes, por falta de conhecimento da sintomatologia que costumeiramente é atribuída aos problemas pessoais. Ao não compreenderem o que está acontecendo com ela, esta passa a ser incompreendida até mesmo pelos profissionais, que podem não se dar conta de que esse período de vida possa estar relacionado com as poliqueixas, e ao efeito sobre os estados de humor das mulheres, não despertando a atenção para esse fato de tão grande relevância, acarretando numa forma solitária de enfrentar esse sofrimento (OLIVEIRA, 2000).

**Tabela 2 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por profissão, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004.**

PROFISSÃO	F	%	M	%
Sem profissão	31	18,0%	45	26,2%
Do lar	26	15,1%	0	0,0%
Estudante	11	6,4%	9	5,2%
Aposentada	4	2,3%	11	6,4%
Doméstica	6	3,5%	0	0,0%
Auxiliar de Serviços Gerais	2	1,2%	1	0,6%
Bancário	0	0,0%	2	1,2%
Funcionário Público	0	0,0%	2	1,2%
Professor	2	1,2%	0	0,0%
Agente Cidadania	0	0,0%	1	0,6%
Autônomo	0	0,0%	1	0,6%
Borracheira(o)	0	0,0%	1	0,6%
Carpinteiro	0	0,0%	1	0,6%
Carteiro	0	0,0%	1	0,6%
Cozinheira	1	0,6%	0	0,0%
Agente Administrativo	0	0,0%	1	0,6%
Escriturário	0	0,0%	1	0,6%
Garçone	1	0,6%	0	0,0%
Locação de Vídeo	0	0,0%	1	0,6%
Marinheira(o)	0	0,0%	1	0,6%
Médico	0	0,0%	1	0,6%
Militar	0	0,0%	1	0,0
Operadora de caixa	1	0,6%	0	0,0%
Pensionista	1	0,6%	0	0,0%
Pintor	0	0,0%	1	0,6%
Roupeiro	0	0,0%	1	0,6%
Servente	0	0,0%	1	0,6%
Soldado	0	0,0%	1	0,6%
Técnico de Raio-X	0	0,0%	1	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>

De acordo com dados da tabela 2, percebemos que do total de pacientes, o maior número se encontra na categoria sem profissão, sendo 31(18,0%) do sexo feminino e 45(26,2%) pacientes do sexo masculino. Embora seja representante a categoria de estudante e de aposentado e estudante para ambos os sexos. Enquanto que na categoria de prenda do lar, houve predominância do sexo feminino, tendo 26 pacientes.

A grande maioria sem profissão, incluindo as do lar. Do lar porque não desenvolveram outra aptidão, nenhuma especialização, especificidade ou nenhuma formação e acabam por entrar nesta categoria, específica para o sexo feminino.

No que se refere aos aposentados, o quantitativo é mínimo sendo 4 correspondente a 2,3% do sexo feminino e 11, equivalente a 6,4% do sexo masculino, se levarmos consideração que

esta categoria não faz parte da profissão, pois assim não é considerada, até porque a dimensão profissional se encontra presente, conforme Castro(1997, p. 12)

o trabalho é determinado pela relação entre um agente (fornecedor ou produtor de bens serviços) e o seu cliente, usuário, freguês ou consumidor e pela excelência dos serviços prestados ou dos produtos oferecidos.

Entretanto, sabemos dos problemas que emergem da questão da aposentadoria, enfrentados pelo povo brasileiro. Em primeiro lugar, o que se ganha, mal dá para a sobrevivência, sem contar com aqueles que não recebem qualquer tipo de benefício. O direito à aposentadoria é uma vitória trabalhista conquistada pelas pessoas de todo mundo. Como o Brasil é alvo de grandes desigualdades sociais, o período da aposentadoria é caracterizado pelas dificuldades de ser vivido, principalmente por causa das condições precárias de trabalho a que são submetidas a maioria das pessoas (KRUG, 1999).

Mesmo assim eles são considerados como deficientes. Eles tinham ou tem uma patologia que é enquadrada permitindo o direito a uma aposentadoria. Este fato remonta a questão da faixa etária avançada, a condição incapacitante, inabilidade pela doença, e mesmo assim, o número é mínimo diante da necessidade.

Quando se aborda sofrimento psíquico, dá-se ênfase exclusivamente às psicopatologias psiquiátricas, embora seja evidenciado em qualquer e todo tipo de ambiente. De modo que a pesquisa desenvolvida por Félix (2001) ao desenvolver a pesquisa que aborda a correlação entre o papel da organização do trabalho na gênese do sofrimento/prazer, aponta que o sofrimento ocorrer, associam-se, em diversas intensidades, a carga de trabalho, a falta de materiais e equipamentos, demandas por relacionar-se com os integrantes da equipe de saúde, bem como com a dor e a morte, juntamente com a necessidade de ser competente e ágil para tomar decisões acertadas em um ambiente geralmente muito tenso, não tendo um só fator que explique, isoladamente, o sofrimento psíquico vivenciado no trabalho.

No HD existiam pacientes que se encontravam admitidos na internação, porém em sistema parcial, pois durante o período da manhã, podiam ser localizados participando das atividades do HD. Outros pacientes tinham passado parte de sua vida internados, tendo como disponibilidade de passeio o psiquiátrico, portanto, “a pessoa portadora de sofrimento psíquico é vista, muitas vezes, a partir de dois mitos: o da incapacidade civil e o da periculosidade. Seria, por decorrência, inábil ao trabalho e, sobretudo, perigosa. As experiências extra-hospitalares têm demonstrado, não obstante, que as pessoas com sofrimento psíquico não precisam ser excluídas do

convívio comunitário, mais do que isso, têm evidenciado que o modelo hospitalocêntrico de exclusão e asilamento só faz piorar a saúde mental dos internos sendo responsável, no mais das vezes, pela cronificação dos pacientes (FÉLIX, 2001).

Em vista, da elevada prevalência de doenças na população urbana e rural como depressão, esquizofrenia, dentre outras. Torna-se necessário uma maior preocupação na promoção e restauração da saúde psíquica do cidadão mediante a oferta de serviços de saúde que promovam bordagens psicossociais para que o paciente volte a se perceber como detentor de criatividade, aptidão através do desenvolvimento de suas qualidades.

No que se refere a reabilitação, principalmente vocacional é muito importante segundo Louzã Neto (1998, p.34) pois

(...) na maioria das vezes os pacientes não poderão ou não conseguirão desenvolver a atividade para a qual se preparavam ou em que estavam formados. Auxiliar o paciente na escolha de uma atividade ou na mudança para outra é tarefa importante, pois muitas vezes os pacientes não conseguem ter uma idéia precisa de suas limitações. Em virtude da doença se tornam mais vulneráveis a situações de estresse, o que limita suas possibilidades em ambiente de trabalho. O desenvolvimento de atividades em terapia ocupacional e em oficinas abrigadas auxilia na determinação da tolerância que o paciente tem às situações de esforço físico e mental.

Como resultado deste processo socializador, caracterizado pelo HD, tem-se inevitavelmente várias situações conflituosas com que o indivíduo terá que lidar, geradoras de sintomas psicoemocionais, que dependendo da subjetividade de cada indivíduo e do grupo de referência a qual pertence, poderá vir a transformar-se em recidivas de transtornos psiquiátricos. Sendo os sintomas meros produtos secundários e infelizes substitutos da natural e sadia capacidade de buscar a satisfação das necessidades mais básicas – sobrevivência, reconhecimento enquanto um ser possuidor de personalidade, identidade, afetividade enfim, da construção e expressão da subjetividade.

Atualmente, a nossa sociedade dá uma desmensurada importância ao dinheiro, e ao equivocado conceito de sucesso que impõe ao indivíduo. A nossa civilização ocidental gera uma sociedade altamente competitiva, buscando desesperadamente dinheiro, prestígio, fazendo com que o poder transforme todos em rivais e potencial inimigos. Daí, a importância do aparecimento de doenças psicossomáticas, tais como: as doenças osteo-musculares relacionadas ao trabalho.

Goffman (1982, p. 12) analisa a identidade sob os aspectos pessoal e social, apontando o estatuto social:

(...) o indivíduo, enquanto adulto, se depara com tarefas que são atributos desejáveis socialmente, como sua ocupação. São dados que refletem expectativas sociais de comportamento. E as expectativas existem em relação a normas explícitas para o comportamento dele, enquanto adulto

A sociedade exige que o ser seja produtivo, uma parte, porém, *deseja firmemente arranjar um trabalho ao qual possa realmente se adaptar, sendo tão claro isso, que todos os da família percebem essa necessidade de que o doente se sinta útil, numa sociedade que valoriza tanto ser produtivo* (MACEDO, 1996, p. 101-102).

Essa situação, percebida pela família e relatada como prejudicial ao seu tratamento, não tem sido de fácil resolução, pois o preconceito social à restrição de trabalho para o doente mental é muito mais cultural do que social, e nesta postura preconceituosa, a própria família é também envolvida e colabora para fixar essa compreensão.

A sociedade representa uma prisão sem grades, no qual as condições econômicas podem se tornar fatores agravantes, por desencadear nas pessoas situações de instabilidade e insegurança, como é relatado por Oliveira (2000, p. 14-15)

A valorização do “ter”, numa sociedade cada vez mais consumista, promove a desvalorização do “ser”, da dignidade, podendo a procura incessante da felicidade recair em frustração e “tédio existencial”.

Macêdo (1998, p. 11) ressalta, ainda, a *miséria encontra-se relacionada à desordem e conseqüentemente à loucura*.

Isto colabora para a segregação, que Rego (2000, p. 33) tão bem caracteriza

(...) a forma de exclusão contemporânea é completamente diferente das formas anteriormente existentes de discriminação – ou até mesmo segregação – partindo da premissa que tende a criar, mundialmente, indivíduos completamente desnecessários ao universo produtivo, onde parece que as chances de inserção já não existem mais, noutras palavras: são seres descartáveis.

Merece destaque da relação de profissões apresentadas na tabela 3, a íntima conexão existente entre a falta de profissão e aquelas profissões que não necessariamente exigem um aperfeiçoamento, uma preparação, embora deveria existir, mas que não possui devido ao baixo nível de escolaridade que desfavorece uma perspectiva maior de crescimento.

Para análise das ocupações, utilizou-se o modelo proposto por Fonseca (1967), que as classifica em níveis, com algumas adaptações para este trabalho:

Nível 1 - cargos de ocupação manual não especializada, que inclui pessoas encarregadas de executar tarefas que não exigem experiência profissional prévia.(26 pacientes do lar; 6 doméstica; 1 garçom; 1 Locação de Vídeo; 1 Operador de Caixa; 1 Roupeiro; 1 Servente; 3 Auxiliares de Serviços Gerais).

Nível 2 – cargos de ocupação manual especializada, que inclui pessoas encarregadas de executar tarefas artesanais e manuais, requerem compreensão dos processos que intervêm no trabalho, além de habilidade manual.(2 Borracheiro; 1 Carpinteiro; 1 Cozinheira; 1 Pintor).

Nível 3 - cargos de supervisão, gerência e outras ocupações não manuais. (2 Funcionário Público; 1 Agente Administrativo; 1 Agente de Cidadania; Bancário; 1 Carteiro; 1 Escriturário; 1 Marinheiro; 1 Médico; 1 Militar; 2 Professor; 1 Soldado; 1 Técnico Raio-X).

Nível 4 – profissional liberal e cargos de alta administração. (1 Autônomo)

Nível 5 – sem ocupação definida (estudante, desempregado, aposentado).(76 desempregados; 20 Estudantes e 15 Aposentados).

Observamos, conforme mostra a tabela 02 quanto a ocupação, a distribuição em diversas atividades predominando as de nível IV e de nível I, aparecendo também pacientes nos demais níveis. Vale salientar que os pacientes de maior idade estão na categoria desempregado e aposentado.

A questão da idade é um outro colaborador para o nível econômico e cultural deficitário, impedindo a inserção do paciente no mercado de trabalho. De acordo com a tabela, houve pacientes presentes numa faixa etária acima de 45 anos, esta faixa etária representa para a sociedade que o indivíduo passa a sentir que seu organismo sofreu grandes alterações orgânicas associadas ao envelhecimento, tais como: redução da capacidade de reserva, devido à perda real de determinada células em tecidos de vários órgãos do corpo, menor eficácia de ação de bombeamento do coração; o fluxo sanguíneo das artérias coronarianas e veias pode estar diminuído; aumento do colesterol, dentre outros.

Este resultado pode ser modificado ou exacerbado de acordo com os agravantes e atenuantes, respectivamente, a condição social dos pacientes e família, a condição de adoecimento e a falta de escolaridade, a falta de profissionalização e a inabilidade, tornando-o inapto para desenvolver as atividades econômicas oferecidas no mercado. Mesmo com a garantia conferida pela

regulação, assegurando a cidadania para todos os cidadãos, sem discriminação de qualquer natureza, como é preconizado pelo Estatuto do Idoso.

Em nossa sociedade, os sujeitos sociais ocupam um espaço na produção da vida material, sendo capazes de expressar as diferenciações existentes, portanto, determinando suas classes sociais. As maiores diferenças em termos de necessidade e possibilidade estão reportadas às classes sociais (EGRY, 1996).

Para Poulantzas (1991, p. 13)

As classes sociais são conjunto de agentes sociais determinados principalmente, mas não exclusivamente por seu lugar no processo de produção, isto é na esfera da econômica. Define-se pelo seu lugar no conjunto das práticas sociais, isto é, pelo seu lugar no conjunto da divisão social do trabalho, que compreende as relações políticas e as relações ideológicas.

O trabalho é tido como benefício ao homem, como é abordado por Macedo (1996, p. 101)

Apreciar a sua produção após um trabalho desenvolvido é salutar para qualquer indivíduo, bem como traz sensações de ser capaz, de prazer, enfim de estar vivo. E estas sensações é que fazem com que o ser adquira forças e estímulo para prosseguir rumo a novos produtos, em busca de atingir um nível de satisfação adequado.

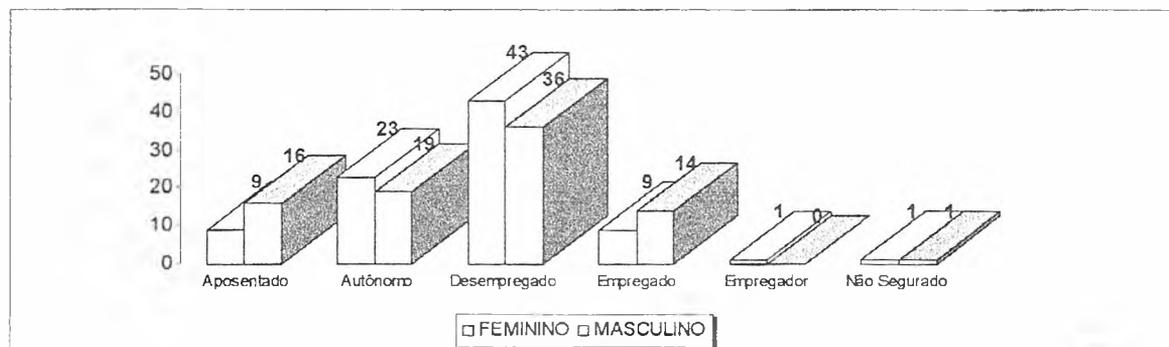
O grande período, correspondente a fase aguda da doença, quando o doente mental ficou sem assumir funções específicas, ou outras atividades, talvez tenha sido uma das coisas que contribuíram para o hábito do sedentarismo; como também a ociosidade reinante no hospital de tipo asilar e a indisponibilidade de voltar a trabalhar, imposta pelo preconceito social, comum à grande maioria dos doentes mentais (MACEDO, 1996).

E ainda, a falta de trabalho pode ser considerado um fator contribuinte para desencadear o sofrimento psíquico, como expõem Araújo (2000, p. 90-91)

A consciência seria então a capacidade de construir significados, de transcender a uma dada realidade. Essa capacidade de transcendência seria uma construção histórica, onde cotidianamente, através da ação humana individual e coletiva, passada e futura, as coisas e os seres humanos iriam se redefinindo. Somente as ações humanas que promovem alguma transformação na natureza ou seres humanos – o trabalho – é que seriam capazes de transcender, conferir significado.

Na realidade o trabalho devia se estender independentemente a todas as faixas etárias, vando ao conhecimento das pessoas que, mesmo neste período, o trabalho não traz qualquer risco, as pelo contrário benefício aos pacientes.

**Gráfico 1 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por vínculo, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**



De acordo com o gráfico 1, destaca-se o maior número de participantes da pesquisa desempregados, sendo 43 do sexo feminino e 36 do sexo masculino, ocorrendo uma aproximação entre os que são autônomos, 23 e 19, respectivamente, para o sexo feminino e masculino. Enquanto nas categorias de aposentados e empregados, o sexo masculino se sobressaia tendo apresentado 9 e 16 pacientes e 9 e 14 pacientes, respectivamente, na mesma ordem de gênero apresentados anteriormente.

Observamos a ocorrência de uma discrepância no que se refere as categorias aposentado e desempregado, equivalente na tabela anterior a sem profissão. Percebemos que mesmo diante de dados sobre os mesmos pacientes, há diferença entre o quantitativo. Sendo um número mais expressivo no espaço que contempla o vínculo e em outros casos a ocupação.

Isto demonstra uma desvalorização quanto à eficácia na utilização das lacunas disponibilizadas no prontuário eletrônico. Mostrando, assim, que independente do prontuário ser manual ou eletrônico, não basta pura e simplesmente completar as lacunas, mas ter o compromisso de interpretá-las, para uma maior compreensão em benefício do paciente.

Em alusão aos aposentados, o número ainda se encontra ínfimo frente a necessidade apresentada. Isso deveria ser base de trabalhos sociais para implementação de recursos financeiros aos pacientes como forma de subsistir, ou mesmo uma ajuda financeira destinada a família para que a mesma pudesse albergar seu familiar.

Como é abordado por Bandeira, Alves e Souza *apud* Moreno (2000, p. 57) a necessidade da *criação de um programa específico de preparação e incentivo (inclusive financeiro), para que as famílias acolham o paciente e também tenham uma rede de suporte nos serviços, como estratégias do processo de desinstitucionalização*. Estes recursos destinados ao projeto seriam

maiores do que aqueles gastos com internações hospitalares e foram propostos pelo Ministério da saúde, porém, esta proposta não foi viabilizada devido a questões jurídicas, pois o Estado não pode ofertar dinheiro de forma direta aos beneficiados.

Tendo o cuidado para que este auxílio não se limite a uma estratégia de sobrevivência familiar, nem muito menos uma maneira de indenização. Este fato, anteriormente, era retrato como utilização de aposentadorias como fonte de renda, ao ponto de haver pessoas que se internavam, simulando crises a fim de serem alimentadas, para continuar afastadas do emprego. Diante desta situação que comumente acontece atualmente, torna-se relevante não somente culpabilizar a pessoa ou cidadão, mas, realizar a uma leitura da realidade (conjuntura) social.

Atualmente nos deparamos com diversos motivos, que podem ser utilizados para explicar o porque de pessoas lançarem mão deste recurso para sobrevivência familiar, tais como: não ter acessibilidade ao mercado de trabalho, não possuir qualificação suficiente para competir no mercado de trabalho. De modo que se torna uma consequência ser inapto, diante dessa inacessibilidade à qualificação e ao mercado de trabalho. Daí, optar por sobreviver, mas de que forma? O Estado em que entrar com a contra-partida. O que observamos é que há necessidade de intervenção do Estado, principalmente ao realizarmos um paralelo entre mulheres e homens que não tem qualificação para exercer uma profissão, embora estejam em idade produtiva, causando um ônus para economia política.

Então, o indivíduo sem emprego, muitas vezes se vê em uma situação que o deixa sem renda, sem perspectiva, sem estímulos para prosseguir, principalmente ao se deparar com momentos nada agradáveis, como presenciar seus membros familiares na íntima e derradeira miséria a depender de sua força de trabalho, com isso, sente o descaso em cada minuto de sua vida, além da auto-cobrança (moral) e a alheia (empírica). O desespero passa a lhe corroer, embora disponha de poucas armas para lutar contra o desemprego. Então o que resta de um cidadão nestas condições? O que seria capaz de fazer para por fim à angústia que lhe aflige? O que por ventura, pode um indivíduo desses vir a fazer para impedir os agouros dos choros das crianças com fome? Quais as esperanças – se as tiver – de uma pessoa nesta condição, sendo sustentada por terceiros há mais de um ano? Quais os paliativos encontrados por estas pessoas para 'amenizar' sua situação? (REGO, 2000)

Acreditamos que por terem os pacientes entrado num ciclo de internação e de doença – exclusão precocemente, limitando assim, sua disponibilidade a freqüentar a escola, a cursos profissionalizantes. Estes se assemelham ao retrato representado na sociedade pelas pessoas

institucionalizadas, que vivem em instituições totais, então elas se tornam estigmatizadas por serem assado por estes locais estereotipados. Locais estes que por sua vez, não oferecem condições dignas de vida, não proporcionando aos pacientes possibilidades de sobrevivência fora dessa instituição total.

Conforme é destacado por Nogueira (1999), muito ainda do que se faz em nome da saúde mental, visa apenas adaptar o indivíduo ao seu meio, sem questionar o quanto está enfermo neste meio cujas contradições o próprio sujeito reflete, quer em seu corpo ou em suas relações sociais. É necessário que se faça a leitura da extensão de denúncia social contida nos sintomas que o mesmo carrega. Parece óbvio que agindo sem essa leitura da realidade social, mantém-se o status, reproduzindo-o, e ainda, o que é pior, a sociedade tende a conspirar contra ela mesma, tornando-se traidores da causa humana, mascarados e encobertos pelo processo de desumanização do próprio ser. Tal fato é perfeitamente explicável, pois desde a mais tenra idade a sociedade é treinada a não ver o óbvio, passando quase que despercebidamente sobre o estado de falência afetiva pela qual passa a grande maioria das pessoas, origem primeira das suas enfermidades, sofrimentos psíquicos e físicos, e do seu viver vegetativo. É patente que este estado de coisas só reflita a realidade sócio-econômico-política em que a sociedade se encontra.

Entretanto, a distribuição em relação à categoria de desempregado não se encontra tão igualitária, a de empregado, a primeira representa praticamente metade do grupo, correspondente a 79(45,9%) pacientes.

Percebemos que o desemprego além de ser uma constante, é um tema bastante discutido no âmbito nacional e que possui relação com a saúde, a educação e vários outros extratos da sociedade. Favorecendo a formação de uma classe de trabalhadores que outrora eram chamados de bóias-frias, por não estabelecer vínculo empregatício e não possuir estabilidade profissional. Atualmente, vimos que a classe informal de trabalhadores cresce e com ela, a incerteza, e o não cumprimento dos direitos trabalhistas a que o profissional deveria deter. Isto é um não a cidadania, pois, a sociedade não é puramente feita de marxistas, atreladas a situação que se encerra em falta de oportunidades.

Como sofrimento psíquico lembra desordem social e vice-versa, percebemos como o desemprego é um obstáculo para o restabelecimento do paciente, *Em nossa atual sociedade capitalista o valor está intimamente ligado ao ter e seu traço principal é o individualismo, e este se realiza na segregação, na apartação, ou melhor, na exclusão*(REGO, 2000, p. 28).

A exclusão não se restringe a somente um extrato da sociedade, impossibilitados de se incorporar ao mercado de trabalho, porém trata-se de um processo em construção que atinge muitas camadas sociais, estando ou não articulada à pobreza. Não se pode analisar a exclusão exclusivamente pela via econômica, embora pobreza e exclusão não possam ser tomadas como sinônimos, isso não descarta a possibilidade de estarem articuladas.

Visto que, uma para a outra contribui. As desigualdades e as altas taxas de concentração de renda contribuem para fomentar o desemprego estrutural. Partindo do pressuposto de que a pobreza gera, na maioria das vezes, a exclusão social e, estes dois fenômenos se ampliam pelo 'não acesso' aos Direitos Sociais, acreditamos, portanto, que os excluídos são todos aqueles sem direitos sociais (REGO, 2000, p. 29 e 32).

Como o capitalismo ainda é predominante, vemos repercutir os diferentes momentos da história da Atenção em Saúde Mental na atualidade, determinando o sistema de segregação, visto que

A ordem econômica capitalista, industrial, como qualquer ordem instituída, pode engendrar, no processo de suas práticas, agentes e instrumentos de enquadramento que pudessem disciplinar as pessoas aos novos espaços de trabalho, às novas representações de tempo e identidade, e que permitissem legitimar a exclusão da população excedente variável a cada momento econômico (SAMPAIO, 1998, p. 87).

Aqueles que trabalham assumem um regime especial de participação nas atividades do HD, tentando atender a carga horária de trabalho, ficando no HD às 2.<sup>a</sup>; 4.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> em um só turno. a variar conforme a rotina de trabalho.

Muitos deles admitem trabalhos autônomos, sem vínculo empregatício, o que facilita esta flexibilidade. Esta realidade é a de muitos brasileiros que por não terem acesso ou mesmo as condições não serem satisfatórias para suas pretensões, se prestam ao serviço informal, cada vez mais crescente.

Para Rego (2000, p.35-36) o trabalho abrange várias significações para o homem, podendo ser desde uma simples forma de subsistência até a uma expressão da vida interior do homem. *Na realidade, vivemos mais para o mundo exterior do que para nós mesmos. Em outras palavras, somos mais objetos de ação dos outros do que agimos por conta própria.* Diante dessa situação a pessoa deve se utilizar de mecanismos adaptativos no trabalho.

(...) o trabalhador reage com todas as suas forças, na empreitada de reativar os laços com seu ambiente, resistindo à impessoalidade do trabalho. Neste sentido, o propósito de ruptura entre a razão e a paixão não pode se realizar sob pena de eliminar o sentido humano do

trabalho; com isso, os efeitos se recriam clandestinamente, mas especificamente na vida cotidiana reforçada nas relações de trabalho.

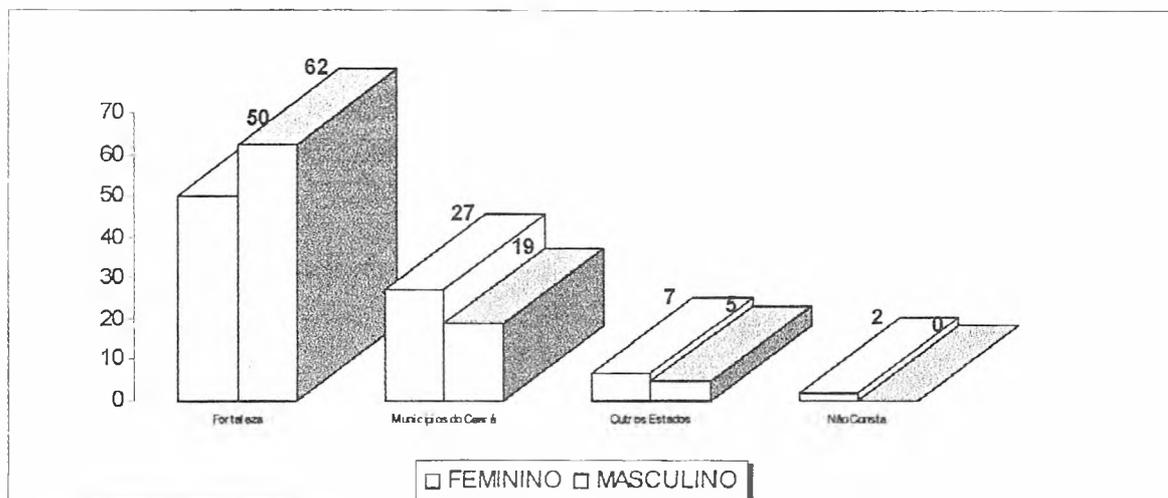
Fato relevante a ser levantado diz respeito a categoria Não Segurado, relativo 2(1,2%) pacientes, quando não deveria possuir essa categoria, muito menos algum paciente nela, já que normalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) dá acesso a todos.

Entretanto, aparecem nesta categoria a mãe e a esposa, pois algumas vezes o paciente é adolescente e ou adulto, mas ainda entra na relação de dependente.

De acordo com a Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992, que regulamenta a assistência em Saúde Mental através das seguintes diretrizes:

- universalidade – é a garantia de atendimento à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade o indivíduo passa a ter acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal (LIMA et al., 2000).

**Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por naturalidade, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**



No gráfico 2, destaca-se que o maior número de pacientes são nascidos em Fortaleza: 112, enquanto os participantes da pesquisa que nasceram em outras cidades somam 60, dividindo-se em maior número nos municípios do Ceará, constando de 42 pacientes.

Tal fato denota que a grande maioria é de Fortaleza, capital do estado, embora exista pacientes procedentes do interior do estado, e até de outros estados. Fato importante a ser destacado se encerra na questão de que praticamente 60 pacientes, o equivalente a 34,8% tem imigrado para a capital do estado do Ceará, principalmente mulheres.

Deduz-se, daí que a fuga da população de cidades adjacentes de Fortaleza, considerada capital do Estado, deve-se ao fato da concentração de comércio e indústrias nesta cidade, aumentando assim, as esperanças de se buscar a cidade como santuário de melhores condições sócio-econômicas. Muitas vezes, essa motivação até é instigada pela questão de maior proximidade dos recursos terapêuticos destinados ao tratamento da doença acometida pelo paciente, tendo dificuldade de adaptação, de conseguir se estruturar numa realidade diferente daquela a qual se encontra habituada.

Segundo Oliveira (2000) a migração trata-se de um elemento desagregador, os movimentos migratórios propiciam a abdicação de hábitos e cultura para viver tradições, linguagens e hábitos diferentes.

E ainda conforme elucida Araújo (2000, p. 86-87) a imigração traz vantagens e desvantagens, de forma que *O impacto da migração sobre a juventude foi entendido como uma*

*oisa do progresso, mas também como ameaça à integridade da identidade e dos valores morais e éticos.*

Em relação à imigração, a grande maioria do interior e de cidades circunvizinhas de ortaleza, estas cidades são adjacentes a capital, cidade que alberga a Instituições que são eferências na prestação de serviços em Saúde Mental. Embora não descarte pacientes de outros stados.

Sabemos que o êxito desta imigração tem relação com a profissão, escolaridade e vários outros fatores que acabam por interferir na ascensão ou decréscimo daqueles retirantes. lamentavelmente muitos terminam se colocando especialmente em espaços marginais, nas periferias. Tal fato já vem permeado pelo agravante de que trata-se de um choque, você mudar de uma pequena cidade para uma megalópole.

Na realidade, milhões de famílias enfrentam diversas formas de dificuldades, impossibilitando o acesso à educação como gostariam. Disto resulta a obrigatoriedade da migração constante à procura de melhores condições de vida, sendo que, na maioria das vezes, encontram o oposto.

Para Kaleche et al. (1987), o Brasil vem registrando acentuados índices de urbanização nas últimas décadas. Atualmente, mais de 70% da população concentra-se em áreas urbanas, em virtude da industrialização e a estrutura agrofundiária concentradora de propriedades, que contribui para o êxodo rural das populações.

O empobrecimento gerado pelo êxodo rural leva essa população a adquirir hábitos nocivos à saúde, como o fumo, o álcool e o sedentarismo, abandonando hábitos saudáveis e favoráveis, como vida ao ar livre, sem álcool sem fumo e, principalmente, sem o sedentarismo e o estresse que podem levar a várias doenças, como as cardiovasculares, incluindo-se nesse grupo a hipertensão arterial.

Isso se acentua ainda mais neste grupo estudado, principalmente por ser um camada de pessoas de condições sócio-econômicas baixa, havendo união entre a pobreza e a miséria, certamente este extrato da sociedade reside em áreas não privilegiadas e desassistidas, repercutindo na renda familiar; de quem provém esta renda; quantas pessoas residem no domicílio; fatores sanitários, tais como o tipo de moradia, se casa própria? De onde vem a água utilizada pela família? Como se processa a coleta de lixo da residência e o sistema de esgoto?

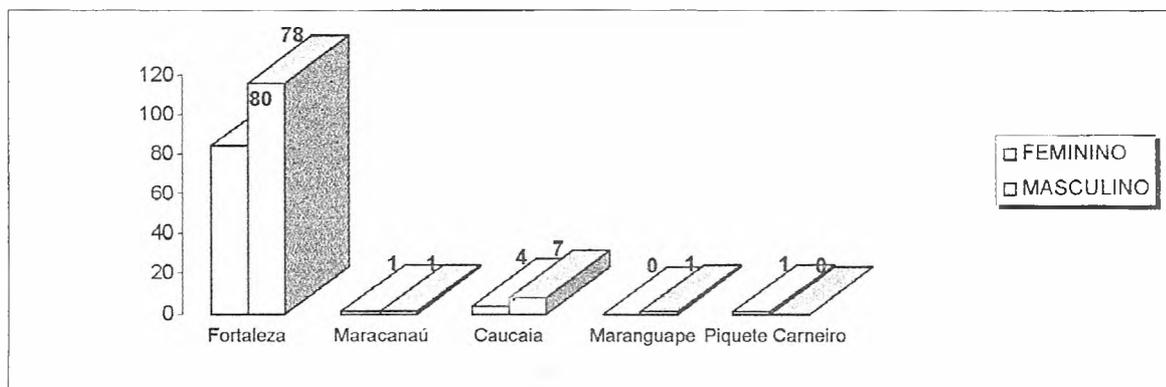
Sabe-se que o número de doentes nervosos e mentais, aumenta na proporção do progresso e do dinamismo de cada região, cidade, estado ou país. Porém, não se deve somente

responsabilizar a civilização pela alta incidência das enfermidades mentais. O progresso está tão intimamente ligado ao aparecimento de enfermidades mentais, devido o despreparo do homem para enfrentar e encarar o progresso e o conforto material que a civilização atual lhe ofertar.

Dessa forma, Maia (1997) coloca que trata-se de uma tarefa árdua viver nos grandes centros urbanos. Há poluição no ar, na água, nos alimentos, nos ruídos, nas imagens, nas notícias enfim, em toda parte.

Se os sentidos servem para percebemos o mundo o que acontece a nossa volta, e se o mundo que nos cerca nos é danoso, então a natureza humana é atingida por meio dos sentidos que nos oferece tal percepção.

**Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por procedência, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**



No gráfico 3, destaca-se que o maior número de pacientes são procedentes de Fortaleza: 158, enquanto os pacientes que advindos de outras cidades, especificamente do interior do Estado, somam 15.

Conforme o gráfico, observou-se que o número de pacientes provenientes da Caucaia do sexo feminino foi equivalente a metade do número correspondente ao sexo masculino, perfazendo um total de 4 pacientes. As demais localidades estiveram quase que equiparadas.

Estas cidades são adjacentes a Fortaleza, cidade que alberga a Instituição que é referência na prestação de serviços psiquiátricos.

Os dados referidos lembram que se a demanda existe na Capital, e na região metropolitana, com certeza, essa demanda existe em outros municípios mais distantes, então há necessidade de criação de serviços.

Caso esses pacientes, nestas localidades mais distantes, não possuam uma instituição que preste assistência à rede de Saúde Mental, não funcionando de modo eficaz, o questionamento a seguir se faz imprescindível: quem está suprindo essa demanda (Programa de Saúde da Família; CAPS) ou ela se encontra carente desse serviço?

Observa-se que são poucos municípios que tem, ou estão encaminhando seus pacientes para internação, porque eles não tem condições de participar de estruturas substitutivas, pois se torna necessária a presença do paciente, no mínimo 1 vez por mês.

Caso essa clientela esteja desassistida, há a necessidade de realmente se expandir essa rede de atenção para o interior, através da atuação dos PSF, que é a principal política de Saúde no Estado, ou criação de novos serviços substitutivos, ampliando a rede de CAPS no interior do Estado.

De acordo com Rosa (1998, p. 146)

A história da assistência psiquiátrica no mundo ocidental tem evoluído das práticas de confinamento que produzem ruptura do portador de transtorno mental com seu meio social cuja expressão maior é o asilo, para as práticas comunitárias, que asseguram os vínculos familiares e sociais dos pacientes na sociedade, através da atenção com internação em tempo parcial e em serviços mais próximos do local de residência.

O serviço dada a sua característica atende principalmente a demanda da própria capital, porque ele é um hospital-dia, com atendimento diário e que esse deslocamento fica dificultado se o paciente morar em outra cidade, em um município mais distante. São sempre da capital, Fortaleza, ou da cidade Metropolitana, englobando, prioritariamente pacientes advindos da área de cobertura da Secretaria Executiva Regional (SER) III. Entretanto, o que se observa é que há mais pacientes da SER I, devido se mostrar nas proximidades da instituição.

**Quadro 1- Distribuição dos pacientes atendidos no HD, quanto a sua localização, em valores absolutos. Fortaleza –2004**

SER'S	F	M
SER I	14	11
SER II	5	2
SER III	9	12
SER IV	5	4
SER V	7	5
SER VI	1	3
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>37</b>

O HD em questão é uma instituição que presta cuidados, aos clientes residentes preferencialmente, na área sediada pela Secretaria Executiva Regional (SER) I, III e IV, em respeito a Lei 10.216, que assegura o direito da livre escolha. A liderança da assistência ficou destinada para os pacientes provenientes da SER I E III, com respectivamente 14 e 9 pacientes. Mesmo assim, de acordo com o quadro, observa-se que houve uma demanda maior de pacientes da SER V/(7) em contraposição a da SER IV(5), enquanto que a SER IV ficou equivalente ao número de pacientes advindos da SER II(5).

Em face da amplitude e da multiplicidade dos bairros respostas, optou-se por não quantificá-las.

Campos (1997) refere que, no início da década de oitenta, não se contava com uma Política de Saúde Mental que apoiasse esse tipo de proposta inovadora, a hospitalização diurna.

Acreditamos que este serviço ainda se mostrava inovador e ainda continua, com a mesma faceta, favorecendo assim, a sua escassez, pois embora tenham se discutido muito sobre a Reforma ela ainda repercute como mudança.

Ao lermos a afirmativa do autor, remontamos à problemática existente no Ceará, em que há uma demanda bem mais elevada do que a oferta. Queremos dizer que existem muitos pacientes, principalmente no interior do Estado desassistidos a custo de um insuficiente investimento em prol da expansão de serviços como HD que requer do paciente, que o mesmo resida próximo à instituição parcial já que tem como característica o deslocamento do paciente e de sua residência até o HD e vice-versa, como na maioria das vezes, diariamente. Tal fato favorece a necessidade para uma maior organização dos serviços.

De acordo com a Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992, que regulamenta a assistência em Saúde Mental através das seguintes diretrizes:

- Regionalização – Os serviços são dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida, permitindo, assim, um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada (LIMA et al., 2000).
- integralidade das ações – refletidas ao lidar com a cada pessoa que é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, portanto deverá ser atendido com visão integral, por um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em unidades prestadoras de serviço, nos seus diversos graus de complexidade (LIMA et al., 2000).
- Hierarquização – Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente. O acesso da população à rede deve dar-se através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica (LIMA et al., 2000).

Sobre estas diretrizes e seus reflexos sobre o HD, observa-se que a fim de aumentar a oferta de opções de tratamento ao paciente, Zusman (1995) concorda que o estabelecimento de uma rede de assistência em psiquiatria é mais importante do que a criação isolada deste ou daquele tipo de tratamento, em que é adepto a várias formas de assistência estarem vinculadas a uma só administração.

Conforme Brasil (2001) para fins de financiamento pelo SIH –SUS: os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-1 para o máximo de 30 pacientes-dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos. E ainda, nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 habitantes, o credenciamento de vagas em hospital-dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

Campos (1989) afirma que nem todas as desvantagens apontadas para a Ip e Ii lhes são inerentes. Muitas delas refletem as falhas decorrentes de uma assistência psiquiátrica precária, da falta de planejamento, do atendimento não setorizado, do não cumprimento dos programas oficiais, entre outros. Queixas como morar longe, ter de levantar cedo, ir ao ponto de ônibus, tomar duas conduções, algumas vezes lotadas, e finalmente chegar ao local de tratamento na hora prevista, poderiam ser minimizados ou até abolidas caso houvesse um atendimento setorizado e condições melhores de vida para a população.

Bleandonu e Despinoy *apud* Campos (1989) preconiza um hospital-dia psiquiátrico para cada 65 mil habitantes, ou seja, 0,3 vagas para mil habitantes. Ribeirão Preto, com quase 500 mil habitantes, conta apenas com 16 vagas em um serviço psiquiátrico universitário, este fato bem ilustra as deficiências neste campo.

Já a situação de Fortaleza não se encontra das mais confortantes, conforme dados do IBGE (2000), a população de Fortaleza no mesmo ano foi correspondente a 2.141.402 habitantes, e em 2004, com 2.247.141 habitantes, contando com somente 03 hospitais-dia para atendimento desta população, contabilizando 120 vagas disponíveis nestes serviços, que conta ainda com a responsabilidade de atender a população das cidades adjacentes a Fortaleza, como Caucaia, Pajuçara, Eusébio, Maranguape, dentre outras, inclusive as do interior do Ceará, já que só há mais um hospital-dia em Sobral, então são 04 hospitais-dia para atender as necessidades de 184 municípios.

Se fôssemos analisar a necessidade de criação em cada SER, teríamos como exemplo o bairro de Jangurussu, que alberga 67.896 habitantes, segundo dados da Secretaria de Saúde de Fortaleza- Célula de Vigilância Epidemiológica (2004) e que necessitaria de um único hospital-dia para seu atendimento.

De acordo com Macedo (1996, p. 20;22) *Mesmo estando em declínio no cenário internacional, algumas medidas adotadas em relação à saúde mental no Brasil encontram ainda*

*lificuldades para serem regulamentadas, adquirindo forma de lei apenas no contexto estadual, como portarias nas secretarias de saúde. A Teoria e Prática desvinculada em que (...), observa-se que o discurso psiquiátrico tem se transformado a partir da reflexão. Porém, a prática não tem acompanhado essas mudanças que vêm ocorrendo na teoria.*

De acordo com Moreno (2000), pode-se afirmar que, no país, a internação parcial só tornou-se um instrumento de tratamento a partir da Portaria 224, do Ministério da Saúde, por apresentar uma estratégia de desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico.

Torna-se necessário um maior engajamento do governo como aconteceu com impulso dado pela Portaria 224 havendo uma perspectiva de efetivação a curto ou a longo prazo, através de uma fiscalização mais ostensiva sobre a expansão dos serviços alternativos.

Para efetiva luta anti-manicomial e demonstração de cidadania ainda necessita de, além da mobilização por parte de profissionais, um reconhecimento capaz de albergar sentimentos de medo e ansiedade na sociedade – principalmente, na família.

Para tanto, deve-se dispensar importante atenção para a Saúde Mental, tanto no que se refere ao trabalho desempenhado pelos recursos assistenciais x demanda; além de maior divulgação de recursos disponíveis para atendimento dos mesmos. Para tanto, deve-se estruturar definições e cabíveis sobre as diversas assistências em Saúde Mental, aumentando seu número, a fim de que a população se sinta amparada nessa luta.

Conforme Moreno (2000), a partir da I Conferência de Saúde Mental, na década de 70, outros atores, tais como: associações de familiares passaram a mostrar importância no campo das lutas por uma melhor assistência ao paciente em sofrimento psíquico, admitindo uma compreensível e extremada posição paradoxal acerca da prática manicomial, ora defendendo a necessidade da aprovação que estabelece a extinção dos hospitais psiquiátricos, ora na defesa dos familiares que passaram a manter e receber seus pacientes em casa, após por exemplo longos períodos de internação, sem qualquer apoio, deixando-os como se sentissem órfãos.

A extinção das manicômios pode ter tido inúmeras interpretações e aumento do papel familiar; 1 – é uma das hipóteses mais plausíveis porque uma leva a outra, ou seja, os manicômios passaram a ser muito lucrativos e onerosos ao Estado, de forma que os profissionais usavam de seu alibi de normalidade para determinar a autoridade que se permanecia uma constante já que o paciente era um indigente sem família, pois a mesma não era instigada a participar do tratamento, mas como poderia ser em um lugar monstruoso? Como consequência os custos passaram a se mostrar elevadíssimos e desproporcionais ao atendimento prestado ao paciente, daí a ganância ser

tamanha, o querer o lucro desenfreado a ponto do local ser um ambiente de formação de monstros, isto e os próprios profissionais passaram a ser um reflexo daquilo que exerciam. Então, porque não retirar parte dos pacientes que se encontram neste local e formar outros que possam albergá-los e assim, tornaria o papel familiar imprescindível para esta façanha e para outros pacientes que não necessariamente precisariam passar pela internação integral, tal fato, ajudado pelo conceito de família que assou a ser o foco da atenção primária em consonância com a Reforma Sanitária. Como transformar esta troca de papel?

Concomitantemente, vamos desmistificar a visão da família e da sociedade, envolvendo os profissionais no combate ao preconceito que anteriormente era fonte dessa disseminação.

Não podemos deixar de ressaltar o quanto isto beneficiou aos familiares, bem como, aos profissionais e ainda mais aos pacientes. Em contraposição, estas intensas mudanças levam tempo já que por muito tempo foi disseminado uma ideologia totalmente diferente da pretensa atualmente. Fazendo com que vícios de outrora não dominem e nem muito menos se sobreponham ao respeito ao paciente com sofrimento psíquico.

O modo como é tratado o doente mental é um índice de evolução da mentalidade na sociedade, de modo que no passado eram internados nos velhos hospícios. Hoje os doentes nervosos e mentais são tratados, em sua maioria, externamente, sem necessidade de hospitalização, havendo a exigência de alguns casos, em que a internação se torna indispensável (doentes agitados, delirantes, agressivos, descontrolados, depressivos, com risco de suicídio) (MAIA, 1997).

Alguma coisa tem que ser feita para orientação da família, nesses casos sobretudo em se tratando de doentes menores, onde é que andam as instituições protetoras da infância e da juventude, e tem inúmeros casos iguais ou mais graves do que esse visto. Se caso forem deixados como lixo nas ruas teremos em breve uma outra calamidade.

Principalmente, em se tratando de adolescentes que poderiam ser acompanhados logo que a doença se manifestasse e que por sua característica se encontram em uma crise de identidade, aliado a escassez de locais de atendimento para o mesmo.

A psiquiatria quer que haja maior participação da família no tratamento do paciente e tende a eliminar toda uma cultura ultrapassada da idéia de hospício, de abandono e maus tratos aos pacientes, aliás a medicina moderna progride não apenas em conhecimento e tecnologia, mas também em humanização.

De acordo com Ortiz e Tostes (1992, p. 271-272)

Ao reproduzir a estrutura do poder capitalista no sistema de saúde, as instituições médicas brasileiras reproduzem também muitas

contradições. No jogo perverso de interesses, ganha uma minoria poderosa em detrimento de uma maioria pouco assistida socialmente. Ganham as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos; clínicas e hospitais privados de *serviços de saúde*. Perde duplamente o trabalhador assalariado, pois, ao vender sua força de trabalho, não consegue manter um padrão de vida digno e justo, capaz de lhe assegurar a saúde. Quando o doente, este trabalhador tem como único recurso a assistência médica previdenciária que, infelizmente, é quase toda ela feita à base de receitar remédios. A crença que o indivíduo deposita no *milagre médico* nasce da *política medicalizante* que se impõe à sociedade, como sendo a representação legítima do termo saúde. Portanto, saúde e medicalização são faces de uma mesma moeda no combate à doença da classe trabalhadora.

Todas as pesquisas nesta área das doenças e dos métodos de cura apresentam as emoções como elemento condutor da eficiência nos tratamentos, o remédio tem sua função no sucesso das técnicas médicas, mas nada se compara ao sentimento contagiante da confiança, o conforto do médico, do hospital e dos parentes, tudo isso é confortador, mas é preciso que funcione no sistema público ou privado de saúde um coordenada e eficiente prestação de assistência em Saúde Mental, tanto a nível de qualidade, quanto em quantidade.

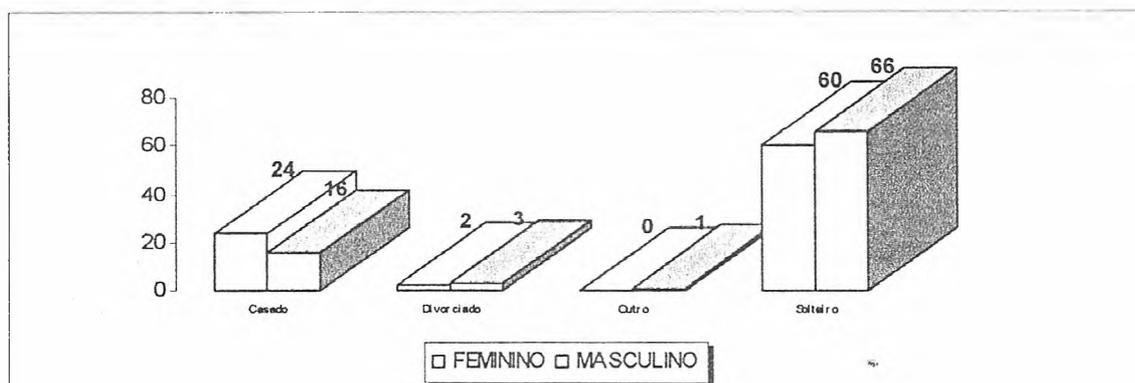
A internação psiquiátrica parece diminuir as ansiedades do grupo familiar, porém, pode torná-la mais frágil, depende da manutenção do cliente sob a tutela da instituição. O cliente interno resulta em certa paz, precária, permanentemente ameaçada pela possibilidade de novas crises. Não conseguindo aceitar e compreender a doença do familiar/dos parentes, também, não parecem dispostos ao esforço de aceitar e compreender. O familiar se culpa e os demais da família fogem, o vitimam.

Para tanto, é fundamental que o paciente e família sejam conscientizados desde o início, quanto a sua doença e que a melhora dependerá de sua colaboração. Ainda, Tostes e Ortiz (1992, p. 173) condicionam que (...) *O foco estará sempre direcionado para o desenvolvimento das potencialidades da família e não para a doença do paciente, favorecendo novas formas de comunicação no sistema familiar.*

O grupo familiar, muitas vezes, encontra-se despreparado para o momento da decisão de internar seu membro, encontra-se desinformado e sem alternativas a não ser a hospitalização. Os sentimentos de angústia, ansiedade e medo caracterizam a situação do grupo, seguida de alívio pela solução encontrada. Por sua vez seguida de acomodação e quase- indiferença, até que o hospital volte a se pronunciar.

Não basta eliminar processos vencidos e inadequados, é preciso colocar algo no seu lugar e dizimar a indiferença ao cliente onde quer que ela ocorra, no hospital ou em casa, para atender a grande demanda necessária a ampliação dos serviços para suprir a carência existente.

**Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por Estado Civil, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**



No gráfico 4, destaca-se uma quantitativo maior de pacientes solteiros, em contraposição aos que se apresentavam casados com 40 pacientes. Apresentando somente 5 divorciados. E na categoria outro com 1 paciente – significando formas não convencionais de agregação conjugal.

Através dos resultados, percebe-se que mais solteiros do que casados tem se mostrado. Este fato é percebido pelo motivo do estigma, não havendo uma conscientização por parte da sociedade, acarretando no não oferecimento de recursos necessários para o pleno desenvolvimento de suas atividades, principalmente do que diz respeito a ser co-responsável pela família, ao mesmo tempo em que o fator hereditariedade se apresenta como peça-chave, por isso muitas vezes diferentes procuram diferentes, pois os mesmos são vistos como deficientes e que portanto precisam se juntar a diferentes. Outro fator marcante é o tempo de permanência que o impossibilita de criar vínculos extra-hospitalar. Porém, sabe-se que uma das necessidades humanas de Maslow, um psicólogo norte-americano, que instituiu 5 níveis para as necessidades humanas básicas, dentre elas fisiológica e dentro da mesma há subdivisões em que uma delas se configura na reprodução, porém o paciente não possui a dimensão psicossocial, como o gregarismo satisfeita. Vale salientar que João Mohana, contemporâneo de Maslow classificou as necessidades em três níveis, estando a reprodução na necessidade psicobiológica (LIMA, S/D).

A maioria se encontra solteiro por estar naquela faixa de não ter uma união estável, mas como os mesmos são excluídos do meio social, eles conseqüentemente serão excluídos das relações. De forma que a parte afetiva da pessoa fica prejudicada. Se a gente levar em consideração o

Hospital-dia sendo uma instituição recente e que essas pessoas já tiveram várias internações em outras instituições, são pessoas que mantêm uma rotatividade grande em seus meios, fazendo com que o passeio psiquiátrico emerja de criar vínculo no meio social, haja vista que o meio dela fica limitado à instituição.

Panza (1977) considera o estado civil, cor, idade, nacionalidade, como elementos que têm influência direta sobre os conflitos emocionais do ser humano.

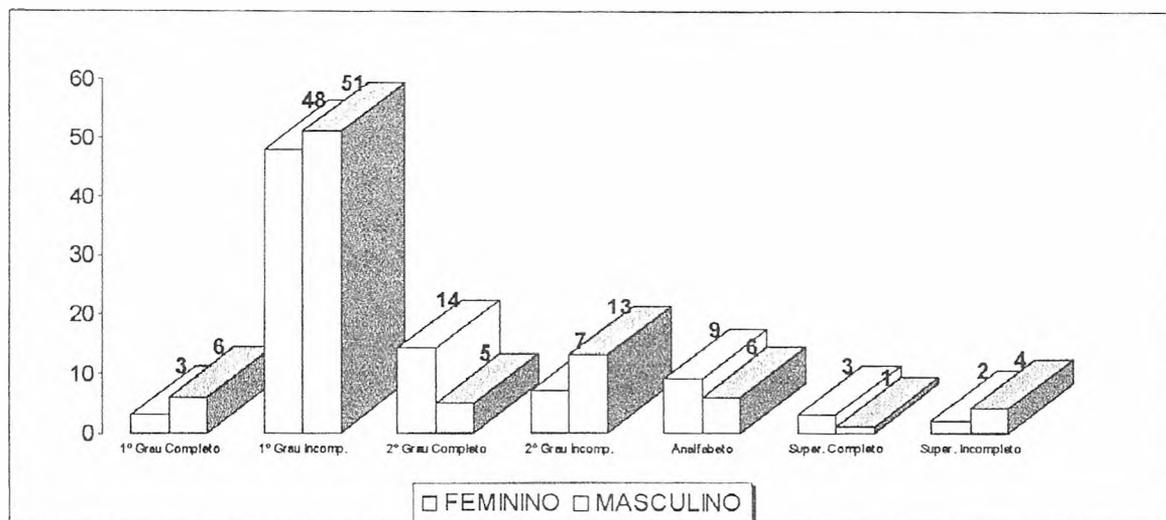
Para Zugaib (1997, p. 55) *Nunca devemos esquecer que o ser humano é um conjunto dinâmico de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais e que cada uma de suas manifestações envolve a participação conjunta de todos esses elementos.*

Da mesma forma é corroborado por Araújo (2000, p. 98) no que se refere à situação propícia para o desencadeamento de sofrimento psíquico na mulher

O desgaste ocasionado pela dupla jornada a que as mulheres estão expostas é agravado diante da ausência dos companheiros – mesmo que a companhia e o apoio nas atividades domésticas ocorram somente no nível simbólico. O casamento, para algumas, representou realização, mas também aumento de sobrecarga, responsabilidade e preocupação. Evidenciam-se os conflitos familiares, tendo como base, na maioria das vezes, questões relacionadas às expectativas quanto ao papel feminino e à vivência masculina do poder na relação conjugal – o poder é dominado pelo homem.

Observou-se que uma das influências que ocorrem, para algumas pessoas, está na responsabilidade familiar, que poderia trazer maior número de sobrecargas e funções que o paciente não estaria apto a assumir. Entretanto, na realidade mais uma vez, é confirmado que o isolamento se faz presente.

**Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por Escolaridade, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**



Verifica-se no gráfico 5, que o nível de instrução entre os pacientes pesquisados do sexo feminino e masculino difere bastante no que diz respeito a categoria Ensino Fundamental Completo(3) e Superior Incompleto(2), sendo o dobro para o sexo masculino, respectivamente 6 e 4. No entanto, Ensino Médio Completo aparece com 14 pacientes do sexo feminino e 5 pacientes do sexo masculino, da mesma forma que para o nível Superior Completo 3 pacientes do sexo feminino e 1 paciente do sexo masculino, demonstrando que nestas categorias, o número do sexo feminino se mostrou com o dobro em relação ao do masculino.

Segundo o gráfico, referente à escolaridade, observa-se que o número de pacientes que chegam somente a 20 para o Nível Médio Incompleto equiparado ao de Nível Médio Completo, 19 pacientes. Estando equiparados para ambos os sexos, nos níveis Analfabeto(15) e Ensino Fundamental Incompleto(99).

Houve uma inversão de valores, antigamente, a pessoa era considerada louca e deixava de trabalhar, agora, por ela não estar trabalhando, ela passa a ser louca, sendo a falta de trabalho um dos contribuintes para a ociosidade, condições de vida precárias.

Na realidade é que não existem diferenças entre o número de analfabetos e de nível superior completo e incompleto, favorecendo assim, que a instituição possa trabalhar com diversas pessoas de ambos níveis escolares.

Vale salientar que embora estivesse no prontuário eletrônico como 1º Grau Completo e Incompleto; 2º Grau Completo e Incompleto, tornamos estas categorias para as denominações da Nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB).

Para os profissionais, principalmente o enfermeiro, ao comunicar-se com os pacientes é imprescindível que conheça antes seu grau de instrução, a fim de suas informações e orientações sejam captadas por eles, conforme seu nível de compreensão.

Horta (1975) afirma que muitos fatores interferem na manifestação e atendimento das necessidades básicas de um indivíduo, como: sexo, idade, cultura, inclusive a escolaridade, bem como outros fatores também pertinentes.

O conhecimento desses fatores fornece ao enfermeiro subsídios que orientam a forma de abordagem e comunicação a ser estabelecida com os pacientes, assegurando-lhe, assim, a maneira adequada para um melhor atendimento eficaz e que atenda aos objetivos preestabelecidos.

As questões que envolvem as dificuldades de acesso à aprendizagem educacional e limitação do conhecimento podem propiciar frustrações por causa das metas não alcançadas e gerar sofrimento, que conseqüentemente leva a uma desvalorização da pessoa que anteriormente não teve chance à educação, podendo implicar em mais obstáculos e, posteriormente, a aquisição de medicação psicotrópica como único recurso vislumbrado para minimizar seus anseios não atendidos (OLIVEIRA, 2000).

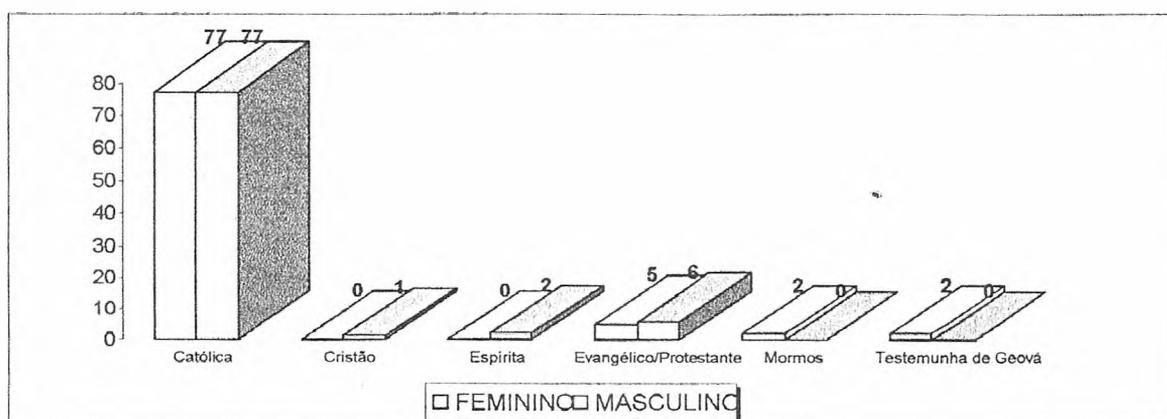
A Campanha da Fraternidade de 1998, realizada pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, afirma que a educação é algo que se perpetua através de gerações e que há uma íntima ligação entre a valorização da família e a educação dos filhos, que são preparados para serem melhores e terem condições de viverem dignamente.

Entretanto, pouco é investido na educação escolar pelo governo. Reflexo dessa realidade se dá pela remuneração de professores e a falta de recursos materiais e humanos, impossibilitando uma boa qualidade no ensino. E este é um grande fator desmotivante para as pessoas, principalmente as que possuem sofrimento psíquico, que deveriam ter uma educação especial.

Isto colabora com um grande contingente de pessoas sem escolaridade e sem perspectiva de lutar por seus direitos, exercendo sua cidadania. De acordo com Silva (1998), o quantitativo numérico de 35 milhões de indivíduos nesta faixa etária, que representam 21% de toda a população brasileira, com o agravante de que 20% vivem em condição social de indigência (cuja renda familiar corresponde, no mínimo, ao valor da aquisição da cesta básica que atenda aos requerimentos nutricionais recomendados pela FAO/OMS/ONU para a família como um todo), é

argumento demográfico suficiente e eloqüente para provocar preocupação permanente, o que dizer da relação de adequação idade/série escolar, e ainda, indica que aos dez anos de idade o percentual de estudantes freqüentando escola na série adequada era de 27,42% números estarrecedores, que se reduzem aos 17 anos a 21, 86%.

**Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por Religião, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**



Conforme gráfico 6, observou-se que há um predomínio de pacientes católicos, correspondendo 77 para cada sexo. Em detrimento a apenas 18 representando as demais religiões, assim distribuídas; 11 em evangélicos/protestantes, seguido de espíritas, mormos e Testemunhas de Jeová com o mesmo número, 2 pacientes. Ao passo que, somente 1 paciente, caracterizou-se como cristão.

Apreende-se em relação aos dados que o Catolicismo ainda é para nós enquanto brasileiros, a religião prevalente. Embora observemos um crescimento das outras religiões.

Castro (1997) coloca que dentre as quatro dimensões do ser humano para alcance da Qualidade de Vida, a dimensão Existencial é a ação que norteia o sentido das demais, distribuídas em Pessoal, Profissional e Social, *expande o quantum de espiritualidade, fundamenta o viés religioso e justifica a própria existência do ser humano.*

Sabemos o quanto a dimensão existencial se torna a mola propulsora das demais. Neste sentido, Oliveira (2000) corrobora que

A desesperança conduz a falta de fé. Quando ocorre a perda da fé, as pessoas parecem perder o sentido da existência e o impulso de se lançarem na vida, de procurarem suas extensões e lutar. Percebem que não há mais nada interessante para se buscar.

A religião teria íntima ligação com o aparecimento do sofrimento psíquico, para Araújo (2000), já que a religião – do latim re-ligare significar ligar outra vez – foi uma das formas que o homem encontrou para conviver com a ruptura S-O.

A relação entre pessoas com o ambiente e com o seu universo pertence ao campo da subjetividade. A religião desenvolveu-se a partir da necessidade da pessoa compreender essas relações, não se podendo deixar de considerá-las só porque têm conotação religiosa. Entretanto, a religião acaba por ser colocada em segundo plano, principalmente os profissionais que detêm a cientificidade, renegando a força atribuída a fé que impulsiona o homem para o futuro, através do presente.

**TABELA 3 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por convênio, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**

CONVÊNIO	F	M
SUS	81	72
IPM	4	5
CASSI	0	4
IPEC	0	2
GEAP	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>86</b>

Em relação ao convênio, foi identificado que 153 pacientes sendo 81 do sexo feminino e 72 do sexo masculino eram vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em contra partida a somente 17 pacientes que eram associados a outros convênios.

Por esta tabela, pode-se constatar que há uma prevalência de pacientes são segurados pelo SUS para a prestação da Assistência Mental.

O fato é que este serviço é quase que totalmente nutrido, absorvido por uma demanda oriunda do SUS. Então, questiona-se será que não existe demanda de outros convênios ou mesmo, de outros tipos de financiadores para a prestação da Assistência Mental? Ou será que essas pessoas são assistidas em hospitais, em casa, clínicas particulares?

A demanda é principalmente do SUS, talvez isso se dê pelo fato das pessoas que tem uma condição socioeconômica mais favorável e privilegiada, disponham de outras alternativas, ou então o serviço não seja atrativo para as mesmas, por pensar que o serviço não pode oferecer condições para quem pode pagar, então procura serviços que acha que tenham outro tipo de serviço mais diferenciado, para oferecer a essas pessoas, tais como: terapias e acompanhamentos individuais.

Algumas explicações encontradas para o fato de que o HD não se mostrar atrativo para a clientela particular, como é abordado por Campos (1989, p. 31)

A pouca divulgação dos serviços de hospitalização diurna, o baixo nível cultural dos informantes e as limitações decorrentes da patologia psiquiátrica dos pacientes podem ter contribuído para dificultar uma maior clareza e propriedade nas respostas dadas a essa questão, podendo contribuir para o desconhecimento desse modelo de assistência.

Nota-se na tabela que os pacientes atendidos pelo SUS indicaram uma maior incidência na escolha pelo HD, revelando assim, que a população predominante tem poder sócio-econômico

baixo, enquanto que os clientes que possuíam Plano de Saúde, eram principalmente conveniados a servidas de serviço. Fato que deixa transparecer que outrora, esse paciente era um colaborador para a economia, ou mesmo alguns são dependentes. Será que a assistência prestada a essas duas classes de pacientes diferem no que diz respeito a qualidade de atendimento ? Ou será que o fato de “poder” realmente traz influencia sobre o cuidado ?

Dados de Silveira (2001) abordam uma assistência, no mesmo período, prevalentemente hospitalocêntrica no estado, distribuída em dez hospitais psiquiátricos, destes, sete localizados em Fortaleza, fato que remete a intrínseca ligação existente entre os serviços alternativos e a dinâmica hospitalocêntrica, ainda tão presente, inclusive n o serviços prestado pelo Hospital-dia.

**Tabela 4 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por segurados ou não do INSS, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004.**

SEGURADO	F	%	M	%	TOTAL	%
O mesmo	73	42,4%	72	41,9%	145	84,3%
Outros	12	7,0%	13	7,6%	25	14,5%
Não Consta	1	0,6%	1	0,6%	2	1,2%
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>

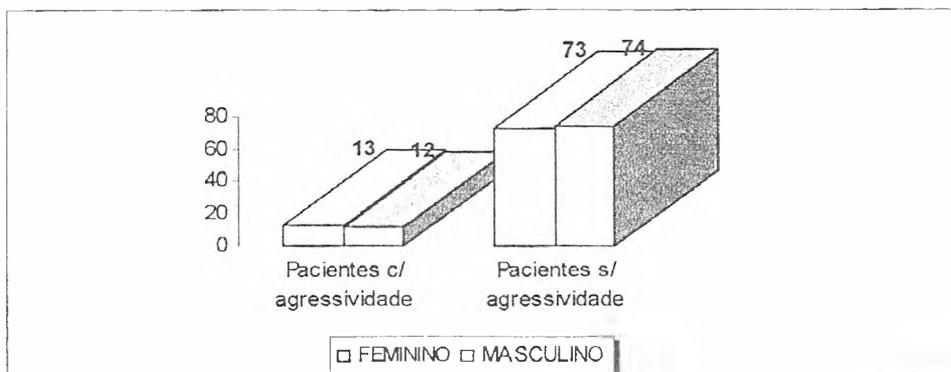
De acordo com a tabela 4, pode-se constatar que há uma predominância do segurado ser o próprio paciente, sendo 84,3%, contra 15,7% classificados como outros ou que não consta esta informação.

Ao se buscar o sentido etimológico da palavra segurado vimos que análogo a seguro, no sentido de que denota livre de perigo; apoiado, amparado; firme, preso, fixo; certo, convicto, confiante; contrato em que uma das partes, mediante recebimento de prêmio da outra, se obriga a indenizar esta de prejuízo eventual (LUFT, 1997).

Quando temos a anulação do paciente pela manipulação do familiar, verificamos que *iste incompatibilidade emocional grave e incontornável com seu paciente* (TAPIA, RIBEIRO e JONTEL, 2000, p. 396).

No que se refere ao informante, Araújo (2000) afirma que a manipulação familiar em relação ao paciente, que relaciona a loucura com a submissão, colocando os pacientes numa situação de impotência, onde se reconhece a pobreza e a miséria como determinantes de dependência.

**GRÁFICO 7 - Distribuição dos pacientes internados no Hospital-dia por Avaliação Clínica no momento da anamnese, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**



Percebemos que o maior número de paciente apresentou como queixa principal justificativas capazes de serem agrupadas na categoria humor e afeto: ansiedade, depressão, nervosismo, ociosidade, sentimento de inferioridade, choro, ideação homicida. A categoria questões institucionais também se manteve em alta prevalência, sendo caracterizada por dar continuidade ao seu tratamento no HD, Encaminhado pelo médico assistente ao HD, readmissão por alta inalterada, Evolução desfavorável pelo acompanhamento ambulatorial, precisando de vagas num certo pavilhão da internação integral. Com o número também expressivo, embora menor a categoria pensamento ficou em terceiro patamar, constituída por perturbação no juízo, distúrbio no comportamento, conversa desconexa, idéia delirante.

Vale salientar que a categoria contradições quanto ao objetivo de admissão no HD, que ficou logo em seguida das demais já citadas, encerra-se em sem queixas; a acompanhante vem solicitar receituário para o mesmo; com evolução satisfatória.

A queixa principal (QP) deveria ser constituída do motivo do internamento apresentado na concepção do informante, isto é, uma justificativa pessoal do paciente/familiar/conhecido para aquele internamento, embora tenha muitas vezes, sido configurado pela explicação institucional, tal como, altas inalteradas, encaminhamentos, acompanhamentos em ambulatórios, quando as mesmas não se configuram em justificativas plausíveis para a sua condição psicopatológica e sim, em observações concernentes a evolução do paciente. Sendo uma descrição errônea, porque a queixa principal serve para justificar o acompanhamento do paciente na instituição. De forma que acaba por se apresentar como esclarecimentos superficiais, sem relevância para uma análise crítica. Em se tratando, particularmente, do encaminhamento temos que convir que, se o paciente foi encaminhado, isto se deve ao fato dele apresentar um quadro que justifique. Então, qual seria o

impedimento defrontado pelo profissional para acarretar na não elucidação do quadro caracterizado pela condição psicopatológica apresentada pelo paciente a fim de mostrar a necessidade de acompanhamento?

Acreditamos que clarificações são necessárias para um melhor entendimento da evolução do paciente, descartando ilustrações superficiais que não tem uma justificativa principal, em cima do que está definido. Porém, a queixa principal é a justificativa do internamento, nela se tem a Justificativa de Ordem do Paciente (alguns são referidos baseados na justificativa do paciente) ou no que motivou a procurar do serviço.

Ao termos realizado o levantamento da queixa principal, identificamos que a ciência se encontra em fase de transformação, respeitando a um aspecto retratado por Pitta (1996) que declara que, de acordo com a sua experiência acumulada na observação dos cuidados costumeiramente ofertados em hospitais psiquiátricos, principalmente no que se refere à noção de adoecimento mental e à própria noção de indivíduo, o hospital assumia uma autoridade capaz de garantir o caráter científico do tratamento, de tal maneira que a figura do paciente tendia a se apresentar como objeto. Ou seja, a ciência psiquiátrica tomava como foco de atenção o sintoma e despreocupava-se do resto: o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura, dentre outros que eram elementos que constituíam precisamente o campo de inerência de tais sintomas. O tratamento despersonalizado e desinteressado em hospitais e ambulatórios seria uma consequência desta atitude.

A proposta terapêutica do tratamento de psicóticos deve levar em consideração tais variantes e a essas diversidades sintomáticas exige-se múltiplas intervenções que só podem ser desenvolvidas em uma instituição. Não em qualquer instituição para tratamento de problemas psiquiátricos que, como já vimos, tende a reduzir um problema tão complexo a práticas fixas e estereotipadas, ou a adotar o diagnóstico, de forma exclusiva e auto-suficiente, para a implementação de fármacos (PITTA, 1996).

A exemplo do que é elucidado por Pitta (1996), na triagem dois aspectos devem ser identificados: o primeiro é o relacionado com sintomas graves, delírios, alucinações, isolamento, autismo e outros; o segundo relaciona-se ao retraimento social, dificuldade de sair de casa, relacionar-se com outras pessoas. É importante lembrar que nessa situação preliminar não se faz um diagnóstico, apenas identifica-se a pessoas com perfil para ser tratada em um determinado tipo de serviço. O diagnóstico, que é sempre difícil de estabelecer, acontece durante o tratamento, de forma que precisa realizá-lo, pois dele depende também a direção de tratamento: um paciente obsessivo,

ou estérico, merecerá intervenções diferentes daquelas que cabem a um paciente esquizofrênico. Em geral e, como se disse não se chaga facilmente a este diagnóstico diferencial.

A ociosidade, como Q. P influenciando no tempo de permanência, deveria ser identificada e após, ser trabalhada em sua própria permanência para que não se torne um fator [agravante] de impedimento da alta do paciente. Para Macedo (1996, p. 77-78) A ociosidade é um problema real enfrentado tanto pela família como pelo paciente. *Fica difícil para a família, não trabalhada incorporar essa nova proposta de reforma psiquiátrica, aceitar convictamente que, ao sair do hospital-dia, ele possa ser capaz de desenvolver atividades quaisquer, longe daquele sistema de tratamento.*

A não produção é prejudicial ao desenvolvimento da pessoa, Macedo (1996, p.100) afirma que,

A falta de atividade diária, de forma constante e rotineira, deixa o doente mental muito ocioso e não produtor, podendo contribuir no desencadeamento de uma crise. Essa percepção da família revela um fenômeno preocupante, dentro das novas propostas de atendimento em saúde mental.

O paciente sai da instituição, é entregue a sociedade, mas, fica ocioso, preferindo retornar à instituição, porque lá se mantém ocupado, descansa e/ou ocupa a mente. Realiza atividades que em casa não existem e que são atrativas, colaborando, assim, para o desenvolvimento de um ciclo vicioso. O paciente passa a ter uma posição a que está vinculada, ou seja, sua referência passa a ser a instituição.

*A família põem a ociosidade como fonte de crise, relatando não condição do seu doente para o trabalho e ao mesmo tempo, em que determinada o tipo de trabalho que ele deve desenvolver, com características bem peculiares (MACEDO, 1996, p. 99-100).*

A exemplo da mãe esquizofreniforme, neste momento também se vê, que este termo simboliza uma posição-chave no desenvolvimento de patologias, tão preemente relatada na Antipsiquiatria, ao adaptar-se às regras e papéis impostos pela família, sem formalizar nenhum tipo de questionamento, não assumindo as suas próprias inquietações e buscas, *esse ser é levado a vivenciar uma situação de falso-eu que pode ter como consequência a esquizofrenia (DUARTE JÚNIOR, 1983, p. 60).*

Explicações para o sedentarismo, que também ocorre no HD, a quem afirme ser benéfico, como Zusman (1995, p. 64) ao afirmar que o HD tem como função abrandar angústias, estabelecer limites ao receber um paciente em crises devido,

o surgimento de um quadro clínico nunca anteriormente experimentado ou por agravamento de um estado clínico até então estabilizado, busca conforto, alívio para suas angústias, um retorno ao ponto de estabilização anterior. A situação de crise pede mais acolhimento do que estimulação. O objetivo desse tipo de trabalho não é alcançar um patamar de estabilização rico do ponto de vista das idéias e dos afetos, e sim auxiliar no estabelecimento, o mais rápido possível, de um ponto de equilíbrio (...) As atividades oferecidas agora já não devem se prestar à ativação. O atendimento médico e de enfermagem realmente se faz, por sua maior possibilidade de controle (limite), mais necessário. As atividades expressivas e físicas se prestam mais ao relaxamento, à diminuição de tensão. (...).

Por que não deixar livre para que o paciente decida, mas seja incentivado e estudado cada caso para que o depressivo ou aquele que aponta ter transtorno bipolar/ esquizofrenia não fique muito mais adinâmico.

**Tabela 6 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto à história familiar, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004.**

HISTÓRIA FAMILIAR	F	%	M	%	TOTAL	%
Há casos de transtorno mental (TM) na família	65	37,8%	70	40,7%	135	78,5%
Não existe caso de TM na família	17	9,9%	14	8,1%	31	18,0%
Não sabe informar	4	2,3%	1	0,6%	5	2,9%
Não Consta	0	0,0%	1	0,6%	1	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>

Os dados da tabela 6 revelam que a maior prevalência, 135 prontuários de pacientes (78,5%), apresentam casos de transtorno mental (TM) na família, acompanhado por 31 prontuários de pacientes (18%) que referem não existir caso de TM na família. Além de 5 prontuários (2,9%) apresentar saber informar e em um (0,6%) deles não constar esta informação. Estes dados nos fazem pensar que, por muitas vezes, as repostas talvez sejam induzidas ou mesmo relatadas pelos informantes que, algumas vezes, omitem ou negão esta informação. Esse tipo de comportamento familiar é ressaltado por Nogueira (1999, p. 3):

Assim como qual quer grupo social, a família reage de forma preconceituosa quando detecta a presença de um membro seu em crise psicótica, passando muitas vezes a marginalizá-lo e a julgá-lo como culpado por tudo o que acontece dentro do grupo, fazendo deste indivíduo o depósito de todos os conflitos existentes, colocando-o na posição de 'bode expiatório'.

Enquanto, outros falam que há casos, possivelmente por saber que a hereditariedade é um fator desencadeante de transtorno mental, então se trata de mais um argumento irrefutável de que seu familiar precisa de assistência mental.

Maia (1997) ressalta a predisposição genética em relação a alguns transtornos psíquicos, afirmando o risco de possuir esquizofrenia aumenta em 50% para filhos de pai e mãe esquizofrênicos e em 16% quando só o pai ou só a mãe são esquizofrênicos. Dentre os muitos fatores que têm sido associados ao aparecimento da esquizofrenia, a predisposição genética embora esteja presente na vida de todos os pacientes, nem todos com esse fator terminantemente desenvolverá esquizofrenia.

Neste sentido, Brasil (2001) concorda que:

Em Psiquiatria, os fatores genéticos ou hereditários têm sido muito falados ultimamente. (...) Isso porque embora popularmente sempre se diga que a pessoa com transtorno mental o herdou de alguém da família, há muito tempo os cientistas tentam identificar se essa herança veio através do corpo ou do ambiente em que a pessoa foi

criada. Atualmente, os avanços da Medicina têm permitido identificar alguns genes que possam ter influência no desenvolvimento mentais.

Kaplan (1984), baseado nos estudos de consanguinidade, afirma que há evidências de que a esquizofrenia espalha-se nas famílias, porém não está sob regulamentação genética. Conseqüentemente, os demais estudos sobre gêmeos e sobre filhos adotivos certificam que um fator genético é causa da proliferação dessa enfermidade e ainda que parentes mais próximos corram o risco mais elevado de contrair a doença.

O mesmo ocorre para o transtorno bipolar em que, de acordo com Fleck (1996, p.6), a *história familiar de depressão aumenta o risco de recorrência*.

Portanto, não devemos nos fixar somente na idéia de que a solução do problema só se remate a questão hereditária, pois se trata de uma tendência, não sendo o único determinante. Fechando-se nesse pressuposto, há uma tendência a se reducionista, deixando-se de atentar para outros aspectos inerentes da pessoa em sofrimento mental.

Macedo (1996) esclarece que a posição familiar ao se defrontar com um membro da família com distúrbio mental, os outros elementos passam ser definidos por eles mesmos como saudios, colocando-se em atitude contrária ao integrante doente, baseando-se no código de valores ditado pelo meio social que influencia na definição de quem é doente mental, e quem precisa de ajuda de um profissional.

Além disso, ao utilizar de um argumento em benefício, atentamos para o fato de alguns questionamentos: O que colhe um instrumento epidemiológico tipo questionário, principalmente no domínio psiquiátrico? Discurso ou mesmo representação.

Mas como saber o grau de integridade entre curso e discurso entre apresentado e representado? O que, e como, pode chegar àquelas consciências expressas em linguagem? Diante do pesquisador o sujeito se acautela, aproxima sua resposta daquilo que supõe seja consenso social, cai na ideologia, entendida como forma de expressão da alienação objetiva (SAMPAIO, 1998, p.91).

É de fundamental importância que os profissionais tenham uma postura crítica e aberta quanto aos aspectos abordados no discurso, principalmente, por se apresentarem com elementos importantes para indicar a terapêutica do paciente e o modo de assisti-lo.

**Quadro 2 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto ao grau de parentesco com familiar doente, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**

PARENTESCO	F	M	TOTAL
Genitor	8	7	15
Genitora	6	4	10
Imão	2	7	9
Tio	4	3	7
Imã	4	1	5
Tia	2	2	4
Prima	1	1	2
Sobrinha	1	1	2
Avó Materna	0	1	1
Bisavô Paterno	0	1	1
Esposo	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>56</b>

Percebemos que o maior número é referente ao parentescos de primeiro grau (genitor e genitora). Em relação à hereditariedade como fator predisponente, Maia (1997) afirma que conforme o grau de parentesco e a chance de desenvolvimento da doença há os seguintes casos: um parente de segundo grau atingido > 2,5 % de chance; um parente de primeiro grau atingido > 4 % de chance.

E com referência ao tipo de acometimento, podemos listá-los para o sexo masculino, tais como: depressão, psicose puerperal, suicídio, esquizofrenia, alcoolismo, comportamento esquisito, doença de Alzheimer, doença psíquica semelhante. Para o sexo feminino - genitores primos, esposo ex-usuário do HD, alcoolismo, referem tratamento psiquiátrico, suicídio, depressão, quadro demencial, uso de psicotrópico com álcool.

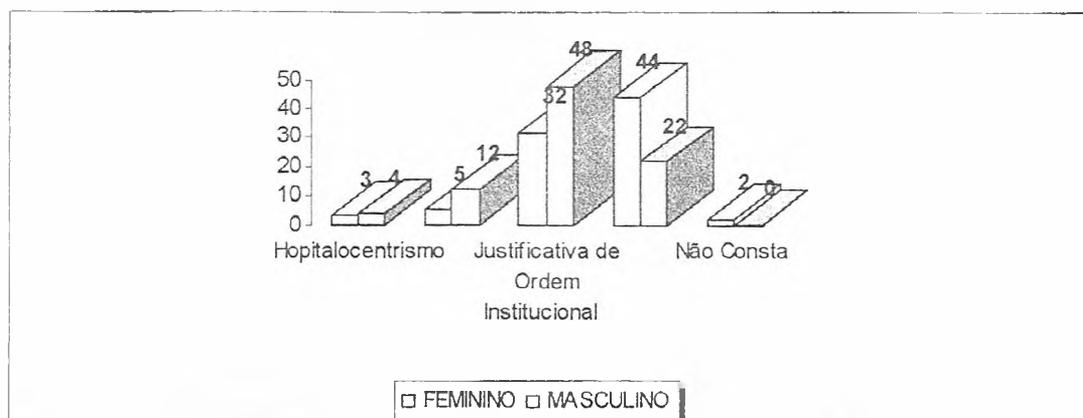
Na família, o comportamento e a expressão de cada componente influenciam e são influenciados por todos os outros, fato que se justifica por a mesma não ser um agrupamento casual de componentes e, sim, constituída por integrantes que estabelecem vínculos de interdependência.

A família possui um ciclo de vida próprio, semelhante ao ciclo de vida dos indivíduos, pelo qual poderão advir situações ou acontecimentos geradores de crises que poderão abalar a estrutura familiar, incluindo a doença e até a morte.

As crises familiares podem ser classificadas como internas e externas. Para Atkinson e Murray (1988); Boyd (1990); Elsen et al. (1994) as crises externas, referem-se a acontecimentos fora do seio familiar, como por exemplo: guerras, recessão econômica, dilúvio, embora tenham repercussão no seio familiar. Estas crises embora causem diversos problemas para as famílias são menos destrutivas do que as crises internas, como a doença grave determinando a incapacidade

física do provedor econômico de uma família, divórcio, suicídio, bem como, estão entre elas, a doença mental. Essas crises não são apenas desagregadoras, como também, carregam consigo uma ansiedade social, na qual conduzirá ao desequilíbrio dentro da unidade familiar, por ser insidiosa e gerar uma situação de estresse na unidade familiar, onde manutenção ou recuperação do seu estado funcional ótimo será restabelecido através da remodelação dos papéis desenvolvidos pelos membros da família, moldados pela sociedade. No que diz respeito à doença mental, as crenças, as idéias, os valores e os conhecimentos da família sobre sua doença mental, podem repercutir no seu comportamento durante a evolução da mesma.

**Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes assistidos no Hospital-dia por Justificativa de Internamento, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**



Conforme gráfico 8 a justificativa de ordem institucional liderou, estando em 80 prontuários, seguido por 66 prontuários com justificativa de ordem psicopatológica, sendo 43 para o sexo feminino em detrimento ao sexo masculino com 22. Com um número não tão expressivo quantos as outras categorias, com 17 para justificativa de ordem familiar-sócio-econômica, tendo 5 somente para o sexo feminino e 12 para o sexo masculino.

Diante do resultado nos reportamos ao que cita Costa-Lima (2000, p.18): *Descrevem-se fenômenos, mas não os julgam traço de personalidade, reação conjuntural e, sem diferença, tudo aparece como sintoma ou doença.*

Podemos constatar as vantagens advindas da desospitalização em diferentes abordagens. Podendo ser retratado pelo Hospital Eudásio Barroso – SAME- Quixadá-Ce: com a implantação do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá – Ce, pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá, reduziu significativamente o número de hospitalização de pacientes psiquiátricos no ano de 1994, contrapondo-se a realidade em anos anteriores, onde quase 100% de internações dos pacientes em crise atendidos no serviço de urgência da cidade eram transferidos para hospitais psiquiátricos da capital, com altos custos financeiros e sociais, para o município e para os familiares.

De acordo com Macedo (1996) além da desativação dos manicômios e da criação criteriosa de opções e assistência psiquiátrica, os movimentos que condenam o hospitalocentrismo devem considerar a necessidade da criação de nova mentalidade junto à população.

De forma que concordamos com Braga (1998, p.36) quando a autora afirma que

Qualquer processo de mudança cria situações e barreiras de toda ordem. Não ocorre diferente com a proposta de Reforma Psiquiátrica no Ceará, pois a mesma requer modificações não só de ordem estrutural mas, também, político-cultural, técnica e ideológica.

Entretanto, o objetivo dos serviços assistenciais em substituição aos antigos manicômios tem como estratégia a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios. E portanto, deve avaliar se sua atenção é centrada na família, entendida, percebida e situada a partir de seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores identificados, favorecendo a compreensão ampliada do processo saúde-doença.

Dá a família ser culpabilizada pelo hospitalocentrismo ser, em muitos casos, evidenciados, conforme destaca Macedo (1996, p.26):

Família culpada ou não? Com razão ou não? Há que ver cada caso, minuciosamente. Este pensamento é deturpado, à medida que a família não tem condições de suportar as crises do paciente – no caso de pacientes graves, onde fica a cidadania, seu emprego se encontra adequado neste caso? Como diz o velho ditado: A sua liberdade vai até onde a do seu vizinho começa. Temos que admitir que vivemos numa sociedade que se torna individualista ao pensar no seu próprio bem-estar. Esse direito de cidadania é ainda muito restrito no campo da saúde mental, em que a doença, como mencionado, é objeto de um preconceito social, partindo muitas vezes, da própria família que muito contribui para a reclusão do portador de tal distúrbio, isolando-o totalmente do gozo da sua familiaridade e do convívio em sociedade de uma maneira geral.

A família vem assumindo uma atenção especial para o entendimento das enfermidades, pois conforme Nogueira (1999, p.1),

as enfermidades são apontadas como decorrentes da forma como o homem vive e se relaciona com o seu meio. Ao longo da história muito já se pesquisou o que há de errado com o indivíduo chamado de doente; embora não se tenha exaurido totalmente a busca de encontrar no interior do ser humano as causas de suas enfermidades. Busca-se, hoje, mudar o foco de observação para fora do indivíduo na tentativa de compreender que a maioria de suas enfermidades são construídas partir da relação de seu mundo interior com seu mundo exterior, representado pelas suas relações sociais.

Para Macedo (1996) uma das vantagens apresentadas pelo Hospital-Dia, em comparação ao hospital psiquiátrico com sua internação integral no sistema psiquiátrico, consiste em erradicar a idéia de isolar o paciente em sofrimento psíquico do seu meio, atribuindo a justificativa de que poderá a situação se agravar se voltar a conviver com a mesma fonte de conflitos.

Esta forma de pensar deve ser trabalhada, pois induz a um processo de negligência social, principalmente, por que a ideologia possui um papel indiscutível na recuperação simbólica do metabolismo entre o homem e a natureza (OLIVEIRA, 2000).

O processo do sofrimento psíquico deve ser mais bem analisado para que demonstre sua importância na vida do ser humano. Isto implicaria a averiguação de todos os fatores ligados ao mesmo, levando em consideração o contexto onde o ser humano permanece, principalmente, seu meio familiar.

A equipe trabalha com a finalidade de sensibilizar o cliente quanto à importância da continuidade do tratamento como forma de prevenir a reagudização do transtorno psíquico e/ou as reinternações sucessivas, além de favorecer elementos para que os clientes com seus próprios recursos possam situar-se como sujeito junto à família e em seu contexto social.

Isto pode ser visto na experiência do Hospital-Dia "A Casa", demonstrando a vantagem de ser escolhida por não interromper a relação com o mundo externo. De forma que a psicoterapia familiar trabalha os eventuais problemas dos acontecimentos do dia anterior. Esta possibilidade é facilitada por focar o emergente do ambiente familiar e não o doente ou a doença do paciente, assim a família aceita ser tratada e a probabilidade de melhoras aumentam notavelmente, trabalhando-se com terapias grupais (LANCETTI, 1989).

Entre as justificativas de internamento a instituição se refere ao fraco suporte familiar. Este ponto é destacado por Campos (1989, p.32) afirmando que:

O observado entre pacientes e familiares fugiu ao que habitualmente se afirma, ou seja, que os familiares querem ver-se livres de seus doentes e interná-los integralmente, ou, às vezes, definitivamente. Como generalização, vê-se que essa afirmação é improcedente. Cabe indagar o quanto as instituições psiquiátricas têm contribuído para manter essa idéia e quanto ela lhes convém.

Um familiar que tem um paciente sem o suporte familiar como vai poder alegar como vantagem a influência positiva do contato com a família, que acompanha mais de perto o tratamento. Acaba por afirmar que há vantagens na internação integral, alegando falta de condições familiares para compartilhar responsabilidades na internação parcial e também maior segurança, não levando em consideração as vantagens percebidas pelo paciente na internação parcial.

Campos (1989) ressalta a diferenciação entre a internação parcial e integral, na percepção do paciente, destacando aspectos considerados favoráveis, tais como: menos estigmatizante; propicia maior comunicação entre pacientes e profissionais; é desenvolvido em equipe; utiliza outros recursos terapêuticos (terapia ocupacional, atividades recreativas e físicas) além da medicação, que costuma ser ministrada em doses não elevadas, levando a uma melhora mais rápida e permitindo que o paciente fique mais tempo em acompanhamento; favorecer maior contato com a realidade favorecida por mais liberdade; possibilidade de manter algumas rotinas de

vida e convivência com familiares e amigos. Aspectos considerados desfavoráveis pelos pacientes são: gravidade do quadro como fator limitante e maior risco de fuga do que na internação integral. As vantagens e desvantagens citadas em relação aos dois regimes de internação, constituem elementos que podem contribuir para um melhor encaminhamento de pacientes.

Portanto, é destacada a importância de uma análise minuciosa para indicação de um paciente para essa modalidade de atendimento, extrapolando o mera exame de aspectos puramente clínicos ligados à patologia psíquica presente, tornando necessária uma abordagem que envolva também as condições psicossociais que permeiam a vida dos pacientes como de seus familiares (Campos, 1989).

Desse modo, o HD deve levar em consideração tanto a indicação clínica, como as variáveis psicossociais que envolvem o paciente e sua família, pois tal fato pode vir a influenciar nas altas por abandono, captado através da História Mórbita Atual ou pela progressa, onde são abordados fatos suficientes para avaliação do HD como método eficaz para a ressocialização que versam sobre com quem mora se existe suporte familiar.

A questão social da família só está resolvida quando ela tem suporte para solucionar problemas de caráter de subsistência. A família precisa ser tratada juntamente com o seu ser doente, para que o relacionamento entre ambos possa ser vivenciado harmonicamente, numa busca incessante rumo a uma melhor qualidade de vida, que está intrinsecamente ligada à questão social, pois esta é uma das causas que precipita a doença mental.

O tratamento visa, dentre muitos aspectos, que o universo de problemas de cada um ganhe um relevo todo especial, que seja protagonista da situação institucional. Na psicose, muitas vezes, as próprias condições a que as pessoas estão submetidas, de alheamento e de exclusão, impedem que tenham acesso a um substrato de linguagem no que possam esboçar um discurso. Pessoas que passaram muito tempo em casa não tem assunto para conversar (PITTA, 1996).

No que se refere à participação da família na internação parcial, sempre procurou-se a participação da mesma, diferentemente da Instituição Psiquiátrica, pois era considerada elemento fundamental (peça-chave) para a efetivação do tratamento do paciente, porém desse se levar em consideração as condições psicossociais para se compreender a Justificativa de internamento, como é abordado por Moreno (2000, p.28)

Porém, desde o início, as famílias foram chamadas a participar do tratamento, através dos grupos e, sempre que fossem necessários orientação e esclarecimento por parte dos familiares ou da equipe. Diferentemente da instituição Psiquiátrica, a família passa a ser aliada, pois o paciente só poderia fazer tratamento em regime de

hospitalização parcial se pudessemos contar com ela para compor o projeto terapêutico. O atendimento do núcleo familiar sempre foi conjunto, com a participação de pacientes e familiares.

Para Moreno (2000), a Reforma Psiquiátrica, na década de 80, que priorizou mudança do modelo assistencial, a família voltou a compor o cenário da assistência ao doente mental.

De modo que através da reunião de família e atendimento individual ao familiar, não se deve procurar saber quem é o culpado, nem colocar como foco somente o paciente, mas ver a família como um extrato a ser cuidado. Para tanto, como é elucidado por Moreno (2000, p. 56)

os serviços precisam elaborar programas visando atender as necessidades da família, quer em decorrência do primeiro episódio de sofrimento psíquico ou daqueles pacientes com várias internações, pois não se pode negar a sobrecarga que estas pessoas acarretam ao núcleo familiar.

Amarante (1995) coloca o familiar como ator privilegiado nas transformações que deveriam acontecer no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, centrado na acolhida, na escuta e em novas formas de convívio, através da superação dos tratamentos anteriores baseados no isolamento e exclusão.

**TABELA 7 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto à avaliação clínica, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004.**

<b>AValiação Clínica</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Pacientes s/ agressividade	73	42,4%	74	43,0%	147	85,5%
Pacientes c/ agressividade	13	7,6%	12	7,0%	25	14,5%
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>

De acordo com a tabela 7, durante a avaliação clínica 147 (85,5%) pacientes não estavam agressivos, havendo só um percentual baixo, relativo a 25(14,5%) pacientes apresentando um quadro de agressividade.

Para Ortiz e Tostes (1992, p. 274) quase sempre os familiar estão intolerantes com as atividades dos filhos e esses imediatamente revidam, partindo para algum tipo de agressão. Tudo indica uma permanente ameaça de punição. A internação é vista como uma forma de castigo, embora os familiares não tenham consciência disso. É interessante notar que, em casa, os pacientes apresentam comportamentos diferentes daqueles que costumam ter no hospital-dia, reagindo talvez à insegurança vivenciada nos sistema familiar.

O ambiente familiar não é tratado e por não ser trabalhado, ele se torna hostil. Esse espaço fica reservado aos afetos e é nele que a dificuldade de relação se intensifica e se complica, envolvendo as pessoas mais próximas. Então, é daquele ambiente que o paciente provém, o qual se encontra, também, adoecido e que a paciente pensa que ele mesmo contribuiu para adoecê-lo. Quando retorna e o ambiente continua o mesmo, isso faz com que haja recidivas e, ao mesmo tempo, o paciente passa a se sentir melhor na instituição, onde há espaço para vivenciar sua loucura.

A agressividade do paciente deve ser entendida em função do caos interno que ele está vivenciando. Os profissionais da saúde devem compreender que aquela agressividade não está dirigida especificamente contra o profissional; é possível suportá-la, servir de continente para se conseguir uma aliança para o tratamento do paciente. Aquela pessoa que veio à consulta não é portador passivo de um delírio ou de uma agressividade. É uma pessoa que está sofrendo com o quadro psicótico. Durante a fase aguda do episódio, quando predominam os sintomas, a inadequação, a agressividade, onipotência, o acompanhamento visa o não-enfrentamento, à aceitação dos sintomas, uma escuta sensível. Cada sintoma deve ser discutido e esclarecido. O delírio deve ser confrontado com a realidade. As inadequações devem ser denunciadas a cada momento. Os limites devem ser colocados toda vez que o paciente não souber respeitá-los. Nos

primeiros meses do acompanhamento psiquiátrico, recomenda-se uma consulta semanal, para seguir a evolução de perto e reforçar vínculo profissional- paciente. é o período de ajustar a medicação, esclarecer sobre os efeitos colaterais e ajudar o paciente a reconhecer os sintomas da doença, com a remissão dos sintomas produtivos, as consultas podem ser espaçadas para cada 15 dias ou períodos maiores conforme o caso (TABORDA, 1995).

A explicação para a não adesão por parte das pessoas que continuam seguindo as próprias regras gera nos profissionais irritação, quando a interpretam essa atitude como uma dificuldade em cooperar enquanto deveriam perceber que não passam de problemas de saúde a serem atendidos. Essa visão limitada acaba por determinar uma demanda maior por assistência médica, provocando retornos infundáveis.

Campos (1992, p. 44) cita que é também pequena a eficácia das práticas terapêuticas da saúde mental quando a clínica individual não tem conseguido trabalhar a questão do sofrimento mental desta grande demanda por assistência à saúde. O tratamento deve ser individual no sentido em que a subjetividade na afirmação –negação da cura se encontra encerrada no fato de que

os pacientes encaram as suas patologias e reagem a elas de diferentes formas, por razões que se refiram quer a níveis socioeconômicos ou culturais, quer a diferentes inserções no processo produtivo, quer a variados acessos aos serviços de saúde. E ainda, às diferentes situações de agressão ao indivíduo que têm maior ou menor influência no subjetivo.

Sampaio (1998, p.16) (...) *não acredita que a doença mental seja um desejável alternativo estado do ser, que seja uma pura construção ideológica de interesses postos em conflito, ou que seja fatalidade inescapável de um biológico cristalizado para sempre.*

A loucura por muito tempo assumiu um caráter de animalidade, sendo o louco caracterizado por uma ferocidade inerente e que devia ser dominado através do internamento e domesticação da loucura.

**Tabela 8 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto à Hipótese Diagnóstica, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004.**

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	F	%	M	%	TOTAL	%
F20-F29 - Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Delirantes	46	26,7%	54	31,4%	100	58,1%
F30-F39 - Transtornos do Humor (Afetivos)	29	16,9%	20	11,6%	49	28,5%
F00-F09 - Transtornos Mentais Orgânicos, incluindo sintomáticos	6	3,5%	3	1,7%	9	5,2%
F10-F19 - Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas	1	0,6%	4	2,3%	5	2,9%
F70-F79 - Retardo Mental	1	0,6%	3	1,7%	4	2,3%
F40-F48 - Transtornos Neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes.	2	1,2%	0	0,0%	2	1,2%
Não Consta	1	0,6%	1	0,6%	2	1,2%
F99 Transtorno Mental Não-Especificado	0	0,0%	1	0,6%	1	0,6%
F50-59 – Síndromes Comportamentais Associadas a Perturbações Fisiológicas e Fatores Físicos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
F60-69 – Transtorno de Personalidade e de Comportamento em Adultos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
F80-89 – Transtornos do Desenvolvimento Psicológico	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
F90-98 – Transtornos Emocionais e de Comportamento com início usualmente ocorrendo na Infância e Adolescência	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>

A esquizofrenia predominou em 100 (58,1%) pacientes. Isto pode estar associado ao fato de se tratar de uma doença que traz muita indefinição quanto à etiologia, além de uma série de entraves relacionais, dificultando o cuidado a essa pessoa em casa, ou mesmo a possibilidade dela ser inserida socialmente numa profissão e de ter uma vida mais independente.

A questão de transtorno do humor que se segue, com quase metade (49 pacientes) dos representados por esquizofrenia, não é tanto em decorrência da depressão apresentada pelo paciente em contrapartida ao do paciente que se mostra agitado. O fato de o paciente deprimido conseguir se manter mais em casa, sem exacerbar elevadas cobranças ou mesmo perturbar o ambiente parece corroborar com para uma maior permanência em casa. Ao passo que o paciente agitado desperta maior preocupação por perturbar a quietude do ambiente, através de sinais como: insônia, agressão, fazendo com que ultrapasse os limites de tolerância por parte da família.

Vale salientar a diferença existente entre a esquizofrenia e transtorno bipolar, conforme salientado Fleck (1996, p.43)

Embora previsse para a psicose maníaco-depressiva uma má evolução para restrito subgrupo de pacientes, esta foi tratada como sendo doença de duração breve, com alguma tendência à recorrência, mas com curso essencialmente benigno, em franco antagonismo com a

demência precoce, que descreveu com curso crônico e desfecho sombrio.

Embora, o transtorno bipolar tenha a mesma característica, segundo Fleck (1996, p. 44), *os transtornos do humor devem ser vistos como doenças crônicas, fundamentalmente recorrentes e que acarretam importante comprometimento da vida do doente e de sua família, ao contrário das idéias de Kraepelin.*

Assim, a doença, só tem seu valor numa cultura que a reconhece como tal e, portanto, o psiquiatra apenas dá seu aval de algo que a sociedade já diagnosticou.

No que diz respeito ao diagnóstico de esquizofrenia não especificada, embora haja dificuldade diagnóstica, não se justifica que o paciente apresentando um período de internação tão prolongado, continue com diagnóstico incompleto ou não esclarecido.

Há uma maior incidência no sexo masculino do F - 29 – psicose não orgânica não especificada, seguida de F- 20.9 - esquizofrenia não especificada, tendo o mesmo número de pacientes que apresentavam diagnóstico F-31 – transtorno afetivo bipolar. Enquanto no sexo feminino lideraram o diagnóstico F - 29 – psicose não orgânica não especificada, seguida de F- 20.9 - esquizofrenia não especificada; a diferença se constituiu quanto a uma maior prevalência no diagnóstico de F- 20- esquizofrenia.

Vale ressaltar a crítica feita quanto ao diagnóstico de F - 20.9, o qual se mostra inconcebível quando os pacientes assim diagnosticados possuem inúmeros internamentos, tendo ainda, um acompanhamento diário da equipe e, mesmo diante desta situação, o seu diagnóstico continua sendo mantido como esquizofrenia não especificada. Percebemos que, mesmo diante da complexidade de se dá um diagnóstico na Psiquiatria, o descaso de se dar esse diagnóstico, ou mesmo se refazer esse diagnóstico, estar associado, possivelmente, a falta de avaliar adequada da pessoa assistida. Então se determina um diagnóstico quando o paciente é avaliado inicialmente e de forma superficial, com intuito de precisar mais futuramente, com a disponibilização de mais elementos. Esta importância também é destacada por Fleck (1996, p. 43)

Kraepelin finalmente revestiu o curso das doenças de importância toda especial, colocando como tarefa principal do diagnóstico a previsão do curso. Para ele, quando não é dado ao clínico o que fazer, ao menos deveria ser-lhe permitido saber o que esperar.

No que se refere ao grupo transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool, são mais acentuado no sexo masculino. Este fato diverge dos parâmetros de admissão de pacientes no hospital-dia, onde não inclui pacientes

dependentes químicos. Sugerimos que este fato se deve por já haver uma unidade na instituição específica para dependentes químicos do sexo masculino. Esta evidência revela que o álcool é a substância mais significativa relacionada com as várias formas de violência; sua comercialização é socialmente aceita e estimulado seu uso, principalmente pelos jovens, fazendo de um estilo de vida importante na cultura dos adolescentes do sexo masculino.

Ainda, queremos ressaltar que a clientela é bem parecida com a da internação integral, conforme destacado por Lima e Teixeira (1995, p. 71): *Muitas instituições destinadas ao tratamento dos doentes mentais na comunidade acabaram reproduzindo as distorções dos hospitais psiquiátricos, por albergarem pacientes idosos com diagnóstico de demência da doença de Alzheimer, também conhecida como demência senil de Alzheimer e deficientes mentais.*

Em relação à depressão e aos transtornos de comportamento e humor, estes são mais evidentes em mulheres. Estudos de (Oliveira, 2000, p. 20) levaram à descoberta de quantidades inferiores de serotonina nos neurônios das mulheres, responsável por várias funções fisiológicas. Para o autor, *As alterações dos níveis hormonais, principalmente estrógeno e progesterona, parecem ter um poderoso efeito sobre os estados de humor das mulheres. Esses níveis sofrem alterações durante os vários estágios da vida, entre os quais, os ciclos menstruais, período pós-parto e o climatério.*

Segundo dados contidos em relatórios da instituição, o HD em estudo, trata-se de um serviço que atende a pacientes apresentando quadro de transtornos mentais enquadrados com diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID)10 de F20 a F29/F31.

A lógica predominante deveria ser diferenciada das instituições tradicionais que centralizam a tomada de decisão da assistência na figura do médico, principalmente na detecção dos sinais e sintomas para a hipótese diagnóstica, a qual se torna um passo para a elaboração da assistência a ser prestada ao paciente, utilizando de recursos humanos e hospitalares para esta finalidade. Este fato, ainda, se configura com importância peculiar, pois o paciente ao ser admitido, muitas vezes, se encontra diante somente da figura médica.

Entretanto, esta realidade vem sendo dissipada pela nova tendência nas instituições em desenvolver um trabalho interdisciplinar, onde as ações passam a ser de uma equipe, sem predomínio de um profissional sobre o outro.

Este último aspecto denota uma posição contundente, pois ao desconsiderar um acompanhamento do diagnóstico provável para um definitivo, também se perde a vantagem da determinação da evolução do paciente, através daquilo que é manifestado pelo paciente, além de

subestimar toda uma área de estudo voltada para a psicopatologia. Embora, o que se recrimina é o ato de somente taxar o paciente com um diagnóstico e inserção de sua medicação específica, sem avaliar as mudanças bio-psico-socio-espirituais existentes em sua vida, prática de um sistema asilar, de segregação, o qual se torna imprescindível o desvinculamento de concepções e ações atreladas a um saber e uma prática anteriormente tão difundida.

Torna-se imprescindível um repensar dessa prática profissional, mudando o objeto de intervenção da doença para a existência-sofrimento da pessoa, conforme prevê a Reforma Psiquiátrica em andamento.

Percebemos que o HD em questão passou por uma remodelação da assistência, em que os profissionais tiveram papel fundamental no âmbito dessas mudanças. Esse processo traz dificuldades na superação de modelos já arraigados, conforma destacado por Moreno (2000, p. 28):

As dificuldades internas da equipe passavam por sincronizar sua atuação. Os profissionais vinham de experiências diferentes e iniciavam uma nova proposta de atendimento. O desafio era transformar as relações entre profissionais dentro de uma Instituição de formação médica, onde o tratamento estava centralizado na figura do clínico. [Em que,]o diagnóstico e a medicação assumiam um papel relevante e as outras atividades eram acessórias no programa terapêutico.

Há uma grande dificuldade em determinar se paciente precisa ou não de internação, conforme ressaltam Rottelli e Amarante (1992, p. 11)

Qualquer um que trabalhe em hospitais psiquiátricos aprende que uma de suas tarefas mais árduas é a definição de critérios para a internação das pessoas. Isso quando há de fato um desejo de tratá-las. Quando não há é muito simples: caiu na rede é peixe. Agitou, gesticulou mais espalhafatosamente, virou paciente psiquiátrico. (...) Não existe(m) sintoma(s) que sejam capazes de determinar a internação de alguém, deve-se considerar a escuta como forma de apreender esta necessidade.[A priori, nenhum diagnóstico, nenhum sintoma deve justificar uma internação] Duas pessoas com o mesmo diagnóstico, uma pode precisar ficar internada e a outra não. Para saber é preciso escutar. Ter interesse em conhecer a história das duas que, apesar de terem o mesmo diagnóstico, certamente têm biografias muito diferentes. Esta é uma condição simples que define uma das maneiras antimanicomiais de lidar com a loucura.

Em relação a mudanças ocorridas ao nível dos profissionais vinculados ao Serviço em Saúde Mental, foi necessário que os profissionais que fossem trabalhar no HD, modificassem também – e antes que todas as pessoas o fizessem – sua concepção de loucura, sem o que não

poderia ser agente transformador dessa realidade, ainda, majoritária – predominante, com medidas que evitassem a segregação social do paciente (MACEDO, 1996).

Muito a epidemiologia contribuiu com a Saúde Pública, através da História Natural da Doença, porém poucos foram os seguidores de Freud que analisaram a Psicoterapia da Vida Cotidiana. Isso evidencia que as ciências da saúde não dão a devida importância a experiência humana.

Para Campos (1992) a depressão em alta, a loucura suscita questões psiquiátricas, sociológicas, filosóficas e políticas, o que torna difícil adotarmos um posicionamento neutro quando esclarecemos problemas que lhe dizem respeito, pois a loucura não se apresenta como fato, mas, como um problema.

**Tabela 9 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto ao número de drogas utilizadas, em valores absolutos e relativos. Fortaleza-Ce, 2004.**

MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA	F	%	M	%	TOTAL	%
Três drogas	35	20,3%	25	14,5%	60	34,9%
Quatro drogas	23	13,4%	21	12,2%	44	25,6%
Não consta	9	5,2%	21	12,2%	30	17,4%
Duas drogas	9	5,2%	6	3,5%	15	8,7%
Cinco drogas	6	3,5%	7	4,1%	13	7,6%
Seis drogas	4	2,3%	1	0,6%	5	2,9%
Droga única	0	0,0%	3	1,7%	3	1,7%
Sete Drogas	0	0,0%	2	1,2%	2	1,2%
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>

Com maior incidência têm-se pacientes fazendo uso de duas a cinco drogas, sendo que os que utilizam três drogas perfazem 60 (34,9%); seguido por quatro drogas com 44(25,6%) e com quase o mesmo número para duas e cinco drogas, respectivamente, com 15(8,7%) e 13(7,6%) pacientes.

O surgimento dos medicamentos antidepressivos e neurolépticos deram-se no final da década de 50, fazendo prevalecer o otimismo em relação ao prognóstico dos transtornos mentais (SILVEIRA, BRAGA & MARTINS, 2000; FLECK, 1996).

Para Zusman (1995, p.2) a questão medicamentosa aplicada aos pacientes assume distinção,

(...) quando comparamos um Hospital-dia a um CAPS. No Hospital-Dia pode ser necessária a aplicação durante o dia. O que fala mais alto no período de crise é a porção mais ruidosa da loucura, são os delírios, as alucinações, a inquietação motora e a confusão mental. Predominam as manifestações narcísicas e o maior distanciamento da realidade (desinvestimento libidinal nas relações objetais). A medicação, agindo na redução destes sintomas, facilita o re-estabelecimento do contato do paciente com o meio e seu reinvestimento nas relações com o objeto.

Louzã Neto (1998) adverte a revolucionária descoberta do efeito antipsicótico e sedativo da clorpromazina, na década de 50 para esquizofrênicos, sendo que a partir desse momento, diversos tipos de medicamentos antipsicóticos (AP) tem tomado impulsos grandiosos, sendo desenvolvidos e atualmente considerados imprescindíveis no tratamento da esquizofrenia. Os AP são usados na fase aguda, para controle de sintomas, e na fase de manutenção, para prevenir recaídas. É importante também salientar que na fase aguda o mecanismo de ação dos AP tem que

possuir uma latência entre o início de sua utilização e a resposta clínica do paciente. Assim, não é imediata a manifestação do efeito terapêutico, podendo demorar algumas semanas.

Entretanto, Pitta (1996) lembra para não incorrer no erro refletido pelas práticas estereotipadas que ocorrem em todas as profissões ligadas a saúde mental. De forma que se cristalizam procedimentos que não tem qualquer relação com o tratamento do paciente. Os casos ditos crônicos, por exemplo, são tratados com menos intervenções profissionais; os casos de psicose são considerados exclusivos da esfera médica e a hierarquia de práticas junto aos pacientes leva à impressão de que ministrar remédios tem mais importância que sair com o paciente, do que escutá-lo.

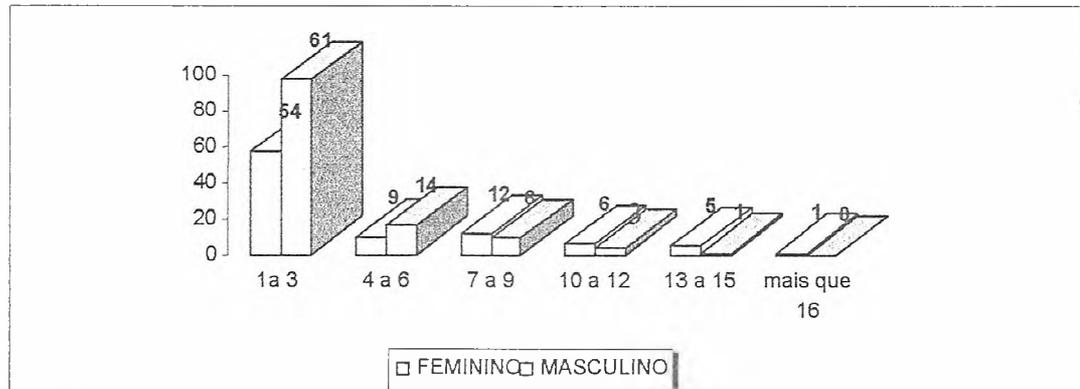
Este posicionamento ficou bem mais evidente ao se fazer a pergunta na anamnese, especificamente na História Mórbida Atual (H.M.A.), sobre quais medicamentos o paciente vem fazendo uso. O prontuário que é realizado pelo profissional psiquiatra reflete a maneira de se realizar as práticas denominadas de preconceito tecnológico, um preconceito que leva cada profissional a fazer exatamente o que assimilou de um repertório de comportamentos convencionalmente moldado por sua profissão, sem se preocupar de fato com o paciente que está sob seus cuidados. Assim, redundaria um não tratar tudo o que se fizesse fora desde repertório – o que em muitos casos implica atender o paciente e afastar atitudes profissionais solidamente estabelecidas (PITTA, 1996).

O terapeuta deve se comportar da melhor forma que lhe convier, agindo com espontaneidade, embora sabendo que no momento da anamnese inicia-se um relacionamento terapêutico, em que se deve ter uma noção mais ou menos precisa dos seus limites e do outro.

Para Fleck (1996, p.47), *O surgimento constante de novas drogas antidepressivas e a eficácia das drogas clássicas, aliados a técnica psicoterápicas específicas para depressão, proporcionaram avanço inquestionável no tratamento agudo dos episódios depressivos.*

Embora, reconheçamos os inúmeros benéficos da medicação e sua repercussão para a ressocialização do paciente, precisamos estar atentos aos benefícios e possíveis malefícios decorrentes do uso, bem como, a dificuldade de compreensão na atuação e feitos adversos dos psicofármacos diante do aumento no arsenal terapêutico psiquiátrico, advindo daí total dependência, principalmente no problema financeiro de obtenção do medicamento requerendo assim, uma internação em serviço parcial sem a devida necessidade.

**Gráfico 9 - Distribuição dos pacientes assistidos pelo Hospital-dia por quantidade de internações, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**



Estes dados se tornam mais representativos à medida que se reconhece que, para cada paciente do sexo feminino a uma média de 4 internações, além de podermos observar que cada paciente permanece uma média de 124 dias e cada internação dura em média, 31 dias. Enquanto que no sexo masculino, a média de internação é de 3 para cada paciente, além deste permanecer cerca de 108 dias e cada internação ter uma duração de 36 dias.

Os dados mostram que o número de internações varia de acordo com o sexo, de forma que no masculino é maior do que os do sexo feminino, quando se observa variações do número de internações de 1 a 6 e de 4 a 6 internações. Este fato se deve à alta rotatividade de pacientes do sexo masculino. Requerendo que haja maior preocupação, pois é a partir deste dado que podemos observar que está tendo uma incidência levada de reinternações. Suscitando dúvidas quanto a qualidade do serviço prestado. Através deste panorama, podemos até pensar que estamos contribuindo ao fornecer elementos ao próprio serviço de que esse serviço não está sendo eficaz/eficiente, a proporção que é observado reinternações seguidas.

De acordo com os resultados apresentados, as mulheres costumam permanecer mais na instituição, talvez devido ao fato da profissão desempenhada pelas mesmas ser caracterizada como prenda do lar.

A fim de melhor entendimento da diferenciação entre os sexos, Araújo (2000, p. 86) afirma que *A trajetória de consolidação das identidades de gênero e a vivência dessas identidades são permeadas por dificuldades, tensões, descobertas e realizações.*

De acordo com Silveira (2001) devemos reconhecer que o termo gênero, nos últimos anos, vem causando uma certa polêmica, por ampliar a discussão das relações sociais entre homens e mulheres, sendo moldadas por determinantes históricos, ideológicos, étnicos, econômicos e

culturais. O conceito parece acenar imediatamente para a idéia de relação; os sujeitos que se produzem em relação e na relação. Portanto, gênero é fundamentalmente uma construção social e histórica.

Ao buscar a definição sobre gênero, Scott (1993, p. 41) tem a concepção de: *Um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexo, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder.*

Ao verificar a questão de gênero e sua manifestação em cada sexo, podemos resgatar da história formas distintas de se perceber esse aparecimento. Como é citado por Brasil (2001); Pontes (1998, p. 11) em que atribuíam na Grécia Antiga, bem antes de Hipócrates, mais exatamente 2000 a.C., a descrição de histeria ao deslocamento do útero, também chamado de histero, de hysteron (matriz), ao cérebro, ou seja, *já tinham a idéia de que o útero estaria ligado à histeria, causando dificuldade respiratória, desmaios, através da compressão de outras vísceras, devido a falta de atividades sexuais.* Era recomendado para este caso, o casamento para viúvas e moças, além de banhos com ervas para o retorno do útero a sua posição original. Ao contrário, do que se preconizava na Grécia, em Roma era largamente difundido que a retenção do líquido feminino pela abstinência sexual era causa de envenenamento do sangue, ocasionando convulsões. Esta mudança de concepção transformou a causa da histeria em sexual-bioquímica em vez de sexual-mecânica. Aos homens era atribuído o aparecimento dos distúrbios psiquiátricos a retenção do esperma e como forma de aliviar as tensões, recomendava-se as relações sexuais e a masturbação.

Através da experiência podemos identificar que o sofrimento psíquico é expressado de forma bem peculiar conforme alguns aspectos, tais como: sexo, classe social, idade, espiritualidade. Lembro-me de certa vez, ao participar do estágio em Saúde Mental, a professora nos advertiu que ao chegar na ala feminina, as pacientes se mostrariam mais receptivas ao toque, enquanto na ala masculina, veríamos o contrário. Tal fato foi constatado e até ratificado pela enfermeira do setor que apresentou como motivos: uma maior exacerbação da libido nas mulheres, manifestada ela ânsia de sentir-se mais bonita e atraente do que os homens.

Vale salientar a questão do papel da mulher atualmente, na sociedade, que pode ser relatada por Oliveira (2000, p. 57) que abordam a assistência à saúde da mulher. Este mesmo autor lembra que as mulheres estão liderando setores que lhes têm trazido muitos prejuízos, associada a *dupla ou tripla jornada, juntamente com a chefia do lar sem a presença do companheiro e o consumo freqüente de tranqüilizantes.*

Parece ser bastante elevado o ônus que as mulheres têm pago pelo reconhecimento de seus direitos fundamentais como cidadãs. Para Zugaib (1997, p. 59) o preço que a mulher pagou para ganhar independência financeira foi somar a jornada de trabalho fora de casa ao trabalho doméstico. *As marcantes transformações corporais que a mulher enfrenta no seu ciclo de vida trazem-lhes significativos impactos, pois se constituem em novas realidades que precisam ser elaboradas psicologicamente e enfrentadas objetivamente.*

De forma que a determinação do processo saúde-doença mental está intimamente relacionada com as condições de vida enfrentadas por essas mulheres. Corroborando com este fato Oliveira (2000, p. 14) afirma que

A mulher, ao longo da história, foi conquistando cada vez mais seu espaço na sociedade, foi galgando o mercado de trabalho, numa competição desigual. Contudo, suas atividades profissionais não conseguiram isentá-la completamente das tarefas domésticas, acumulando responsabilidades de ordem familiar e social. Na vida contemporânea, ela exibe sua força com poder de exercer uma profissão, além da sobreposição de papéis. Essa nova condição expõe a mulher a freqüentes situações de estresse, perdas, doenças e outros fatores, os quais concorrem para alterações de comportamento e de adocimento psíquico.

De acordo com Araújo (2000) no que se refere aos homens, pouco, ou quase nada, tratam sobre suas relações afetivas, voltam-se, quase sempre, para a relação com o trabalho e/ou com a militância sindical e política. Um fato contribuinte para o sofrimento psíquico se encontra na frustração na perspectiva de crescimento, embasada pela possibilidade de se desenvolver nos estudos, devido ao envolvimento nos movimentos sociais. O papel masculino se refere ao campo da subjetividade, que por sua vez, está relacionada a realização dos processos de trabalho.

O tipo de militância que é exercido não mais satisfaz plenamente, deixando uma lacuna nas questões pessoais e afetivas –sendo, portanto, geradora de sofrimento psíquico; expressão de cansaço, relacionado ao acúmulo e trabalho e a tensão decorrente das expectativas em relação ao trabalho da militância sindical e política, ao distanciamento da família, à dificuldade em consolidar relacionamentos amorosos e à impossibilidade de continuar os estudos; histórias de impotência sexual masculina, o que foi chamado de *fracasso*, como objeto de frustração das mulheres; a emergência da preocupação com a violência urbana, relacionada à migração ARAÚJO, 2000, p. 92).

A sociedade estabelece continuamente um estilo de vida que se torna propício ao surgimento do sofrimento psíquico. Entretanto, um estímulo considerado como capaz de provocar

sofrimento psíquico, poderá ou não se apresentar como tal, dependendo de determinantes que o atenuem ou o fortaleçam.

De acordo Oliveira (2000, p. 17), o alvo da nossa realização está proporcionalmente atrelado ao desejo da presença do outro, muitas vezes, é

(...) o sentido da própria existência que se busca quando se anseia chegar à plenitude, a crescimentos afetivos e emocionais equilibrados. Em contraposição, surgem os sofrimentos que a própria vida apresenta e, nessa situação, não há receitas de condutas a serem adotadas, porque as saídas se modificam de pessoa para pessoa, e até no mesmo indivíduo, devido às mudanças de fases da vida. Desse modo, o sofrimento, ocasionado pela condição do homem, mostra esses aspectos que podem reverter-se em fatores positivos, impulsionando a pessoa a buscar outras possibilidades de ajuda, promovendo modificações pessoais e sociais.

Progressivamente nos encontramos em evolução, tentando nos acomodar ao diferentes fatores internos e externos que nos colocam a prova, através de mecanismo de adaptação.

Ao constatar que tem uma série de reincidência, o serviço pode não está sendo tão resolutivo quanto deveria, considerando-se que o mesmo se propõe a ser um elemento de reinserção do paciente na família e na sociedade. Não só o serviço não está sendo resolutivo como também ele tem limite e, a partir daí, deveria ser usado a rede de atenção e de parceria, não se restringindo somente a serviços específicos de Saúde Mental, de forma que o HD adquirisse a postura de elemento intermediário, de ligação, devendo fazer parcerias com esses outros serviços.

Não só o serviço não se encontra apresentando resolutividade, como o serviço também oferece limites, a partir daí deveria ser usado a rede de atenção e de parceria, não se limitando somente a serviços específicos de Saúde Mental, tais como: ambulatório, CAPS – como elemento de ligação entre os serviços da rede de Atenção em Saúde Mental e da rede de parceria, mas uma maior abrangência envolvendo a própria comunidade, a igreja, os grupos de auto-ajuda.

Então, dessa forma, poderia haver elementos para se levantar hipóteses – uma delas: Será que não já existe esse tipo de relação, verificamos que durante a última evolução do paciente após alta melhorada, observamos que existe um encaminhamento, mas não é referido para onde, nem como será realizado, enfim, informações sobre sua nova caminhada; ou mesmo, podemos perceber que o vínculo familiar é fraco, e portanto se a instituição não faz vínculo com o próprio familiar, que é a pessoa mais próxima do paciente, que se constitui em um dos objetivos do HD, então se imagina com o resto da população. Entretanto, não se deve confundir episódios – recaídas - com número de internações.

Ao levar em consideração uma série de achados identificados ao ter traçado o perfil do paciente assistido pelo HD, tais como: a reincidência de casos e tempo de permanência elevados, pode se considerar que será que o HD está se propondo a ser uma estratégia de sobrevivência das instituições hospitalares?

Neste sentido, há duas correntes: a favor, que percebe esse fato realmente como estratégia de sobrevivência. Fato que é atribuído à própria dinâmica da instituição, incluindo técnicos e localização – anexa ao hospital psiquiátrico (a meia parede da instituição), exercendo a mesma lógica da instituição total. Embora para Zusman (1995, p. 65) ao se questionar qual o serviço melhor a oferecer a um paciente, hospital-dia ou CAPS? O que se pretende com estas e com outras formas de assistência é aumentar a oferta de opções de tratamento ao paciente psicótico e concordam com a idéia de que para se ter um hospital moderno torna-se necessário várias formas de assistência sob uma mesma administração.

Portanto, torna-se essencial desinstitucionalizar, principalmente os profissionais, por serem de um sistema aberto, a fim de repercutir uma nova consciência no paciente, como na família, para assim tomar proporções maiores. Os profissionais continuam institucionalizados, então não é só criar um espaço físico e colocar uma placa, mas que significado tem aquele HD, e até que significado tem aquele tipo de hospitalização, pois se pode ter uma hospitalização com internação integral que seja muito mais aberta do que uma hospitalização diurna, ou que o próprio HD como estrutura aberta. Trata-se de um processo dinâmico a serem colhidos frutos a longo prazo, o estigma permanece ainda hoje, principalmente pelos resquícios advindos da história da humanidade e que ainda repercute negativamente na visualização da queixa principal, onde o paciente alega preconceito e que disto advém a internação, conseqüentemente, como forma de *acolhimento e apoio intensivo que são próprios a esta modalidade de assistência* (ZUSMAN, 1995, p. 65). Acrescenta, ainda:

Portanto, o século XVII, marca um tempo de silêncio da loucura, do qual não conseguiu sair por longo período. O louco, na época, por ter sido agrupado juntamente com vagabundos, libertinos e criminosos, formou laços de parentescos que não se romperam, mas permaneceram nas representações sociais e no imaginário coletivo. A loucura estabeleceu um parentesco, com as culpas morais e sociais, que parece longe de ser rompido, contribuindo para o processo de estigmatização do louco.

Assim, o paciente necessita estar entre iguais, estabelecendo vínculos com pessoas que o compreendem e que o não inferioriza.

Porém, é bom lembrar que durante a Reforma Psiquiátrica foi identificado um problema, baseado na renovação dos equipamentos públicos que culminou na seguinte questão: os programas de saúde mental estratificados entre muitas instituições não conseguiam a adesão dos pacientes psicóticos e, também, tornavam difícil o seguimento dessa clientela. De maneira que esta clientela continuava sem lugar pra se tratar. Daí, a incessante busca em construir lugares em que estes pacientes reconheçam como referência e ambiente de tratamento.

Os resultados mostraram que o serviço do hospital-dia consegue alcançar os fins a que se propõem, embora alguns obstáculos que precisam ser superados para o alcance dos marcos conceituais atenção integral e a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, que devem sustentar o este modelo de atenção à saúde mental. Que embora se perceba a valorização da interação com a família e com a comunidade, o trabalho com a primeira ainda é mais atuante do que com a segunda, ainda sendo muito incipiente. Isto ocorre devido à *falta de uma delimitação específica da área de abrangência do hospital-dia o qual constantemente atende usuários de outras áreas*. [Daí a necessidade] *em desenvolver estratégias de integração e estímulo da participação da comunidade, procurando conhecer na comunidade recursos que possam ser utilizados na reinserção do usuário* (SILVEIRA, BRAGA E MARTINS, 2000, p.155-157).

Pitta (1996) afirma que a função mais importante é receber cada pessoa do jeito que é, garantir sua particularidade. Assim, é preciso que desde o primeiro instante que o paciente chegue à instituição busque-se estabelecer um ambiente no qual ele perceba a seriedade com que suas falas e ele próprio são acolhidos, caso contrário há o risco de perdê-los já no primeiro contato da instituição. Não há na psicose, muitas vezes, chances para uma segunda tentativa. A triagem, o recebimento do paciente, o acolhimento são funções conjuntas e importantes. Atualmente há uma triagem única que se empenha em identificar no contato com o futuro usuário, família ou acompanhante, qual o melhor projeto de tratamento.

Porém, esta atividade exige participação, além de envolvimento a curto e longo prazo. Pois, não se tem acompanhamento, a referência e contra-referência não se apresentam de forma efetiva.

Tem que partir do conceito e da filosofia do próprio serviço e das pessoas que estão inseridas neste serviço, que são essas pessoas que fazem esta instituição. Essas instituições a gente tem que ter o cuidado de fazer uma avaliação mais crítica em relação a elas, porque elas estão sendo realmente criadas como estrutura de sobrevivência. O hospital foi muito lucrativo hoje é obrigada à diminuição de leitos, onde existe mais controle sobre essas internações indiscriminadas. Então, o

que é que sobre a gente fecha o hospital ou então a gente cria uma série de dispositivos substitutivos que continua com a mesma lógica. Então, a gente tem que está atento para essa análise mais crítica, que a coisa não é tão boazinha, bonitinha, tão arrumadinha, tão ingênuas.

De acordo com a Portaria nº. 224, de 29 de janeiro de 1992, que regulamenta a assistência em Saúde Mental através das seguintes diretrizes, entendendo aqui como um conjunto: garantia da continuidade da atenção nos vários níveis de complexidade assistencial, e portanto o sistema de referência e contra-referência através do relacionamento entre as partes do sistema quanto ao encaminhamento (PAIM, 1998)

Em relatório desenvolvido pela instituição pesquisada, atualmente a crítica que se faz ao modelo de atendimento dos HDs diz respeito a: falta de uma maior avaliação destes serviços através de dados estatísticos; a inexistência de critérios definidos para o egresso de seus clientes; rigidez na assistência diária e semanal tendo como consequência sua possível institucionalização em hospitalidade diurna; crítica a qualidade do serviço prestado, em vista da carência de pesquisas nesta área de atuação. Esta indisponibilidade de dados/informações, através de estudos realizados tendo como foco/ objeto de estudo o HD, cria um desconhecimento por parte da população, não recorrendo aos seus serviços e até mesmo da atenção das classes governantes, prejudicando, assim, um maior investimento desse tipo de serviço.

Isto vai contra ao que a Portaria 224/92 prioriza para o atendimento em Saúde Mental, onde aborda que se deve enfatizar a participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução. A participação social trata-se da garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação controle de execução das políticas de saúde, definidas conforme Lima et al. (2000) como o conjunto de ações sanitárias desenvolvidas numa determinada região, num dado momento.

Observa-se que tal fato é uma constante, pois, Zusman (1995) e Campos (1989) já relatam esta deficiência em seus manuscritos, além de verificarmos que no levantamento da história da hospitalização diurna do país, podemos nos deparar com a escassez de literatura nacional a respeito do tema, sendo boa parte das informações obtidas por comunicações pessoais.

De modo que, ao rebuscar textos sobre a temática, encontramos o primeiro serviço a ser avaliado, exposto por Lima (2001), o Hospital-Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu. Nesse estudo foi observado que os portadores de transtornos afetivos e quadros não – psicóticos, geralmente, não necessitam de internação por período integral em hospital psiquiátrico. Contudo, os pacientes deste estudo tiveram um elevado número de internações psiquiátricas prévias,

provavelmente por necessitarem de um nível de atendimento além das possibilidades de ambulatorios; os pacientes como maior número de internações (em tese, mais graves) tenderam a permanecer menos tempo no HD, o que suscita dúvidas quanto a sua adesão a serviços abertos, bem como aos possíveis facilitadores ou não dessa adesão.

Isto mostra que em um momento de crescimento expressivo no número de serviços de internação parcial no Brasil, como nos últimos 10 anos, mais estudos são necessários a fim de esclarecer para quem e para quê são destinados esses serviços (LIMA, 2001; ZUSMAN, 1995).

A Instituição deste estudo vem sendo avaliada, sucessivamente, reduzindo leitos de internação integral e ampliando a assistência extra-hospitalar, em seus diversos serviços.

Passados vários anos, o HD continuava com sua proposta de remissão de sintomas, internação de curta duração, e o acompanhamento dos pacientes no pós-alta se dava no Ambulatório de Psiquiatria da UNESP. Moreno (2000:30) ressalta que: *Ao se "olhar de fora", parecia que a Instituição encontrava-se cristalizada e alheia ao ideário da Reforma Psiquiátrica.*

Diante do objetivo fundamental que era a desospitalização, pela própria redução de leitos, o paciente tinha que necessariamente se agregar a algum recurso assistencial disponível (ambulatório, HD), mas que também tinha que atender à produtividade vigente, remissão dos sintomas em curta duração. Evidenciando assim, o passeio psiquiátrico, como opção para atender aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e necessidades do paciente.

De forma que a expectativa passou a ser diferenciada, não se limitando apenas a remissão dos sintomas. Devido a isso, o tempo de internação foi se estendendo e o projeto terapêutico tem, atualmente, como objetivo a resolubilidade dos problemas cotidianos do paciente, como: falta de emprego, contas de água e luz atrasadas e gastos exagerados, aliados aos medos, angústias, delírios e alucinações. Passou a ser utilizado para o tratamento vários referenciais teóricos, propondo ao artesanato da clínica do sujeito, a busca da escuta da pessoa, do intercâmbio, da produção do valor social e da produção do sentido (SARACENO *apud* MORENO, 2000).

Este fato propiciou a reunião de dados que contemplam o tempo de internação, apresentando como vantagem uma mudança no enfoque do atendimento e implementação de ações com vistas a autonomia da pessoa em sofrimento psíquico, em contraposição, decorrente disso, aumenta-se a demanda, com o agravante da equipe continuar sendo constituída pelo mesmo número de profissionais.

Para Rottelli e Amarante (1992, p. 10) a lei propõem a extinção progressiva dos manicômios e não das internações. *A grande polêmica que gira em torno do projeto de Lei de Paulo*

*Delgado que propõem a extinção progressiva dos manicômios inserra-se na seguinte questão: internar ou não internar e tem como origem outra questão: que fazer com os loucos?*

Ortiz e Tostes (1992, p. 274) afirmam que

Outra questão importante é a idealização. Geralmente os familiares idealizam pelos extremos e se frustram porque não conseguem lidar com os filhos como eles realmente são. Existe, ainda, uma supervalorização atribuída ao hospital-dia, que é visto como tábua de salvação. Idealizam os terapeutas todos aqueles que julgam mais competentes para dar uma orientação capaz de resolver seus problemas. Além disso, buscam apoio em diferentes religiões, criando um discurso próprio sobre a doença.

Contudo, o que ainda se vê é a dispersão de tempo e energia na acusação de quem é o responsável pelo (re)estabelecimento do sofrimento/equilíbrio psíquico, como afirma Braga (1999, p. 1), há uma

guerra civil interinstitucional entre família e hospital, acusando-se mutuamente de negligência ou abandono, [chamando a atenção do autor], devido à repetição constante e a provável capacidade de influenciar o processo saúde/doença do indivíduo. A situação pode estar ligada à dinâmica familiar frente ao indivíduo portador de transtorno mental e ao funcionamento das instituições psiquiátricas, onde quase sempre uma atribui à outra responsabilidade total sobre os fracassos e à si mesmas sobre os sucessos dos processos de atenção.

Tapia (2000, p. 397) aponta para a *Identificação de riscos de reinternação devido a expectativas familiares muito altas. Isto merece preocupação.*

O fator social, no qual favorece em recaídas ou recidivas, daí, o tratamento do paciente ser acompanhado de uma terapia familiar ou mesmo comunitário, para parentes que adquirem comportamento excessivamente crítico e intrometido sobre o esquizofrênico (MAIA, 1997).

O risco de recaída é grande mesmo depois de períodos longos de remissão da doença. Dessa forma, é preciso que o tratamento continue, pelo menos, durante dois anos após o primeiro surto ou cinco após o segundo surto (LOUZÃ NETO, 1998).

Estudos indicam que o tratamento intermitente, ou seja, suspensão da medicação após o período de estabilização, em detrimento ao observado no tratamento contínuo, aumenta o risco de recaída e não traz nenhum benefício adicional em termos de efeitos colaterais ou qualidade de vida.

A relevância da reabilitação vocacional se dá por constatar que na maioria das vezes, os pacientes não podem ou não conseguem desenvolver a atividade para a qual se preparavam ou em que estavam formados, auxiliando o paciente na escolha de uma atividade ou na mudança para

outra, em virtude da incapacidade dos pacientes em conseguir uma idéia precisa de suas limitações. Em virtude da doença, tornam-se mais vulneráveis a situações de estresse, limitando suas possibilidades em ambiente de trabalho. O desenvolvimento em terapia ocupacional de atividades, bem como, em oficinas abrigadas ajuda na determinação da tolerância que o paciente tem às situações de esforço físico e mental.

A alta incidência de remissões com transtorno do humor se deve, muitas vezes, por se refletir mais como um estilo de vida do que uma doença, como é justificado por Fleck (1996, p. 43)

O seguimento dos pacientes a longo prazo com delineamentos metodologicamente mais evoluídos tem evidenciado que o prognóstico dos transtornos de humor não é tão benigno. Ausência de remissão, remissões tardias, remissões parciais com sintomatologia residual, recaídas e recorrências são desfechos bastante freqüentes.

Como fatores predisponentes de recorrência para o transtorno bipolar, aponta variáveis sociodemográficas e variáveis de história familiar, eventos de vida, suporte social e relações interpessoais, variáveis biológicas, variáveis de tratamento. Os pacientes com episódio mais tardio (acima dos 40 anos) têm tendência a ter um intervalo livre mais curto do que os pacientes mais jovens, ou seja, pacientes com idade avançada têm maior risco de recorrência. Pacientes bipolares têm mais episódios que os unipolares, de modo que os dados sugerem que tanto os pacientes unipolares quanto os bipolares tiveram melhor adaptação psicossocial à medida que se afastavam do episódio agudo. Em relação aos Eventos de vida, suporte social e relações interpessoais, o autor aponta que o número de eventos de vida negativos experimentado nos últimos meses, a presença de alto nível de emoções expressadas na família e as críticas percebidas pelo cônjuge predizem recorrência em pacientes deprimidos (FLECK, 1996).

**Tabela 10 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia por tempo de permanência, em valores absolutos. Fortaleza-Ce, 2004.**

PERMANÊNCIA	F	M	TOTAL
1d a 30 d	22	34	56
31d a 60d	16	19	35
61d a 90d	6	12	18
91d a 120d	7	4	11
121d a 150d	6	6	12
301d a 360d	6	4	10
211d a 240d	5	2	7
151d a 180d	3	5	8
181d a 210d	3	2	5
241d a 270d	3	3	6
421d a 480d	3	2	5
271d a 300d	1	2	3
361d a 420d	2	1	3
481d a 540d	2	0	2
541d a 600d	1	0	1
601d a 660d	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>86</b>	<b>172</b>

Esperávamos que o maior número de pacientes estivesse entre 31 e 60 dias, devido o HD ter a determinação de oferecer alta ao paciente nesse período. O qual foi a nossa surpresa ao identificarmos que o período de permanência de maior incidência foi de 1 a 30 dias, tendo um quantitativo de 56 pacientes, seguido pelo tempo de permanência de 31 a 60 dias com 35 e por 61 d a 90 d com 18 pacientes, sendo que o sexo masculino predominou em todos os períodos supracitados.

É importante ressaltar que, à medida que os espaçamentos de tempo se alongavam, menor era o número de pacientes, com igual predominância para ambos os sexos.

Campos (1989, p. 30) relata situações que não são divergem tanto das observadas no HD estudado

O encaminhamento de pacientes com distúrbios emocionais para a hospitalização diurna não se resume a uma indicação correta do ponto de vista exclusivamente clínico. A experiência tem mostrado que pacientes com quadros clínicos semelhantes, recebendo os mesmo cuidados, evoluem às vezes, de forma diferente. Existem os que melhoram no HD e pioram no fim de semana; os que não conseguem vir ao serviço de forma regular; as famílias ausentes ao tratamento; as que se empenham e participam; pode-se, enfim mencionar uma gama de situações que se repetem ao longo do tempo.

Conforme Pitta (1996) alguns fatores foram apontados, na implantação do CAPS e que foram importantes subsídios para a constituição deste, tais como a observação da equipe acerca de certos procedimentos adotados pela psiquiatria que apresentavam resultados insatisfatórios no que se refere a um prazo longo para os pacientes graves. De modo que, esses procedimentos levavam, basicamente, à internação do paciente em locais inadequados e por períodos prolongados, sem o devido acompanhamento da equipe, implicando consultas rápidas, com intervalos longos, centralizando-se o tratamento apenas no médico e na medicação. Daí, a preocupação em desmontar certo saber negativo da Psiquiatria, e criar um outro saber.

Pitta (1996) afirma, ainda, que o funcionamento do HD, uma vez que se consiga um vínculo em uma instituição, este deve ser mantido e os procedimentos de tratamento/reabilitação devem ocorrer num mesmo local, com a mesma equipe, como exemplo do CAPS.

Levando em consideração 730 dias, equivalente ao período de 2 anos, podemos levantar a quantidade de pacientes que tem mais de 300 dias de internação, isso significando uma incidência extrema de permanência no Hospital-dia. Olhando a tabela 20 e tentando analisar as informações contidas, pegando um total de pacientes, independente do sexo, nota-se que o total de dias de internação de mulheres correspondeu a 11.934 dias e homens com 12.448 dias. Desse modo, a média de dias de permanência <sup>2</sup> das mulheres foi de 31 dias, enquanto o de homens 36, revelando-se com maior permanência.

A relação entre tempo de permanência e queixa principal sendo a ociosidade, para Macedo (1996, p. 77), a *justificativa para continuação do tratamento no hospital-dia, como diarista, incide principalmente na ocupação, na não ociosidade, pois lá existem atividades programadas e voltadas especificamente para a clientela, o que não acontece em casa.*

Alguns aspectos desfavoráveis relatados pelos pacientes para hospitalização parcial se deve a gravidade do quadro como fator limitante, pois os mesmos precisariam de maior segurança e proteção. Para Campos (1989, p. 33), (...) *o isolamento significa proteger a família do paciente.*

Não havendo uma preocupação com a alta do paciente, ressurge a antiga acusação de que se estaria criando um novo modelo de asilo. Não há nenhum problema com este tipo de alegação, desde que se pudesse essa permanência por acolhimento, o que antes era restrição. É isso que nos mostra Warsow<sup>7</sup> ao ser citado por Zusman (1995:64):

---

<sup>2</sup> Fórmula para o cálculo da média de permanência corresponde a divisão entre o Total de Dias Internado/ Total de Internações.

A evolução de longo prazo de uma doença não se desfaz por decreto. Necessário é poder oferecer ao paciente o acompanhamento a longo prazo que ele precisa, com uma equipe preparada para lidar com a frustração de ver os seus próprios "desejos de cura" não realizados.

Os pacientes buscam, no decorrer do processo saúde/doença, uma solução para seus males e revelam a saída da instituição como o término da dependência, se apresentado a possibilidade de proporcionar oportunidade de tornar-se independente da equipe que o assiste e realizar suas aspirações, o que não é experienciado por eles no hospital-dia.

Ao nos reportarmos aos recursos assistenciais incentivados pela Reforma Psiquiátrica, pergunta-se: é levado em consideração aqueles pacientes que, por algum motivo, não interagem mais com o ambiente familiar, mas que erguendo a bandeira da ressocialização? Prima-se pelo contato entre paciente e família, sem medir conseqüências que podem vir a influenciar a própria terapêutica?

**TABELA 11 – Distribuição dos pacientes internados no Hospital-Dia quanto ao tipo de alta, em valores absolutos e relativos e o sexo. Fortaleza-Ce, 2004.**

TIPO DE ALTA	M	%	F	%	TOTAL	%
Alta Médica Melhorada	46	26,7%	44	25,6%	90	52,3%
Não Consta	18	10,5%	23	13,4%	41	23,8%
Alta por Abandono de Tratamento	12	7,0%	14	8,1%	26	15,1%
Alta a Pedido	5	2,9%	2	1,2%	7	4,1%
Alta por Transferência	4	2,3%	2	1,2%	6	3,5%
Alta Inalterada	1	0,6%	0	0,0%	1	0,6%
Alta por Evasão (Fuga)	0	0,0%	1	0,6%	1	0,6%
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>86</b>	<b>50%</b>	<b>172</b>	<b>100,0%</b>

De acordo com a tabela 11, a alta médica melhorada foi o tipo de alta mais preponderante, constando em 90 prontuários (52,3%); em 41 dos prontuários (23,8%), observamos que não constava o tipo de alta. Vale salientar que destes havia aqueles que estavam internados pela primeira vez no HD, portanto, não deveriam ter o tipo de alta anterior. Enquanto que a alta por abandono de tratamento esteve apresentada em 26 prontuários (15,1%).

Os dados demonstram, ainda, que existe a alta por transferência, mais acentuada no sexo masculino, caracterizada por uma permuta da Unidade de Internação para o HD. Este fato, ainda mais, corrobora com a definição de que o hospital – dia é um intermediário entre a internação integral e o ambulatório. Sendo assim, pacientes que se encontram internados há muito tempo na internação integral são remanejados para o hospital-dia, não tendo critério quanto à permanência, pois também pacientes que já estiveram na hospitalização integral são transferidos para o hospital-dia.

Sobre isto Zusman (1995, p. 66), destaca:

não devem ser vistos como meros trabalhos alternativos que se opõem aos já existente, e sim como eficazes alternativas de tratamento que se somam às demais e renova, com o seu acréscimo, o arsenal psiquiátrico. (...), a maior importância destas práticas é a de poderem contribuir para um refinamento maior das indicações terapêuticas e, portanto da assistência psiquiátrica oferecida como um todo (ZUSMAN, 1995:66).

Houve também a existência de alta por pedido, em 7 prontuários(4,1%), sendo mais evidente no sexo masculino. Mesmo não se sabendo os motivos, inferimos que a dificuldade em ir- vir ao serviço diariamente pode não ter atendidos a expectativas do paciente, dificultando a conciliação entre as tarefas que outrora executava com as atividades prestadas pelo HD.

Embora os dados apontem que em somente 1 prontuário havia alta inalterada, percebemos que esta classificação se manifestou bastante na Queixa Principal, sendo um dos motivos para sua readmissão.

Às vezes, o paciente quer ter alta, mas o mesmo pensamento não é tido pela família, que ainda teme a responsabilidade de passar a conviver integralmente com o familiar. Macedo (1996, p. 77) assinala que: *Muitas são as colocações para justificar a continuidade diarista. Em alguns casos, o próprio doente concorda e quer a redução do número de dias a frequentar, mas a própria família, não acha certo esse procedimento.*

Portanto, apontamos como sugestão para a amenização do caso do preconceito da família em reação à ociosidade do paciente, o que Macedo (1996, p. 79) afirma:

Com essa meia convicção recheada de ambigüidades, a enfermagem pode desenvolver um trabalho bem participativo, envolvendo tanto as famílias que se mostram resistentes ao processo de alta quanto as que a ele se apresentam mais abertas, com relatos de experiências bem significativas.

Principalmente, esta modalidade de serviço possibilita *manter o usuário em tratamento, mantendo seus vínculos familiares, comunitários e empregatícios* (SILVEIRA, BRAGA e MARTINS, 2000, p. 149).

Comungamos com o mesmo pensamento de Sartorius *apud* Zusman (1995, p. 64) ao defender ainda a necessidade de se respeitar tanto às particularidades de cada doente como as modificações pelas quais passa durante o tratamento. *Em termos práticos isto corresponde à necessidade de se ter um programa diferenciado de assistência para cada paciente e de se proceder uma revisão periódica deste programa.*

Chama a atenção o número de altas melhoradas consideradas do mesmo modo em que o número de reinternações se equipara.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi pensado, inicialmente, caracterizar os pacientes assistidos no Hospital-Dia e, conseqüentemente, buscar a identidade dessa instituição. Entretanto, ao nos debruçarmos sobre o tema e depararmos com as dificuldades e complexidade que envolve essa realidade. Para uma maior apreensão da mesma, procuramos aproximar os dados extraídos dos prontuários pesquisados ao referencial teórico sobre a conjuntura da atenção em saúde mental prestada através do sistema de saúde brasileiro, recapitulando um breve histórico baseado no processo de constituição do mesmo.

Percebemos que é o Hospital-Dia é um dispositivo que faz parte do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, em implantação no país, sendo reflexo das situações políticas e econômicas visualizadas na conjuntura socioeconômica atual. Como ilustrativo deste pressuposto, adotamos o próprio reconhecimento da condição de adoecer, que recebe, em diferentes épocas e contextos sociais, denominações diversas, tais como: loucura, doença mental, sofrimento psíquico, definindo a pessoa em sofrimento como louco, doente mental, pessoa em sofrimento psíquico.

Através de um breve rastreamento do termo loucura, sua significação e influência lendária para a determinação histórica da doença, determinada pelos aspectos políticos, econômicos, biológicos e sócio-culturais, fortaleciam a argumentação mitológica a medida que direcionavam o processo de construção desse conhecimento, permeado desde muito tempo até os dias atuais por dificuldades que giram em torno da segregação. Esta segregação, que o doente passou na sua própria história e na da civilização, evidenciada em aspectos distintos, resume-se, principalmente, sobre as aparências estigmatizantes e preconceituosas a que ainda está submetido.

Mediante a resumida retrospectiva da construção conceitual acerca da loucura, pôde-se ter um suporte para compreender como foram os acontecimentos no Brasil. Nesse sentido, a história da loucura seguiu os moldes europeus, acompanhada pelo próprio desenvolvimento das políticas sociais e de saúde pública ocorridas ao nível nacional.

Todos os aspectos foram relevantes nesse estudo, porém os mais evidentes foram observados em relação à evolução clínica, condições de alta e tempo de internamento, profissão, hipótese diagnóstica.

Como era esperado, o presente levantamento não tinha como finalidade essencial demonstrar a eficácia do acompanhamento de pacientes psiquiátricos em HD, embora a

surgimento de pontos intrigantes que necessitarão de outras pesquisas e mais aprofundamento sobre as questões envolvidas.

A atenção à saúde mental em Fortaleza, através dos serviços especializados constituídos, principalmente HD, mesmo diante do número insipiente, tem permitido se esboçar uma cultura de que é possível conviver e tratar as pessoas em sofrimento psíquico fora dos muros dos asilos e manicômios, em serviços substitutivos a essas instituições totais.

Entretanto, em alusão ao asilamento por tempo indeterminado de pacientes em regimes semi-abertos, ainda vale um repensar que busque não somente proibir a criação de novos leitos psiquiátricos, mas, oferecer condições mais adequadas e dignas de cuidar desse tipo de paciente, restituindo-lhe o direito à cidadania e a reinserção social.

Percebemos que a assistência à saúde mental, através dos novos dispositivos de atenção, está sendo moldada e já refletem ganhos no sentido de atingir os objetivos a que se propuseram, mesmo apresentando deficiências que poderão ser sobrepujadas por meio do questionamento contínuo sobre a prática desenvolvida, destacando-se, entre outras: utilização de taxas isoladas como indicadores da adequação do serviço; estudo com aprofundamento sobre a necessidade da população em possuir uma rede integrada de serviços de saúde, que não se resuma somente numa questão meramente quantitativa, mas que englobe a qualidade e a resolutividade dos serviços oferecidos; otimização do sistema de referência e contra-referência; ampliação da rede de assistência, constituída de profissionais capacitados e comprometidos; maximização da utilização da rede social de apoio.

Não considerando os resultados, previstos ou imprevistos, das diferentes experiências vivenciadas por todos que participaram do IID, mesmo que nem sempre tenham atingido os seus propósitos, consignaram um patrimônio teórico, metodológico e humano que merece ser mais bem avaliado e redimensionado por aqueles que se preocupam em melhorar a assistência psiquiátrica no Ceará, independente de suas matrizes teórica, política ou mesmo ideológica.

Os usuários da psiquiatria e de suas instituições e seus familiares esperam por um serviço de qualidade cada vez melhor e com capacidade para resolver os seus problemas, respeitando o nível de competência de suas funções e finalidades, venha de que teoria vier, respeitando-as e interlingando-as para o mesmo fim.

Teorias são necessárias para que se calcule onde estamos e para onde se quer chegar, porém essa meta só será alcançada com o trabalho árduo e diário de uma constante reavaliação do

que se encontra realizado para buscar, assim, aspectos ainda não elucidados, espaços vazios que durante o percorrer da estrada são vislumbrados, para tentar superá-los.

O maior propósito deve está centralizado, não tão somente, em utopias ou em discursos sem aplicabilidade. Torna-se necessário uma avaliação constante, adquirindo posicionamentos fundamentados que possam alcançar mudanças satisfatórias e em benefício do paciente. Aspecto que deve ser estabelecido constantemente através do pensar e repensar da prática exercida por profissionais comprometidos.

É importante ressaltar que foram necessárias reformas e mais reformas e ao retomá-las percebemos que significam enfrentamentos para obter as conquistas que favorecem ao paciente, aos profissionais, aos familiares, enfim, a comunidade.

Embora a pesquisa não visasse, necessariamente, a avaliação do plano terapêutico desenvolvido pela Instituição pesquisa, bem como pelo sistema usado no prontuário eletrônico, perpassa, inevitavelmente, por essas questões. Com o estudo identificamos que muitos pontos que precisam ser repensados e retomados.

Percebe-se, também, que é preciso não só uma transformação na prática profissional, mas também, uma reflexão sobre as políticas de saúde, notadamente, do processo de reforma psiquiátrica em andamento.

Várias propostas de reforma foram surgindo, algumas com visão diferenciada de tratamento para a doença mental, mas, o modelo hospitalocêntrico é ainda o que prepondera. Bem como, a restrita análise do prontuário não responde a todas as questões, pois embora, tenha tecnologia aplicada, existe a necessidade de um maior aprimoramento da forma com que é preenchido, até para que o mesmo atenda as finalidades para qual foi construído.

No que se refere ao primeiro ponto, sabe-se que ao refletir sobre a assistência à saúde mental, não podemos desvinculá-la de um contexto maior que se refere à questão das políticas de saúde que definem e são definidas pelo modelo de assistência à saúde vigente pelo país. Consideramos que nenhum fato histórico se dá isoladamente, ainda que cada um tenha identidade própria. Esses movimentos históricos evidenciam a necessidade de avaliações e mudanças para a conquista de melhor qualidade de vida.

Com este trabalho quisemos contribuir para reflexões que levem a uma assistência mais humanizada a pessoa em sofrimento psíquico, com um atendimento digno, que leve em consideração o ser humano em sua complexidade biopsicosocial e não relegue a segundo plano fatores estigmatizantes e preconceituosos.

Na categoria *A revelação da face da clientela assistida pelo HD*, desde a implantação do prontuário eletrônico, de maio de 2001 até setembro de 2003, destacamos:

✓ a distribuição dos pacientes em relação ao sexo, prevaleceu o sexo masculino. O fato de haver um maior percentual do sexo masculino é atribuído a alta rotatividade dos mesmos;

✓ embora no mesmo período tenha aparecido um número maior de pacientes do sexo masculino em contraposição ao do sexo feminino, percebemos que o mesmo não ocorre com o número de registros/internações, sendo 382 para o sexo feminino e 348 para o sexo masculino. Este fato se encontra intrinsecamente atrelado aos dias de permanência dos pacientes no HD, que estão distribuídos em 11.934 dias de permanência no Hospital-dia para o sexo feminino quase equiparado ao do sexo masculino, 12.448 dias. Este número reflete no quantitativo de altas, principalmente por abandono do tratamento, verificado em grande maioria no sexo masculino;

✓ a idade mais freqüente se dá no intervalo entre 30 e 35 anos para ambos os sexos, correspondendo, 29 pacientes, distribuídos em 14 mulheres e 15 homens; de 40 a 45 anos com 21 pacientes, sendo que o sexo masculino predominou com um quantitativo de 12; de 35 a 40 anos, com 20 pacientes, com prevalência do sexo feminino (13) sobre o masculino (7). A maior freqüência ficou concentrada na faixa etária de 20 a 60 anos, para ambos os sexos; a média de idade dos pacientes do sexo feminino foi de 50 anos, variando 17 anos a 83 anos; entre os homens, a média de idade se configurou entre 17 anos e 66 anos, equivalente a 41,5 anos. Os dados demonstram faixas etárias que contra-indicariam o hospital-dia como estabelecimento apropriado. Segundo relatos de profissionais, o HD em questão, atende a pacientes numa faixa etária que contra-indica a senilidade e a infância, especificamente entre 20 e 70 anos de idade, devem possuir vínculo familiar e/ou pessoas próximas que se responsabilizem pelo cliente.

✓ do total de pacientes, o maior número se encontra na categoria sem profissão, sendo 31 do sexo feminino e 45 pacientes do sexo masculino. Embora seja representante a categoria de estudante e de aposentado e estudante para ambos os sexos. Enquanto que na categoria de prenda do lar, houve predominância do sexo feminino, tendo 26 pacientes.

✓ grande maioria sem profissão, incluindo as do lar, assim consideradas por não desenvolverem outra aptidão, nenhuma especialização, especificidade ou nenhuma formação e acabam por entrar nesta categoria, específica para o sexo feminino.

✓ no que se refere aos aposentados, o quantitativo é mínimo, sendo 4 correspondente ao sexo feminino e 11 do sexo masculino; merece destaque da relação de profissões

apresentadas e a íntima conexão existente entre a falta de profissão e aquelas profissões que, não necessariamente, exigem um aperfeiçoamento, uma preparação;

✓ destaca-se o maior número de participantes da pesquisa de desempregados, sendo 43 do sexo feminino e 36 do sexo masculino, ocorrendo uma aproximação entre os que são autônomos, 23 e 19, respectivamente, para o sexo feminino e masculino; nas categorias de aposentados e empregados, o sexo masculino se sobressai, tendo apresentado 9 e 16 pacientes e 9 e 14 pacientes, respectivamente, na mesma ordem de gênero apresentados anteriormente.;

✓ a grande maioria é natural de Fortaleza, capital do estado, embora exista paciente do interior do estado e até de outros estados.

✓ o maior número de pacientes são procedentes de Fortaleza (200) e poucos advindos de outras cidades, especificamente do interior do Estado (17). Os dados referidos lembram que se a demanda existe na Capital, e na região metropolitana, com certeza, essa demanda existe em outros municípios mais distantes, indicando a necessidade de criação de novos serviços;

✓ há um quantitativo maior de pacientes solteiros, em contraposição aos que se apresentavam casados (40); somente 5 divorciados; na categoria outro foi identificado um paciente, significando formas não convencionais de agregação conjugal.

✓ o nível de instrução entre os pacientes pesquisados do sexo feminino e masculino difere bastante no que diz respeito a categoria ensino fundamental completo (3) e superior incompleto (2), sendo o dobro para o sexo masculino, respectivamente 6 e 4; no ensino médio completo aparece 14 pacientes do sexo feminino e 5 do sexo masculino; para o nível superior completo foi identificado 3 pacientes do sexo feminino e 1 do sexo masculino, demonstrando que nestas categorias, o número do sexo feminino se mostrou com o dobro em relação ao do masculino. Segundo a tabela, referente à escolaridade, observa-se que o número de pacientes que chegam somente a 20 para o nível médio incompleto equiparado ao de nível médio completo, 19 pacientes. Estando equiparados para ambos os sexos, nos níveis analfabeto (15) e ensino fundamental incompleto (99).

✓ predomínio de pacientes católicos, correspondendo 77 para cada sexo; 18 paciente representando as demais religiões, assim distribuídas: 11 em evangélicos/protestantes, seguido de espíritas, mormos e testemunhas de Jeová com o mesmo número, 2 pacientes; somente 1 paciente caracterizou-se como cristão.

✓ quanto ao convênio, foi identificado que 197 pacientes, sendo 85 do sexo feminino e 112 do sexo masculino vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS); somente 20 pacientes eram associados a outros convênios;

✓ predominância de segurado ser o mesmo paciente (145), contra 25 paciente na categoria de outros.

✓ 74 dos pacientes que foram atendidos também se constituíram nos mesmos informantes; cliente e acompanhante seguiu em 28 prontuários, somente do sexo masculino; 27 dos prontuários apresentaram como informante o acompanhante e prontuário anterior, predominantemente no sexo feminino com 25;

✓ Percebemos que o maior número de paciente apresentou como queixa principal justificativas capazes de serem agrupadas na categoria humor e afeto: ansiedade, depressão, nervosismo, ociosidade, sentimento de inferioridade, choro, ideação homicida; a categoria questões institucionais também se manteve em alta prevalência, sendo caracterizada por dar continuidade ao seu tratamento no HD, encaminhado pelo médico assistente ao HD, readmissão por alta inalterada, evolução desfavorável pelo acompanhamento ambulatorial, precisando de vagas num certo pavilhão da internação integral. Com o número também expressivo, embora menor, a categoria pensamento ficou em terceiro patamar, constituída por perturbação no juízo, distúrbio no comportamento, conversa desconexa, idéia delirante.

✓ a maior prevalência (135 prontuários) apresentaram casos de transtorno mental (TM) na família, seguido de 31 prontuários que referiram não existir caso de TM na família; em 5 prontuários o informante não soube informar sobre a existência de TM na família; além de não consta, ou não ter sido preenchida pelos profissionais, mas sem explicitação do motivo pelo qual não foi elucidado. Estes dados nos fazem pensar que por muitas vezes as repostas podem ser induzidas ou mesmo relatadas pelos informantes que, ao serem indagados sobre a história familiar, podem negar;

✓ a justificativa da internação de ordem institucional liderou, com 80 prontuários, seguidos por 66 prontuários com justificativa de ordem psicopatológica, sendo 43 para o sexo feminino e 22 do sexo masculino. Com um número não tão expressivo quantos as outras categorias, com 17 para justificativa de ordem familiar-sócio-econômica, tendo 5 somente para o sexo feminino enquanto para o sexo masculino 12.

Em por fim, no que se refere, aos Aspectos referentes às condutas aplicadas, identificamos:

✓ durante a avaliação clínica 147 pacientes não estavam agressivos, havendo só um percentual baixo relativo a 25 pacientes apresentando um quadro de agressividade.

✓ a esquizofrenia predominou em 100 pacientes; o transtorno do humor que se segue, com quase metade dos representados por esquizofrenia (49), não é tanto em decorrência da depressão apresentada pelo paciente em contrapartida ao do paciente que se mostra agitado. Este fato se deve porque o deprimido consegue se manter mais em casa, sem exacerbar elevadas cobranças, quase o mesmo não é percebido pelos que o rodeiam, principalmente a medida que o familiar não possui um grau maior de elaboração capaz de passar a se incomodar com aquele silêncio, com aquela ausência. Ao passo que o outro, que é agitado desperta maior preocupação por perturbar o quietude no ambiente, através de sinais como: insônia, agressão, fazendo com que ultrapasse os limites de tolerância por parte da família;

✓ maior incidência de pacientes fazendo uso de duas a quatro drogas: sendo que pacientes utilizando três drogas perfazem 60, seguido por quatro drogas com 44 e com quase o mesmo número para duas e cinco drogas, respectivamente, com 15 e 13 pacientes.

✓ os paciente do sexo feminino tem uma média de 4 internações, permanecendo uma média de 124 dias e cada internação duração em média de 31 dias; no sexo masculino a média é de 3 internações para cada paciente, com permanência total de 108 dias e com duração média de cada internação de 36 dias;

✓ o número de internações de acordo com o sexo varia: o masculino é maior do que os do sexo feminino, quando se observa os intervalos de 1 a 6 e de 4 a 6 internações. Este fato pode estar associado à alta rotatividade de pacientes do sexo masculino;

✓ o período de permanência de maior incidência foi de 1 a 30 dias (68 pacientes), seguido pelo tempo de permanência de 31 a 60 dias (39 pacientes) e de 61 a 90 dias (26 pacientes), sendo que o sexo masculino predominou em todos os períodos supracitados;

✓ a alta médica melhorada foi a mais preponderante, constando em 90 prontuários; em 41 dos prontuários observamos que não constava o tipo de alta. Vale salientar que destes havia aqueles que estavam internados pela primeira vez no HD, portanto, não deveriam ter o tipo de alta anterior; a alta por abandono de tratamento esteve apresentada em 26 prontuários; a alta por transferência, mais acentuada no sexo masculino, caracterizada por uma permuta da Unidade de Internação para o HD, este fato ainda mais corrobora com a definição de que o Hospital-Dia é um intermediário entre a internação integral e o ambulatório. É possível percebermos que, como a

Instituição da qual o HD faz parte congrega outros serviços de saúde mental, inclusive o de internação total, o trânsito do paciente entre os vários serviços é comum.

A construção deste trabalho permitiu adentrar neste fascinante mundo da Saúde Mental, mostrando uma fatia da assistência prestada a pessoa com sofrimento psíquico. Percebemos que há um permanente mecanismo de instalação de conhecimentos nessa área, o qual não poderia ser diferente das outras áreas e que, também, não poderia existir independente dos acontecimentos que o circunda, mas absorvido/envolvido numa teia constituída por inúmeros fatores da mais diversa ordem, perpassando desde os políticos, enveredando pelos econômicos, abrangendo os subjetivos, evidenciando os religiosos, transcorrendo os culturais, submerso nos sociais.

Para aqueles que buscam uma identidade, entendida aqui como alcance de uma unanimidade/uniformidade, lamentamos decepcioná-los. Pois, há que se considerar que a forma pela qual a assistência vem sendo desenvolvida, tem estado, historicamente, associada à forma como a loucura é percebida. No processo atual, é possível percebermos que essa visão se encontra em turbulência de transformação. Neste sentido, ao tentarmos contextualizar a abordagem ao indivíduo em sofrimento mental, temos que, necessariamente, nos reportar à história desse sujeito na sociedade.

Ainda assim, não devemos procurar uma receita com fórmulas que se enquadrem perfeitamente em qualquer condição sócio-econômica, política e cultural. O que se deve é estimular à reflexão sobre as ações desenvolvidas, para que possa transformar, constantemente, essa prática.

A extinção dos manicômios, prevista com a Reforma Psiquiátrica, pode ter inúmeras interpretações e vem associada a transformações no modo de pensar e agir sobre a loucura, requerendo a revisão de antigos papéis e a criação de outros relacionados ao próprio paciente, sua família e a sociedade de como um todo.

Concomitantemente, vamos desmistificar a visão da família e da sociedade, envolvendo os profissionais no combate ao preconceito que anteriormente era fonte dessa disseminação.

Não podemos deixar de ressaltar o quanto isto beneficiou aos familiares, bem como, aos profissionais e ainda mais aos pacientes. Em contraposição, essas mudanças levam tempo, já que por séculos foi disseminada uma ideologia totalmente diferente da pretensa atualmente.

A presente pesquisa explica dificuldades, impasses e impotências, apresentados através do perfil de usuários de um dispositivo da assistência psiquiátrica prevista no novo modelo. Um grande impasse observado foi o da situação sócio-econômica, de classe, de exclusão social, que

coloca as pessoas numa posição de vulnerabilidade, do ponto de vista das condições objetivas, materiais e também do ponto de vista das condições subjetivas, psicológicas e espirituais.

Para o atendimento da pessoa em sofrimento psíquico, necessário se faz levarmos em consideração esses aspectos mencionados e tantos outros. A condução do tratamento de uma pessoa necessitada de assistência é uma tarefa complexa, na qual dever-se-ia ser levada em conta a problemática individual, identificando-se necessidades afetadas e encaminhando-se as soluções individualmente.

Pelo exposto, percebemos que o Brasil carece, ainda, de tornar prática algumas das conquistas que já se deram no plano ideológico, fazendo cumprir direitos previstos na Constituição Federal e em importantes Conferências Nacionais de Saúde. Na área da saúde mental, se faz necessário implementar o que está previsto para a Reforma Psiquiátrica, criando-se dispositivos mais eficientes e eficazes e não apenas estratégias de sobrevivência aos promotores de uma desassistência, como comumente vemos nas instituições responsáveis por essa atenção.

Não podemos negar que já houve avanços com a diminuição de leitos psiquiátricos e a criação de outros espaços de atenção, tais como CAPS, Pensões Protegidas, Hospitais-Dia, criação de leitos em hospital geral, entre outros dispositivos. Inegável também têm sido a discussão e reflexão sobre essas questões através de encontros científicos específicos, da realização de estudos dessa natureza e do próprio processo de avaliação dos profissionais envolvidos sobre suas práticas. Esses avanços necessitam romper os espaços institucionais e envolver a sociedade como um todo, cobrando do poder público medidas que possibilitem uma transformação que atenda as necessidades da população, preservando direitos que lhes são garantidos por lei.

Questionamos a qualidade dos serviços públicos e a política de privatização da saúde, esperando que alternativas viáveis sejam colocadas urgentemente em prática. Desde já, é preciso que o Estado assuma de fato seus compromissos com a sociedade brasileira, de modo a sanar definitivamente as *doenças* oriundas de um sistema calcado nas desigualdades sociais, mantenedoras da ordem produtiva vigente.

Os elementos fornecidos através da presente pesquisa nos deixam instigados a continuar pesquisando sobre aspectos que se tornam essenciais estudá-los profundamente, em trabalhos futuros, os quais podem ser enumerados:

✓ fatores contribuintes para uma maior permanência do paciente e como se dá a convivência com os familiares dos pacientes que tenham mais de um ano de internação, já que em parte seu maior tempo esteve concentrado no Hospital-Dia;

- ✓ investigar os paciente que tem uma permanência maior ou várias reinternações;
- ✓ investigar a assistência de enfermagem prestada a familiares de pacientes atendidos no hospital-dia, lançando um novo olhar;
- ✓ uma pesquisa que pudesse albergar tanto dados quantitativos quanto qualitativos em relação à população que tem mais de seis internações, para se avaliar as atividades que poderiam ser voltadas para essa clientela conforme faixa etária, diagnóstico apresentados, a fim de empregar meios coerentes com as suas necessidades.

Vale salientar a importância de tornar explícito informações pertinentes ao paciente que é atendido pelo sistema, ainda mais pelo fato da instituição possuir uma ferramenta – o prontuário eletrônico- que favorece uma melhor compreensão dos dados desde que os mesmos passem a ser informados integralmente, ou mesmo o prontuário deve passar por uma avaliação minuciosa pelos usuários – equipe multiprofissional .

Muitas são as questões ou propostas de investigação possíveis para apreendermos melhor a prática desenvolvida juntos aos usuários dos novos serviços e necessários se faz que estejamos sempre repensando o processo de construção desse novo modelo. Só assim, poderemos avançar em busca de uma assistência mais individualizada, humana e digna daqueles que, ao longo da história, tem sofrido tanta segregação, discriminação e estigmas, em um processo de violência cotidiana. O resgata da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico é um compromisso do qual não podemos nos eximir.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, M. G. G. Movimentos de Saúde Mental: trajetória e futuro. *Anais do 47<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Enfermagem*.
- ALVES, D. S. N. et al. Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2, 1992. Brasília, 1992. p. 46-59.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENS, 1995. 134p.
- ANGERAMI, C.; AUGUSTO, V. **Solidão: a ausência do outro**. São Paulo: Pioneira, 1990.
- AQUINO, R. A. B. et al. **Reforma da Saúde Mental no Ceará**. Mimiografado, s/d. Fotocópia.
- ARAÚJO, M. L. G. **Sofrimento psíquico e seca: drama de existência, de gênero e de classe**. 2000. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2000.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Reforma psiquiátrica – a questão das novas tecnologias de cuidado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Porto Alegre. Brasília, 1992. p.32-45.
- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BLEANDONU, G. e DESPINOY, M. *apud* CAMPOS, M. A. Os modelos de internação parcial em hospital-dia e integral vistos por um grupo de pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Rev. ABP-APAL*, v. 11, n. 1, p. 29-34, 1989.
- BOYD, S.T. In: HALL, J. E.; WEAVER, B. R. **Enfermeria en salud comunitaria: un enfoque de sistemas**. 1.ed. 1990, p. 185-197.
- BRAGA, W. C. **Família e internação psiquiátrica**. Monografia (Especialização em Saúde Mental) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 1999.
- BRASIL. **Projeto de Lei n.º 3.657**, setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989. Disponível em: <<http://www.>>. Acesso em: 12 jul. 2004.
- CAMPOS, E. P. Sociedade e estresse. *JBM*, v. 78, n. 3, p. 102-110, 2000.
- CAMPOS, M. A. Os modelos de internação parcial em hospital-dia e integral vistos por um grupo de pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Rev. ABP-APAL*, v. 11, n. 1, p. 29-34, 1989.
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1982.
- CARRARO, T. E. Marco conceitual; subsídio para a assistência de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, v. 3, n. 2, p. 105-108, 1998.

- CASTRO, S. **Guia interativo da qualidade pessoal**. Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha, 1997.
- CEARÁ. Lei n.º 12.151, julho de 1993. Dispõem sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Fortaleza, 12 de agosto de 1993.
- COSTA-LIMA, A. R. **Sufrimento psíquico e trabalho de médico: desenvolvimento de instrumentos para estudo crítico**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)\_ Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2000.
- CIORNAL, S. Revolucionárias do divã. **Revista Viver**, ano VII, n.81, outubro, 1999, p. 14-15.
- DUARTE, Y. A. de O. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000, p. 8-17.
- DUARTE JÚNIOR, J. F. **A política da Loucura: a antipsiquiatria**. 3. ed. Campinas: Papyrus, 1987. 89p.
- EGRY, E. Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.
- ELSÉN, I. et al. **Marcos para a prática de Enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
- FÉLIX, V.C.S. **Trabalho Sofrimento psíquico e prazer: um estudo com enfermeiros de Centro Cirúrgico**. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.
- FLECK, M. P. A. O curso dos transtornos de humor. **Revista ABP-APAL**, v. 18, n. 2, p. 43-48, 1996.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Gerais, 1979.
- \_\_\_\_\_. **A história da loucura**. 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.
- \_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica**. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- FORTALEZA. Secretaria Executiva Regional III. **População da SER por bairros e faixa etária** - 2004. Fortaleza, 2004.
- GINZBURG, C. **História Noturna**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.
- GOOFMAN, E. **Estigma**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- HOLANDA, I. M. **O cotidiano da mulher no período em que enfrenta a problemática do climatério**. 1997. Monografia (Especialização em Saúde Mental)- Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 1997.
- IBGE. Censo demográfico. Malha Municipal Digital do Brasil, 2000. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em:

- JACARD, A. M. **A loucura**. São Paulo: EPU, 1982. 82 p.
- JAPIASSU, A. **Dicionário básico de filosofia**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1993.
- KAPLAN, H. I. **Compêndio de psiquiatria**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- KINOSHITA, R. T. Uma experiência pioneira. A reforma psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA, R.; DALLARI, D. A.; COSTA, J. F. ; MOURA NETO, F. D. M.; KINOSHITA, R. T.; LANCETTI, A. **Saúde mental e cidadania**. 2. ed. São Paulo: Mandacaru, 1987.
- KYES, J. J. **Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. p. 20-40.
- KRUG, H.N. A aposentadoria e suas implicações na vida do adulto e do idoso. **Revista Caderno Adulto**. n.3, 1999, p. 146-149.
- LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.
- LANCETTI, A. **Saúde loucura**, número 1. São Paulo: Hucitec, 1994.
- LIMA, M. B. de. MBL- Saúde. Curso de Auxiliar e Técnico em Enfermagem. Núcleo da área da Saúde. 32 f. p. 9-17. Apostila.
- LIMA, M. C. P. ; BOTEGA, N. J. Hospital-dia: para quem e para quê? **Revista Bras. Psiquiatria**. 23 (4): 195-199, dez. 2001.
- LIMA, I. L. et al. **Manual do técnico e auxiliar de enfermagem**. 6. ed. Goiânia: AB, 2000.
- LIMA, L. A.; TEIXEIRA, J. M. Assistência à saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos à realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 44, n. 2, p. 71-76, 1995.
- LOUZÃ NETO, M. R. Como diagnosticar e tratar: esquizofrenia. **Rev. Bras. Med.**, v. 55, n. 3, p. 85-96. 1998.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACÊDO, A. M. B. **Concepções de loucura e sua influência na prática psiquiátrica**. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 1998. 42 p.
- MACEDO, A. R. **O significado para a família do ir-e- vir de um dos seus familiares ao hospital-dia**. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, 1996. 117p.
- MAIA, E. **A psicologia e a psiquiatria do dia-a-dia**. São Paulo: Almed, 1997. p. 79-107.
- \_\_\_\_\_. **Doença mental e psicologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. 99p.
- MAIA, R. M. **Existir do ser esquizofênico na sociedade: estudo fenomenológico com aproximação dos conceitos de Merleau-Ponty**. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2001.

- MELLO, R. A Questão da interdisciplinaridade no dia-a-dia da enfermeira que atua em Centros de Atenção Diária de Saúde Mental. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 51, n. 1, p. 19-34, 1998.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MORENO, V. **Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico**. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo, 2000. 173p.
- NICÁCIO, M. F. Da Instituição negada à instituição inventada. **Rev. Saúde-Loucura**, v. 1, p. 91-108, 1989.
- NOGUEIRA, J. G. N. **Sofrimento psíquico na população de alunos de ensino médio**. 1999. Monografia (Especialização em Saúde Mental)- Universidade Estadual do Ceará, 1999.
- OGATA, M. N.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing**, ano 3, n. 25, p. 24-29, 2000.
- OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB: Editora Universitária, 2002.
- OLIVEIRA, M. R. R. **Mulheres em uso de psicofármacos: modos de enfrentamento do sofrimento psíquico**. Monografia (Especialização em Saúde Mental)- Universidade Estadual do Ceará. 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993, p. 85-103.
- ORTIZ, M. A.; TOSTES, V. M. C. S. Uma Experiência com grupos de familiares no hospital-dia. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 41, n. 6, p. 305-308, 1992.
- PAIM, J. S. A. Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- PELBART, P.P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- PESSOTTI, I. **A Loucura e as épocas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994. 208 p.
- PINTO, G.F. **Psiquiatria básica**. Fortaleza: Editora Centro Médico Cearense, 1983.
- PITTA, A. M. F. **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.
- \_\_\_\_\_. Os Centros de atenção psicossocial/espços de reabilitação? **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 43, n. 12, p. 647-654, 1994.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- PONTES, C. B. **Psiquiatria: conceitos e práticas**. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- POULANTZAS, N. **As classes sociais do capitalismo de hoje**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

- REGO, M. F. **Sofrimento psíquico face à exclusão social**. Monografia (Especialização em Saúde Mental) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Sofrimento psíquico face à exclusão social**. 2000. Monografia (Especialização em Saúde Mental) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2000.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro, 1996. cap. Bases Morfológicas e Funcionais do Sistema Genital, p.16-20.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.
- \_\_\_\_\_; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, BEZERRA; AMARANTE, PAULO (Org.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Duamrá, 1992.
- RUIZ, J. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- SAMPAIO, J. J. C.; BORSOI, I. C. F.; RUIZ, E. M. **Saúde mental e trabalho em petroleiros de plataforma: penosidade, rebeldia e conformismo em petroleiros de produção (On Shore e Off Shore) no Ceará**. Fortaleza: EDUECE/FLACSO, 1998.
- \_\_\_\_\_. **Trabalho e sofrimento psíquico em petroleiros de produção: subjetivismo, penosidade e conformismo**. Tese (Professor Titular)- Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2001.
- SANTOS, M. F.S. **Identidade e aposentadoria**. São Paulo: EPU, 1990.
- SARTORIUS, N. *apud* ZUSMAN, J. A. Hospitalização parcial no Brasil: em busca de uma identidade. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 44, n. 2, p. 63-66, 1995.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educ. Real.**. Porto Alegre, v.16, n.2, p. 5-22, jun/dez 1993.
- SILVEIRA, L. C. ; BRAGA, V. A.B. ; MARTINS, F. C. C. L. Avaliação da eficácia do serviço de saúde mental de um hospital-dia. In: LUIS, A. V. S.; MANOLE, A. **Saúde mental: prevenção e tratamento**. In: **ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL**, 6., / **V ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA**, 5., 2000. **Anais...** Ribeirão Preto, SP: FIERP/EERP-USP/FAPESP, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Equipe de saúde mental: sociopoetizando o hospital-dia**. 2001, 128p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.
- SOUZA, A.M. A. **Rede de Serviços de Assistência Psiquiátrica em Fortaleza: prisão e peregrinação da clientela**. 1997. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1997.

- SOUZA, J. M. F. TAVARES, F. M. M. **Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estrutura e funcionamento do ensino fundamental.** Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Curso de Pedagogia em Regime Especial. Fortaleza, 2000.
- SZASZ, T. S. **Ideologia e doença mental:** ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- TABORDA, J. G. V. **Rotinas em psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- TAPIA, L. E. R.; CONTEL, J. I. B.; CAMPOS, M. A. Visão de mundo em hospital-dia psiquiátrico: exegese existencial de textos científicos da equipe terapêutica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 46, n. 4, p. 223-226, 1997.
- \_\_\_\_\_; RIBEIRO, B. O. L.; CONTEL, J. I. B. Grupo de apoio multifamiliar e avaliação do funcionamento social de pacientes em hospital-dia psiquiátrico universitário. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 49, n. 10-12, p. 395-398, 2000.
- ZUGAIB, M. **Obstetrícia psicossomática.** São Paulo: Atheneu, 1997.
- ZUSMAN, J. A. Hospitalização parcial no Brasil: em busca de uma identidade. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 44, n. 2, p. 63-66, 1995.

## ANEXO 1

N.º Pront.	Escolaridade:
D. N-	Nacionalidade
Idade -	Religião
Sexo: ( ) M ( ) F	Vínculo
Profissão :	Convênio
Natural :	Informante
Pai:	Evolução
Mãe:	Data da Alta
Segurado:	Endereço Atual
Estado Civil :	Telefone

Queixa Principal
Hist. Mórbida Atual :
Hist. Mórbida Pgressa
Hist. Familiar
Ex. Psíquico
Ex. Físico
Just. Intern.
Hipótese Diag.
Evolução
Méd. Psiquiátrica
Méd. Clínica
DATA:

## ANEXO 2

A anamnese é realizada através de um roteiro sistemático apto a colher uma gama maior de informações, conduzindo ao diagnóstico. Como nas demais especialidades em medicina, a meticulosidade e a perspicácia são qualidades que determinam o bom nível e a confiabilidade dessas informações .

A – Identificação preliminar: nome, idade, estado civil, sexo, ocupação, admissões hospitalares anteriores pela mesma condição ou condições diferentes, pessoas com quem vive o paciente.

B- Queixa Principal: o motivo exato por que o paciente procurou o psiquiatra, de preferência nas próprias palavras do paciente; se essa informação não provém do paciente, anotar quem a forneceu.

C- História de doença atual: antecedentes e desenvolvimento cronológico dos sintomas ou alterações comportamentais que culminaram na procura de assistência ; circunstâncias de stress desencadeantes na vida do paciente, por ocasião do aparecimento da doença; personalidade pré-mórbida; modo como a doença afetou suas atividades e relacionamentos pessoais – alterações na personalidade, memória, fala; sintomas psicofisiológicos – natureza e detalhes da disfunção ; localização, intensidade, flutuação; relação entre sintomas físicos e psíquicos; extensão até onde a doença serve a alguma finalidade adicional, ao lidar com o stress – ganhos secundários; se as ansiedades são generalizadas e inespecíficas; manejo de ansiedades – evitação de situações temidas, utilização de drogas ou outras atividades para distração.

D – Doenças anteriores:

D.1 – Distúrbios emocionais ou mentais: extensão dos sintomas e incapacidades, tipo de tratamento, nomes dos hospitais, duração da doença, efeitos do tratamento.

D.2 - Distúrbios psicossomáticos: febre do feno, artrite reumatóide, colite ulcerativa, asma, hipertireoidismo, problemas gastrointestinais, resfriados recorrentes, condições cutâneas.

D.3 – Condições físicas: segundo a costumeira revisão de sistemas, se necessário; sífilis, utilização de álcool ou drogas; risco de AIDS.

D.4 – Distúrbios neurológicos: história de trauma cranioencefálico, convulsões ou tumores.

E- História Pessoal progressiva: história do paciente desde a infância até o presente, até onde possa ser lembrada; lacunas na história, espontaneamente relatada pelo paciente; emoções dolorosas, estressantes e conflitantes associadas com estes períodos da vida.

E.1 – História Pré-natal: natureza da gravidez, espontaneidade e normalidade do parto, toco-traumatismo: se o paciente foi planejado e desejado; defeitos congênitos.

E.2 – Primeira infância (até os três anos):

E.2.1 – Hábitos alimentares: amamentando no seio ou com mamadeira, problemas alimentares.

E.2.2 – Desenvolvimento inicial: marcha, linguagem e dentição; desenvolvimento motor, sinais de necessidades insatisfeitas, padrão de sono, constância objetal, ansiedade a estranhos, privação maternal, ansiedade da separação, outros responsáveis pelos cuidados do bebê em casa.

E.2.3 – Controle esfinteriano: idade, atitude dos pais, sentimentos a esse respeito.

E.2.4 – Sintomas de problemas de comportamento: chupar o dedo, explosões de cólera, tiques, bater com a cabeça, balançar-se, tremores noturnos, medos, enurese ou encoprese noturnas, roer as unhas, masturbação.

E.2.5 – Personalidade quando criança: tímido, inquieto, hiperativo, retraído, persistente, atlético, amigável; padrões lúdicos.

E.2.6 – Sonhos: ou fantasias recorrentes ou precoces.

E.2.7 – Infância Intermediária (três aos 11 anos): história escolar inicial – sentimentos sobre a ida à escola, ajustamento inicial; identificação de gênero, desenvolvimento da consciência, punição, relação com os colegas, pesadelos, fobias, enurese noturna, brincadeiras com fogo, crueldade com animais.

E.4 – Infância tardia (puberdade até a adolescência) :

E.4.1 – Relacionamentos sociais: atitudes com relação as irmãs e companheiros de brincadeiras, número e grau de intimidade com os amigos, líder ou seguidor, popularidade social, participação em atividades no grupo ou na turma; figuras idealizadas; padrões de agressão, passividade, ansiedade, comportamento anti-social.

E.4.2 – História Escolar: série escolar até onde o paciente progrediu, ajustamento à escola, relacionamento com os professores (estimado ou rebelde); matérias ou interesses preferidos, habilidades ou pontos fortes especiais, atividades extracurriculares, esportes, passatempos, relação dos problemas ou sintomas com qualquer período escolar.

E.4.3 – Desenvolvimento Cognitivo e motor: aprendizado da leitura e outras habilidades motoras e intelectuais, disfunções cerebrais mínimas, incapacidades de aprendizado – seu manejo e efeitos sobre a criança.

E.4.4 – Problemas emocionais ou físicos quando adolescente: pesadelos, fobias, masturbação, enurese noturna, fugas, delinquência, fumo, utilização de álcool ou drogas, anorexia, bulimia, problemas de peso, sentimentos de inferioridade.

E.5 – História psicosssexual (da infância até a adolescência):

E.5.1 – Primeiras Curiosidades: masturbação infantil, jogos sexuais.

E.5.2 – Aquisição de conhecimento sexual: atitude dos pais com relação ao sexo, abuso sexual.

E.5.3 – Início da puberdade: sentimentos sobre essa, tipo de preparação, sentimentos sobre a menstruação, desenvolvimento de características sexuais secundárias.

E.5.4 – Atividade sexual no adolescente: namoros, festas, encontros, carícias, masturbações, poluções noturnas e atitudes diante das mesmas.

E.5.5 – Atitudes relativas ao sexo oposto: tímida, acanhada, agressiva, necessidade de impressionar, sedutora, conquistas sexuais, ansiedade.

E.5.6 – Práticas sexuais: problemas sexuais, experiências homossexuais, parafilias, promiscuidade.

E.6 – Formação religiosa: rígida, liberal, mista (possíveis conflitos); relação da formação com as práticas religiosas atuais.

E.7 – Idade adulta:

E.7.1 – História Ocupacional: escolha da profissão, treinamento, ambições, conflitos; relacionamento com autoridades, colegas e subordinados; número e duração dos empregos, mudança de status no emprego, emprego atual e sentimentos sobre o mesmo.

E.7.2 – Atividade Social: o paciente tem amigos, é retraído ou sociável? Tipo de interesses sociais, intelectuais e físicos; relacionamento com o mesmo sexo e o sexo oposto; profundidade, duração e qualidade das relações humanas.

E.7.3 – Sexualidade adulta:

E.7.3.1 – Relações Sexuais: Pré-matrimoniais e extraconjugais.

E.7.3.2 – História conjugal: casamento de fato, casamento de direito, descrição do namoro e papel de cada parceiro, idade por ocasião do casamento, planejamento acerca da criação dos filhos, problemas de quaisquer membros da família, dificuldade de alojamento, se importantes

para o casamento; ajustamento sexual, áreas de concordância, administração do dinheiro, papel dos sogros.

E.7.3.3 – Sintomas sexuais: anorgasma, impotência, ejaculação precoce, frigidez.

E.7.3.4 – Gravidez: atitudes perante a gravidez e a procriação; práticas contraceptivas e sentimentos sobre as mesmas.

E.7.3.5 – Práticas Sexuais: parafilias como sadismo, fetiches, voyeurismo; atitudes acerca da felação, cunilíngua e técnicas de coito; frequência.

E.8 – História familiar: obtida do paciente e de alguém mais, uma vez que descrições bastantes diferentes podem ser fornecidas sobre as mesmas pessoas e eventos; tradições étnicas, nacionais e religiosas; outras pessoas na casa, sua descrição – personalidade e inteligência – e o que foi feito delas desde a infância do paciente; relacionamento atual entre o paciente e outros participantes da família na infância ; papel da doença na família; história de doença mental e tratamento.

## ANEXO 3



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa:					
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)		3. Código:	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 2 a 4)		
5. Área(s) Temática(s) Especial (s)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )		
8. Unitermos: (3)					
<b>SUJEITOS DA PESQUISA</b>					
9. Número de sujeitos No Centro: Total:		10. Grupos Especiais: <18 anos ( X ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião/Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) ( ) Outros ( x ) Não se aplica ( )			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>					
11. Nome:					
12. Identidade:		13. CPF.:	19. Endereço (Rua, nº):		
14. Nacionalidade:		15. Profissão:	20. CEP:	21. Cidade:	22. U.F.
16. Maior Titulação:		17. Cargo	23. Fone:	24. Fax	
18. Instituição a que pertence:			25. E.mail:		
<b>Termo de Compromisso:</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletado exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____					
Assinatura					
<b>INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>					
26. Nome: INSTITUIÇÃO		29. Endereço (Rua, nº):			
27. Unidade/Orgão:		30. CEP:	31. Cidade: FORTALEZA	32. U.F. CE	
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não ( X )		33. Fone:	34. Fax:		
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não ( x ) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)					
<b>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição):</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e com esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo: _____ Data: ____/____/____					
Assinatura					
<b>PATROCINADOR Não se aplica ( X )</b>					
36. Nome:		39. Endereço			
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF	
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:		
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP</b>					
45. Data de Entrada: ____/____/____		46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado ( ) Data: ____/____/____	48. Não Aprovado ( ) Data: ____/____/____	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____					
Encaminhado a CONEP:		53. Coordenador: Profº Dr. José Osmar Medina Pestana			
50. Os dados acima para registro ( )		Assinatura			
51. O projeto para apreciação ( )					
52. Data: ____/____/____		<b>Anexar o parecer consubstanciado</b>			
<b>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP</b>					
54. Nº Expediente		55. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:		
55. Processo:					
58. Observações:					

## ANEXO 4

Venho por meio deste instrumento, solicitar o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **Perfil do usuário do hospital-dia: interfaces de uma nova clientela**. Neste estudo pretende-se traçar o perfil dos pacientes assistidos pelo Hospital-dia, desde a implantação do prontuário eletrônico até outubro de 2003. Assim, por meio deste instrumento, pedimos o consentimento da instituição para que o trabalho possa utilizar os dados contidos em prontuários dos pacientes assistidos no Hospital-dia, desde a implantação do prontuário eletrônico até setembro de 2003. Deixo telefone para contato, se necessário da orientadora da pesquisa: Rochele Mendes Maia, fone: 235.46.34/ Violante Augusta Batista Braga, fone: 262.77.37, para maiores informações sobre a pesquisa.

Declaro que a pesquisa

- Abrangerá a análise dos prontuários de pacientes assistidos no Hospital-dia.
- Garante que não haverá divulgação do nome do paciente ou qualquer outra informação que ponha em risco a sua privacidade.
- Divulgação das informações somente resultantes desta pesquisa.
- Ausência de riscos e danos à saúde do cliente.

*Eu, diretor(a) da instituição, tendo sido informado(a) sobre a pesquisa Perfil do usuário do Hospital-dia: interfaces de uma nova clientela, autorizo a pesquisa no estabelecimento. Assim, assino a folha de rosto do Comitê de Ética para pesquisa envolvendo seres humanos, em ANEXO 2.*

## ANEXO 5

## FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO HD

**Instituição a que o HD está agregado**

1. Localização \_\_\_\_\_
  2. Regime de Propriedade \_\_\_\_\_
  3. Equipe de plantão \_\_\_\_\_
  4. Leitos credenciados segundo o sexo \_\_\_\_\_
  5. A unidade presta atendimento através de quais serviços \_\_\_\_\_
  6. Convênios credenciados \_\_\_\_\_
  
  7. \*Percentual de ocupação mensal dos leitos \_\_\_\_\_
  8. \*Média de Permanência dos pacientes \_\_\_\_\_
  9. \*Número de internações em HD por paciente \_\_\_\_\_
  10. \*Tipos de alta \_\_\_\_\_
  
  11. Reconhecer as características físicas do HD e as funções das diferentes áreas constituintes.
  12. Descrever os componentes da equipe multiprofissional do HD.
  13. Há fatores excludentes para admissão de pacientes no HD
  14. Quais as atividades desenvolvidas no HD e com que objetivo são oferecidos a clientela assistida ? Estas foram aplicadas desde a função do HD e sempre permaneceram ? Quais as que não são mais desenvolvidas?
  15. Observar o relacionamento da equipe multidisciplinar com os usuários (clientes) e familiares, no HD, levando em consideração os seguintes aspectos: Apoio ao cliente e familiares/humanização no atendimento/ respeito à cidadania e aos direitos humanos.
  16. Observar o desempenho / papel dos profissionais no cuidado ao cliente que é atendido no HD, levando em consideração as atribuições dos diversos profissionais que prestam serviço no HD?
- (\*). Valores quantitativos referentes ao HD, durante o período de \_\_\_\_\_ a setembro de 2003.

## ANEXO 6

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Rochele Mendes Maia, estou desenvolvendo um trabalho de mestrado, que tem como título o **Perfil do usuário do hospital-dia: interfaces de uma nova clientela**, e que para ser desenvolvido necessita da sua autorização para utilização das informações contidas no seu prontuário. Este estudo tão somente **traçar o perfil dos pacientes assistidos pelo Hospital-dia, desde a implantação do prontuário eletrônico até setembro de 2003**. Assim conto com o seu consentimento para a participação na pesquisa. Caso requeira maiores informações sobre a pesquisa, deixo telefone para contato, coordenador(a) da pesquisa: Rochele Mendes Maia, fone: 235 46 34/Violante Augusta Batista Braga, fone:262.77.37.

De modo que o senhor (a)

- Poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade.
- Estará ciente sobre o desenvolvimento da pesquisa, que abrange a análise dos prontuários de pacientes assistidos no Hospital-dia.
- Terá a garantia de que não haverá divulgação do seu nome ou qualquer outra informação que ponha em risco a sua privacidade.
- Possuirá acesso às informações dos resultados da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, Tendo sido informado sobre a pesquisa **Perfil do usuário do Hospital-dia: interfaces de uma nova clientela** concordo em participar da mesma.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cliente

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido informado(a) sobre a pesquisa **Perfil do usuário do Hospital-dia: interfaces de uma nova clientela**, autorizo que minhas informações do meu parente sejam utilizadas na pesquisa .

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal do Cliente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura de quem obteve o Termo de Consentimento

## ANEXO 7

A-Aspectos Gerais – neste item anotamos, de forma clara e objetiva, as impressões relacionadas ao estado físico e comportamental do paciente. Cicatrizes no queixo são comuns nos indivíduos epiléticos; uma higiene precária, um desalinho nas vestes, a dificuldade no relacionamento, podem nortear o exame mental.

B-Pensamento – é ato de pensar, ou seu produto, constituído por conceitos, juízo e raciocínio. Conceito é a unidade básica – óculos. Juízo é a articulação de dois conceitos – óculos escuros. Raciocínio é a articulação de juízos – os óculos são bons para usarmos na praia. O pensamento pode estar alterado tanto na sua forma como no seu conteúdo.

C-Linguagem – podemos definir como sendo um complexo de sinais destinados a comunicar e a expressar idéias, sentimentos e atitudes. A linguagem é constituída de dois elementos fundamentais, a sintaxe e a palavra: a primeira estabelece as relações entre as palavras e a segunda corresponde à própria organização do pensamento.

D- Vontade – é a faculdade de praticar ou deixar de praticar determinada ação, podendo ser definida tamb' em como a capacidade de tomar decisões. A natureza e a direção da vontade dependem do conteúdo captado pela sensopercepção, mas a intensidade da ação fica subordinada à afetividade; sendo assim, a energia da ação está ligada à intensidade do sentimento.

E – Humor e Afeto – O humor para muitos é sinônimo de afetividade ou estado de ânimo. Uma outra definição de humor seria uma suscetibilidade individual aos estímulos afetivos. Pinto (1983) enfatiza que em todo acontecimento psíquico existe sempre uma vertente intelectual (noética) e outra afetiva (tímica), que matiza as sensopercepções, representações e idéias, personalizando-as, além de constituir a principal força motriz das reações e do comportamento individual.

F- Consciência – Interessa no âmbito da psiquiatria o conceito de consciência no sentido fisiológico, e não moral – saber se o indivíduo está num estado de vigília ou em coma. Portanto, consciência fisiologicamente é sinônimo de vigilância, um ato cortical. Vale a pena ressaltar também que não nos referimos a consciência como parte da estrutura da psique definida por Freud. Segundo Henri Ey (1978), a patologia da consciência está manifestamente ligada a um comprometimento cerebral, de tal sorte que, em psiquiatria clássica, os distúrbios da consciência são considerados como a condição específica das afecções tóxico-infecciosas ou exógenas que atingem o sistema nervoso.

G – Orientação – É a condição que o indivíduo tem de conhecer de modo claro sua conjuntura em relação a si próprio, ao tempo e ao lugar. A orientação é uma função de elaboração secundária por depender do exercício da sensopercepção, da memória, da atenção e do julgamento, além de integridade do sistema nervoso e dos órgãos sensoriais e sensitivos. Quando em relação a si próprio, ela é denominada autopsíquica ou *insight*. Quando diz respeito ao ambiente e ao tempo, ela é denominada de alopsíquica ou heteropsíquica.

H – Atenção – É um processo psicológico no qual concentramos a nossa atividade psíquica sobre o estímulo que a solicita, podendo ser uma sensação, percepção, representação, afeto ou desejo, com o intuito de fixar, delimitar e selecionar as percepções, as representações, os conceitos e elaborar o pensamento. Sendo assim, a atenção não deve ser entendida como uma função psíquica autônoma, e sim como determinada forma de comportamento, manifestação da atividade em que a mente se orienta de modo especial no sentido de uma ação que a ela interessa no momento. O antônimo de atenção é desatenção, que pode sinalizar um distúrbio neurológico importante, embora os transtornos neuróticos comumente apresentem este sintoma.

I – Memória: A memória representa a base de toda atividade psíquica, pela sua capacidade de reter, evocar espontaneamente acontecimentos anteriores, de modo a serem eles novamente apresentados à consciência sob forma de imagens. O ser humano adquire engramas a todo instante e durante a vida toda, seja de forma espontânea ou pelo esforço da vontade. Dessa maneira se formam os conhecimentos adquiridos através da repetição dos estímulos, com o fim de fixar determinadas representações. Para muitos, a memória propriamente dita é um processo puramente fisiológico. Costuma-se dizer que a criança tem ótima memória de fixação, enquanto o ser idoso, a de evocação; daí as longas histórias minuciosas contadas por nossos avós. A memória também pode ser alterada por intoxicações, traumatismos físicos ou psíquicos. O fenômeno do já visto antigamente era muito valorizado, mas o advento da televisão, que bombardeia imagens constantes na memória do indivíduo, fez com que tal distúrbio fosse desvalorizado. O mesmo não acontece com o nunca visto.

J- Sensopercepção: A sensopercepção ou representação é a reprodução na consciência de percepções passadas. Podemos definir também como sendo um fenômeno psicofisiológico, em que a pessoa toma conhecimento da presença imediata dos objetos externos através das modificações que eles imprimem aos diversos órgãos sensoriais. Enquanto a sensação é uma atividade mais simples, a percepção é mais complexa, sendo essa última uma atividade consciente, porque pode enfraquecer e mesmo cessar, estando em relação com os diversos graus de dissolução

da consciência. Na percepção, nós temos as imagens, daí o termo representação. Os distúrbios da sensopercepção podem ocorrer em um ou mais órgãos do sentido como olfato, audição, visão, tato ou órgãos cinestésicos.

L – Inteligência: É a capacidade para adquirir e acumular experiências, visando resolver os problemas que a vida impõe. O coeficiente de inteligência é classicamente representado pela fórmula:  $QI = (Idade\ Mental / Idade\ Cronológica) \times 100$ .