

REINserÇÃO NA COMUNIDADE DE DOENTES PSIQUIÁTRICOS DE EVOLUÇÃO PROLONGADA

Criação de uma Estrutura Residencial

A. GUILHERME FERREIRA, M.J. HEITOR DOS SANTOS, J. SENNFELT, A. CARDOSO, M.L. SANTOS

Hospital Miguel Bombarda. Lisboa

RESUMO

A segregação da comunidade dos doentes mentais de evolução prolongada conduz a uma maior incapacidade psiquiátrica. O processo de reabilitação visa o desenvolvimento de autonomia e realização pessoal e deverá estar associado a uma continuidade dos cuidados prestados. Na reinserção social destes doentes existem necessidades prioritárias a satisfazer entre as quais a da habitação. A escassez no nosso país de recursos comunitários, nomeadamente residenciais, levou-nos, no âmbito de uma experiência piloto, a um projecto para a criação de uma estrutura para esse fim. Desenvolvem-se pontos essenciais tais como a definição da estrutura, formação dos técnicos, selecção e treino dos doentes, levantamento dos apoios comunitários, financiamento e indicadores de eficácia. Finalmente, são apontados erros a evitar na concepção de estruturas como a descrita.

SUMMARY

Community Resettlement of long-term Psychiatric patients - Creation of a residential unit

Segregation from the community of long-term psychiatric patients leads to an increase in psychiatric disability. The rehabilitation process envisages the development of autonomy and personal realization and must be linked to a continuity of rendered care. In the resettlement of these patients there are priority needs to fulfill along with housing. Scarceness of community resources, in our country including accommodation facilities, led us to a project aimed at creating a residential unit within a pilot experiment. Essential points are focussed, namely unit definition, staff formation, patient selection and training, community resources survey, financing and efficacy indicators. In conclusion, possible errors to avoid in the conception of a unit such as the one described are pointed out.

INTRODUÇÃO

A patologia psiquiátrica de evolução prolongada, nomeadamente a esquizofrenia, não é condição por si só para provocar a segregação de uma pessoa da comunidade. Quando se dá essa segregação, a incapacidade do doente acentua-se o que conduz a uma diminuição da sua autonomia, tornando-o dependente do serviço hospitalar onde está inserido ou da família.

A existência de estruturas comunitárias, alternativas ou complementares ao hospital psiquiátrico, visa estimular as capacidades de relação do doente aos máximos níveis possíveis de independência e integração.

Deverão essas estruturas ser adaptadas às necessidades do doente com maior ou menor incapacidade psiquiátrica ou, pelo contrário, deverão essas incapacidades ser reduzidas ao mínimo, no sentido de os indivíduos se poderem integrar num ambiente tão normalizado quanto possível?

Pensamos que é do equilíbrio destes dois vectores que poderá resultar uma prestação eficaz, quer de cuidados comunitários quer de cuidados hospitalares. Para tal, os canais de comunicação entre os consumidores e os serviços, assim como entre os técnicos, deverão estar abertos. Além disso, todo o processo de reabilitação e reintegração social, necessários à sobrevivência na comunidade, deverá ser contínuo.

Foram identificadas, ao nível da intervenção, algumas dimensões associadas com a continuidade dos cuidados prestados¹:

Intervenção Longitudinal, em que os serviços prestados aos doentes variam de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo.

Ação Individual, em que o programa deve ser orientado de acordo com cada doente e família, se esta existir.

Intervenção englobante, pressupondo o tratamento, em sentido lato, multidisciplinar e envolvendo também a própria comunidade.

Flexibilidade e acessibilidade necessárias, a fim de assegurar que mudanças súbitas nas circunstâncias de vida possam trazer respostas igualmente rápidas.

Relacionamento constante entre o paciente e o pessoal de saúde.

Neste sentido, verificar-se-ão ações que resultarão num espectro de mudanças que vão desde a qualidade de vida do paciente até, sob o ponto de vista administrativo, uma reconversão gradual dos recursos.

Sem pretendermos com este trabalho debruçarmo-nos sobre o vasto campo da reabilitação psiquiátrica², da tão polémica desinstitucionalização³ e da diversidade na prestação de cuidados comunitários⁴, queremos no entanto sublinhar aspectos que consideramos essenciais. Independentemente do modelo adoptado é prioritário ir ao encontro das diferentes necessidades básicas dos nossos utentes - habitação, suporte económico e tratamento médico⁵ - além da oportunidade de formação e colocação profissional, socialização e actividades lúdicas, atendendo sempre à motivação do indivíduo e procurando o seu envolvimento em todo este processo. Finalmente, existe uma tarefa complexa que consiste em encontrar o nível correcto de estimulação para uma determinada pessoa⁶.

Perante a escassez, no nosso país, de alternativas na comunidade ao hospital psiquiátrico, nomeadamente residências, será descrito um projecto de criação de uma estrutura residencial para doentes psiquiátricos de evolução prolongada, sem apoio familiar, no âmbito de uma experiência piloto. Um ponto crucial é o modelo que propomos ser dirigido para uma doença que se sabe ser crónica e de longa duração, e não auto-limitada, ou de curta duração, como se supõe em outros tipos de modelos, já anteriormente utilizados, com prejuízo para os utentes⁵.

No primeiro trimestre de 1988, estudou-se a melhor maneira de proceder à criação dessa estrutura.

Os parâmetros analisados foram os seguintes:

I) Definição da estrutura que se pretendia criar

II) Sensibilização e formação dos técnicos de saúde que iriam estar envolvidos na preparação dos doentes, para a sua reinserção na comunidade

III) Critérios de selecção dos doentes, sua avaliação e treino

IV) Levantamento das estruturas comunitárias de apoio, fundamentalmente na área onde se situaria a estrutura residencial

V) Financiamento dessa estrutura

VI) Avaliação da eficácia.

Definição da estrutura

Pretendia-se: criar uma unidade polivalente que fosse simultaneamente, Centro de Acolhimento, Estrutura de

Transição ou Intermédia e Local de Residência de doentes psiquiátricos crónicos em fase de estabilização, sem apoio familiar, mas que possuíssem meios de subsistência próprios⁷.

Como Centro de Acolhimento, receberia durante curtos períodos utentes sem possibilidade imediata de morada, podendo servir também de Local de Residência permanente para aqueles porventura mais dependentes.

A Estrutura Intermédia tem uma lógica diferente, se a compararmos com a instituição psiquiátrica (o Hospital), ou com o serviço ambulatório de cuidados psiquiátricos; ela promove a Integração Social e a Autonomia do doente^{8,9}.

A estrutura a criar constaria em primeiro lugar de um espaço. A criação deste seria num local em que já existisse uma relação e abertura entre os serviços de Saúde Mental e a comunidade.

O número de técnicos empregados na estrutura iria depender das capacidades dos residentes. Dado que a selecção dos doentes apontaria precisamente para aqueles menos deteriorados, com melhores aptidões para funcionarem o mais autonomamente possível, seria necessário apenas um supervisor num primeiro período (previa-se cerca de seis meses a um ano). A sua presença poderia ser limitada a 10-15 horas semanais e teria como finalidade fornecer auxílio na gestão da residência, nas relações internas do grupo e incentivar a articulação com a comunidade. Haveria ainda uma reunião semanal entre os residentes e o supervisor, para discutir qualquer problema que surgisse. No entanto, numa primeira fase (primeiros três meses), a supervisão poderia ser mais constante (na fase de instalação, adaptação), para uma melhor estruturação do tempo e das tarefas. Nessa fase, poder-se-iam realizar reuniões em dias alternados, não só para resolver problemas de gestão interna, mas também para fornecer estímulos agregativos de radicação de um grupo. Num segundo período, um técnico limitaria-se a visitar a unidade semanalmente.

As actividades dos residentes, iriam desde as ocupações diárias, em que se inclui o simples acto de ir às compras, até ao trabalho propriamente dito. Quanto a este, embora o objectivo primordial seja uma colocação no mercado de trabalho, nos casos em que tal não fosse possível, os indivíduos poderiam arranjar postos ditos transitórios, à imagem do que se pratica na Fountain House¹⁰. Para pessoas com maiores incapacidades, recorrer-se-ia ao tradicional emprego *protegido*¹¹. Ainda de referir a recreação, tanto em casa como fora dela, fazendo uso dos recursos da comunidade. A possibilidade de contar com estruturas de suporte social comunitárias, sensibilizadas para esse efeito, é fundamental, nomeadamente com grupos recreativos, desportivos, culturais e outros que acolhessem certos doentes para algumas das suas actividades.

Em relação aos Serviços Médicos e Sociais, quando necessários, seriam como para as outras pessoas da comunidade, através dos sistemas de saúde integrados (médico de família, etc.). A saúde física precária, tem sido apontada como um dos factores mais significativos afectando o ajustamento dos pacientes crónicos na comunidade. Assim tem que ser assegurado um suporte médico e dentário adequado que não poderá ignorar a menor procura voluntária de serviços médicos por parte dos doentes mentais¹².

Finalmente, haveria uma ligação com um ou mais médicos e outros técnicos de Saúde Mental do Hospital Miguel

Bombarda (HMB), através de reuniões regulares, para apoio e avaliação da estrutura e dos seus residentes e para uma maior integração num sistema articulado de cuidados.

Sensibilização e formação dos técnicos

Os técnicos envolvidos no projecto constituiriam uma equipa *multidisciplinar*, cuja orientação e formação estaria de acordo com as necessidades e objectivos do programa. Seria necessária uma formação especializada, direccionada para a reintegração social dos indivíduos. Esse grupo seria constituído por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e, se possível, grupos de voluntários. As organizações voluntárias são um dos pilares da prestação de cuidados comunitários na área da doença mental de evolução prolongada em alguns países, tendo também um importante papel de sensibilização. Podem ser citadas como exemplo a Psychiatric Rehabilitation Association, National Schizophrenia Fellowship e a MIND, entre outras, no Reino Unido.

Seleção e treino dos doentes

Seria fundamental que a selecção dos doentes fosse a mais correcta possível, dado que, por um lado, haverá sempre um resíduo institucional e, por outro lado, se sabe que a desinstitucionalização criou uma nova síndrome - S. da *Porta Giratória*¹³, surgindo um *cliente pós-tratamento* caracterizado por re-internamento, saúde física precária, isolamento social, dificuldades em tarefas diárias, desemprego crónico e pobreza². Surgiu um conceito de cronicidade, os "novos crónicos", indivíduos geralmente jovens, quer com hospitalizações superiores a um ano mas inferiores a cinco anos, quer com hospitalizações diversas perfazendo o mesmo período¹⁴. Todavia, muitos dos considerados "novos crónicos" são "velhos crónicos" que tendo vivido intercaladamente na comunidade requerem cuidados permanentes¹⁵. Por todos estes aspectos, a escolha teria de ser efectuada com critérios muito bem ponderados e rigorosos, além de um processo de reabilitação adequado.

a) Seleção Inicial (Items a considerar).

Número de pacientes^(oitava de 2), grupo misto, idade variável entre os 25-55 anos, estado civil (de facto), proveniência, situação profissional, internamentos anteriores em estruturas psiquiátricas, situação económica e avaliação psiquiátrica actual.

b) Seleção Posterior

Esta assentaria numa avaliação não só médica (psiquiátrica e somática) mas também das capacidades que o indivíduo ainda mantivesse, do ponto de vista ocupacional e social (este incluiria verificar se existia uma reforma ou pensão).

Assim, destas duas selecções, resultaria um grupo com as seguintes características gerais: uma certa estabilidade evolutiva, sem tendência para passagem ao acto e com possibilidade de autosubsistência económica, isto é, com regular inserção profissional ou com reforma ou pensão minimamente adequadas⁷.

No que se refere ao treino dos utentes, seriam desenvolvidos três níveis de acções, fundamentalmente 1) treino de aptidões pessoais e interpessoais, 2) treino vocacional e de capacidades de intervenção e 3) actividades recreativas.

1) Treino de aptidões pessoais e interpessoais

- cuidados pessoais (AVD, actividades da vida diária), incluindo responsabilização pela auto-administração da medicação.
- actividades domésticas (cozinhar, limpar, ir às compras).
- actividades comunitárias (servir-se dos recursos da comunidade tais como transportes, cinemas, bibliotecas, museus, restaurantes, etc.)
- socialização, o que incluiria a aprendizagem da interacção com os outros, prevendo uma diversidade de situações.
- gestão/orçamento domésticos para aquisição de alimentos, pagamentos de despesas
- reparações caseiras, conservação da habitação
- organização de actividades lúdicas (jardinagem, pintura, cerâmica, dança, teatro, jogos, passeios, ginástica, etc.)
- educação sexual.

2) Treino vocacional e de capacidades de intervenção para a procura de emprego.

Este é um dos aspectos cruciais no processo contínuo de reabilitação psiquiátrica, que pela sua complexidade e profundidade não será aqui desenvolvido. Contudo, é de considerar o eventual apoio (aliás já conseguido nos últimos anos) do C.R. Profissional de Ranholas/Alcoitão, ao abrigo de um protocolo de acordo com o HMB (equipa de Sintra).

3) Actividades recreativas.

Seria necessário encontrar o grau adequado, para minimizar os sintomas da doença e maximizar o comportamento funcional. De notar que as actividades recreativas, além de melhorarem a qualidade de vida, facilitam uma interacção social.

Todas estas medidas, visam promover a identidade e autonomia do doente psiquiátrico de evolução prolongada no âmbito da reabilitação psiquiátrica, ou seja, de um processo activo através do qual o indivíduo possa atingir o seu funcionamento psicológico e social óptimo e seja integrado no ambiente mais adequado e da sua escolha¹⁶. Em Janeiro de 1992, entrou em funcionamento a Unidade de Reabilitação Psiquiátrica do HMB¹⁷. Constitui um espaço privilegiado para as fases iniciais do processo de reabilitação visto ter, além de uma área de dia, uma área residencial com características diferentes da maioria das enfermarias do hospital. A sua finalidade é essencialmente a aquisição de competências pelos utentes e a tentativa de lhes fornecer suportes, em especial comunitários.

Levantamento dos Serviços Comunitários

Num programa de reinserção social e, em particular, quando se trata da criação de uma Unidade Residencial, deverá ser efectuado um registo de todas as estruturas comunitárias que de algum modo possam ser consideradas de utilidade pública. As estruturas a registar poderão ser governamentais, não-governamentais (privadas, ou semi-privadas), voluntárias e outras, com ou sem fins lucrativos. No que se refere a áreas propriamente ditas, estas cobrirão as de saúde, sociais, administrativas, culturais, religiosas, educativas, desportivas e de diversão.

Do mesmo modo, deverá proceder-se à identificação completa e à descrição das potencialidades de cada estrutura social como agente activo da comunidade.

Apresentamos, a título de exemplo, uma lista de algumas estruturas comunitárias que deverão ser obrigatoriamente registadas.

I) Grupos de voluntários e estruturas sem fins lucrativos
Bombeiros, Cruz Vermelha, Alcoólicos Anónimos e organizações similares, Centros de Dia, Centros de Formação Profissional, Grupos Políticos, Grupos de Apoio Social, Asilos, Grupos Religiosos, Cooperativas, Associações Clubísticas, Sociedades Recreativas, Corpos Policiais.

II) Estruturas de Saúde

Centros de Saúde, com discriminação dos serviços e horários, Hospital Distrital, Farmácias, Médicos, Enfermeiros, Clínicas Privadas, Ginásios de Fisioterapia, Estruturas de Saúde Mental, Dentistas, Misericórdias.

III) Serviços Sociais

Centro Regional de Segurança Social, com referência às suas atribuições e estruturas afins existentes na comunidade.

IV) Serviços Administrativos

Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, Serviços Camarários, Serviços Fiscais, Companhias de Serviços (p.e água, luz, telefone, etc.), Companhias de Seguros, Correios, Tribunais (várias instâncias), Turismo e actividades relacionadas, Centros de emprego.

V) Estruturas Culturais e de Interesse Público

Museus e Palácios, Jardins Públicos, Empresas de Camionagem, Caminhos de Ferro, táxis e outros transportes locais, Escolas de condução, Imprensa local, Bancos, Cinemas, Teatros, Lavandarias, Hotéis, Restaurantes, Cafés, Cabeleireiros, Barbeiros, Comércio local, incluindo Supermercados, Padarias, Mercado Municipal, Lojas diversas e outras.

VI) Serviços Religiosos

Igrejas, Capelas e outras estruturas religiosas de várias confissões.

VII) Serviços Desportivos.

Ginásios, Clubes Desportivos, Campos e Salas de Jogos.

Financiamento

O financiamento de uma estrutura como a proposta poderá ser misto e deverá ser suportado, conjunta ou separadamente, pelo Estado, pelas Autarquias, por entidades privadas e, inclusivamente, sempre que possível, com recurso a auto-financiamento.

Avaliação da eficácia

Existem *Indicadores* de eficácia deste tipo de estruturas, tais como:

1 - Taxa de Re-Internamento, a fim de definir, em que medida haverá uma redução no número e duração dos internamentos, comparando com períodos anteriores nos mesmos indivíduos ou com outro grupo controlo.

2 - Aumento do Índice de Ocupação, entendendo-se como tal actividades do quotidiano, em sentido lato, em oposição à inactividade que habitualmente caracteriza o hospital psiquiátrico asilar.

3 - Critérios de Clínica Psiquiátrica, nomeadamente avaliação baseada na entrevista e observação psiquiátri-

cas, em que se compara sintomatologia dos pacientes na estrutura residencial, com um grupo idêntico de doentes que ficaram no hospital psiquiátrico.

4 - Diminuição da Terapêutica Farmacológica, em relação a um período estabilizado dos mesmos indivíduos quando ainda no hospital.

5- Grau de independência,

6- de melhoria das interacções sociais

7- e Grau de satisfação, segundo um estudo a ser efectuado por Leff et al. (comunicação pessoal), estes três parâmetros fundamentais são superiores nos indivíduos a viver na comunidade, desde que adequadamente apoiados.

8- Grau de Funcionamento no Trabalho, verificando regularmente qual o absentismo e suas razões, o rendimento no local de trabalho e a capacidade de interacção com os colegas, entre outros factores.

9 - Redução de Custos: embora seja uma área controversa, alguns trabalhos apontam nesse sentido¹⁸, sobretudo se tivermos como paradigma uma situação já instalada e não em vias de organização.

CONCLUSÃO

Se nos reportarmos à experiência de outros países¹⁹⁻²², apesar de alguns possuírem realidades sócio-económicas e culturais diferentes da nossa, apercebemo-nos que podemos colher alguns ensinamentos no que se refere à prestação de cuidados ao nível da Saúde Mental e, em particular, aos cuidados na comunidade. Assim, designadamente no que se refere às estruturas residenciais, poderão ser evitados erros, tais como, a colocação de indivíduos nos chamados albergues. Estes são locais em que apenas são fornecidos dormida, pequeno almoço e, por vezes jantar, sem qualquer apoio durante o dia. Devem-se limitar a situações de emergência e por curtos períodos de permanência, dada a heterogeneidade e o elevado número de residentes que se verifica nesses locais, o isolamento social, a falta de apoio no emprego e o risco de abandono dos serviços de saúde, incluindo a vertente de reabilitação. Outro erro que tem sido identificado, é a criação involuntária de pequenos asilos, semelhantes ao hospital psiquiátrico, embora menos *medicalizados*. Daí, a nossa preocupação com o número reduzido de residentes, além do envolvimento e responsabilização destes em todas as actividades, com inclusão no financiamento da residência. A colocação em pequenos *ghettos* é outro erro, visto irem apenas reforçar a segregação social já apontada. Outro risco é a escolha dos *melhores doentes* para reabilitação e colocação na comunidade que nos irá eventualmente dar uma falsa ideia de êxito na concretização de um projecto deste tipo.

Embora o objectivo seja o indivíduo possuidor de patologia psiquiátrica não perder o acesso a uma forma de habitação independente, tal nem sempre é viável, quer pela própria incapacidade, quer por razões económicas. Nestes casos, parece-nos indispensável a possibilidade de poderem ser criadas alternativas, tendo sempre em atenção o binómio necessidade - escolha do indivíduo. A estrutura descrita poderia funcionar como local de passagem para uma forma de habitação independente.

Para se atingirem estes objectivos e face ao estigma social ainda frequentemente ligado à doença mental, são

necessárias algumas acções que passam pela educação da própria comunidade, pela existência de grupos de sensibilização constituídos pelas famílias e pelos próprios utentes, pela inclusão de outros técnicos, com formação específica diferente das tradicionais, nas estruturas comunitárias de saúde mental e pela criação de dispositivos legais que possam responder às necessidades desta população.

Deste modo, terão de ser reunidos esforços, a fim de se enfrentar o desafio que constitui o planeamento de serviços para doentes mentais de evolução prolongada, desafio este que não pode de forma alguma ser ignorado²³ e que passará também pela realização de projectos como o descrito.

BIBLIOGRAFIA

1. BACHRACH LL: Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry* 1981; 138: 1449-1456.
2. WATTS FN, BENNETT D, H: eds *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, John Wiley & Sons, Chichester, 1983.
3. MOLLICA RF: From Asylum to Community: The Threatened Disintegration of Public Psychiatry *The New England Journal of Medicine* 1983;308:367-373.
4. TURNER T: Community Care *British Journal of Psychiatry* 1988;152:1-3.
5. BELLACK AS, MUESER K, T: A Comprehensive Treatment Program for Schizophrenia and Chronic Mental Illness *Community Mental Health Journal* 1986; 22: 175-189
6. FOWLIE D.G. *Psychiatric Rehabilitation Psychiatry in Practice* 1987; (July/August): 21-22.
7. FERREIRA G: Os Serviços de Saúde Mental em Portugal: Estruturas Intermediárias in Os Serviços de Saúde Mental em Portugal - Passado, Presente e Futuro, Sociedade Portuguesa de Psiquiatria Social 1987:45-62.
8. STEFANI R: *Strutture Intermedie o Funzioni di Intermedazione Fogli di Informazione*, Bologna 1986; 126 (Nov.):2-8.
9. STEFANI R: *Strutture Intermedie: una parte di quale tutto? Fogli di Informazione*, Bologna 1986; 126 (Nov.):9-15.
10. BILBY R: A Response to the Criticisms of Transitional Employment *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1992; 16:69-82
11. WING JK, GIDDENS RG: *Industrial Rehabilitation of Male Schizophrenic* *Lancet* 1959; ii:505-507.
12. LIEBERMAN AA, COBURN AF: The Health of the Chronically Mentally Ill: A Review of the Literature *Community Mental Health Journal* 1986;22:104-117.
13. CATON CL, GOLDSTEIN J: Housing Change of Chronic Schizophrenic Patients: A Consequence of the Revolving Door *Social Sciences and Medicine* 1984; 19:759-764.
14. LERNER Y, POPPER M, ZILBERN: Patterns and Correlates of Psychiatric Hospitalization in a Nationwide Sample *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1989; 24: 121-126.
15. BEWLEY TH, BLAND M, MENCHEN D, WALCH E. New Chronic Patients *British Medical Journal* 1981; 283: 1161-1164.
16. UNGER K: *Reabilitação Psiquiátrica: filosofia, princípios e investigação Análise Psicológica* 1990; 2:163-169
17. RIBEIRO NA, DELGADO T. *Implementação de Uma Unidade de Reabilitação Psiquiátrica no Hospital Miguel Bombarda Gestão Hospitalar* 1990; VII;22-28
18. SHANKS J: Mental Illness Services in Britain: Counting the Costs, Weighing the Benefits *Hospital and Community Psychiatry* 1989; 40: 878-879.
19. TANSELLA M: Community Psychiatry without Mental Hospitals - The Italian Experience: A Review *Journal of The Royal Society of Medicine* 1986; 79:664-669.
20. GUDEMAN JE, SHORE MF: Beyond Deinstitutionalization: A New Class of Facilities for the Mentally Ill *The New England Journal of Medicine* 1984; 311:832-836.
21. KENDELL RE: The Future of Britain's Mental Hospitals *British Medical Journal* 1989; 299:1237-1238.
22. SHEPHERD M: Primary Care of Patients with Mental Disorder in the Community *British Medical Journal* 1989; 299: 666-669.
23. BACHRACH LL: The Challenge of Service Planning for Chronic Mental Patients *Community Mental Health Journal* 1986; 22:170-174.