

---

# Considerações Sobre o Atendimento Pós-Alta do Paciente Egresso Psiquiátrico Previdenciário\*

Geraldo Rosito \*\*

## RESUMO

*Trata-se de um estudo comparativo do número de internações ocorridas no período de dois anos antes e de dois anos após o início do tratamento no Plano de Atendimento do Paciente Egresso Hospitalar do INAMPS. Foi feita a revisão bibliográfica do assunto e de temas correlacionados. Procedeu-se ao levantamento estatístico - tabelas que mostram o número de reinternações, a distribuição da população-alvo em faixas etárias, correlação com sexo, grau de instrução, situação laborativa e distribuição quanto ao diagnóstico - visando possibilitar comentários acerca das idéias levantadas e, sobretudo, do atendimento prestado.*

## INTRODUÇÃO

A finalidade do presente relato é mostrar a evolução de um grupo de pacientes durante o período de dois anos antes e dois anos após o início do tratamento no Plano de Atendimento ao Egresso Hospitalar do INAMPS, principalmente no que diz respeito ao número de internações ocorridas neste período.

Durante a feitura do trabalho, à medida em que transcorria o levantamento do número de baixas nas fichas dos pacientes e também nos prontuários do Ambulatório Central de Psiquiatria, foi se verificando a riqueza de dados disponíveis e a proposta inicial foi

naturalmente ampliada. Assim, além do estudo comparativo do número de internações destes pacientes, procedeu-se ao levantamento estatístico da população também quanto a outras variáveis, tais como: distribuição em faixas etárias, correlação com sexo, estado civil, situação laborativa e distribuição quanto ao diagnóstico. Objetivou-se um levantamento que possibilitasse melhor compreensão de questões como por exemplo:

- como se caracteriza a população atendida no Serviço de Egressos quanto aos dados de identificação?
- em que faixas etárias predominam as reinternações?
- pacientes masculinos se reinternam mais que pacientes femininos?
- qual a inter-relação da situação laborativa com o objetivo do tratamento?
- há uma redução significativa do número de re-hospitalizações após o atendimento no Serviço de Egressos?

---

\* Trabalho apresentado no XII Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, Porto Alegre, 1983.

\*\* Médico Psiquiatra, formado pelo Curso Livre de Especialização em Psiquiatria do Instituto de Estudos Psiquiátricos. Título de Especialista qualificado pelo Conselho Federal de Medicina.

## DESCRICHÃO DO ATENDIMENTO

O Plano de Atendimento do Paciente Egresso Hospitalar do INAMPS está enquadrado no Plano Geral de Assistência Psiquiátrica do INAMPS no Rio Grande do Sul. O Atendimento ao Egresso está ligado ao Ambulatório Central de Psiquiatria administrativamente. Do ponto de vista técnico, mantém características específicas. Uma delas é que a assistência prestada aos segurados é realizada em consultórios particulares mediante credenciação específica. As consultas têm duração variável de acordo com as necessidades do tratamento, com horário previamente marcado, limitando-se a oito o número de pacientes diários para cada psiquiatra. Como objetivos básicos, este atendimento procura, evitando a re-hospitalização do paciente, uma reintegração, ao ambiente sócio familiar, e seu retorno ao trabalho. No conceito de Gerald Caplan, quanto ao objetivo de prevenção terciária, visa reduzir o efeito residual que continua após cessado o transtorno mental (1).

Nos casos de pacientes crônicos ou seriamente perturbados, são esperados resultados menos ambiciosos, como uma razoável adaptação extra-hospitalar com reinternações menos freqüentes e/ou menos prolongadas (2). É o aspecto da reabilitação, no dizer de Freedman, que dá significado a qualquer forma de atendimento extra-hospitalar (3).

Para atingir suas metas, a freqüência das consultas e a duração total do atendimento é variável. Isto é determinado pelo psiquiatra após uma avaliação que, sempre que possível, inclui a participação de familiares (4). Assim, podemos ter casos em que a assistência planejada não ultrapassa a um atendimento mensal por períodos longos ou não; outros casos, em

que é feita de forma mais intensiva, com atendimentos semanais durante um período inicial (1º. e 2º. mês), espaçando posteriormente (5). Este procedimento tem sido adotado em situações de reagudização da sintomatologia, com bons resultados.

Como suporte a este atendimento, os pacientes mais carentes recebem gratuitamente a medicação necessária.

O encaminhamento é feito pelo psiquiatra hospitalar sendo os pacientes provenientes dos hospitais psiquiátricos credenciados pelo INAMPS na capital: HPSP, HEPA, C. Pinel, mas a clientela abrange beneficiários residentes tanto na Capital, como na grande Porto Alegre.

Como complementação ao atendimento de egressos, há o recurso do hospital-dia, para onde o paciente poderá ser simultaneamente encaminhado por determinado período.

Este recurso tem sido particularmente útil em casos de depressão grave com risco de suicídio, onde o paciente poderá beneficiar-se com ECT "ambulatorial".

## LEVANTAMENTO DA POPULAÇÃO E COMENTÁRIOS

Revisamos uma população de 107 pacientes há dois anos em tratamento no Serviço de Egressos. A maioria são pacientes tratados desde o início pelo autor. Contudo, 11 pacientes iniciaram atendimento com outros colegas credenciados, sendo posteriormente transferidos a nossos cuidados.

Na Tabela I constam os dados de identificação dos pacientes.

TABELA I

Sexo		Idade						Estado Civil	
M	F	até 20a	de 21 a 29	de 30 a 39	de 40 a 49	de 50 a 59	+ de 60	casado, amigado	solteiro, viúvo, desquit, divorc.
35	72	5	22	21	28	24	7	52	55

O número maior de pacientes femininos parece estar de acordo com a população que mais freqüente o atendimento ambulatorial. A faixa etária predominante situa-se dos 40 aos 49 anos. É elevado o número de pacientes "sós" (6). Encontramos pacientes solteiros em razão das limitações de suas patologias, como

também pacientes que tiveram sua união desfeita pela intolerância do cônjuge aos reflexos da doença mental.

Quanto à situação laborativa, encontramos que a maioria está em Auxílio-Doença, como visto na Tabela II.

TABELA II

Sit. Funcional (à época do levantamento)	Trabalhador em atividade	Lidas domésticas	Aposentados	Em Auxílio-Doença	Dependentes
Pacientes	14	13	13	65	2

Estes dados sofrem pequenas variações à medida em que alguns tentam retornar ao trabalho, sendo bem sucedidos, e outros, periodicamente recorrem ao benefício. A maioria destes pacientes, não todos,

sentem-se ameaçados e perseguidos pelo médico ao ser tratado o tema. Vários fazem biscates, como também alguns aposentados.

A distribuição quanto ao diagnóstico é a seguinte:

TABELA III

Psicóticos			Fronteiriços (borderline)		Não-psicóticos				
Funcionais			Orgânicos			Não-orgânicos			Organ.
Trans- tornos afetivos	Síndrome Esquizo- frênica	Outros	Epilep- sias	Arterioes- clerose		Neurose histérica	Neurose depres- siva	Trans- torno de persona- lidade	Defi- ciência mental
24	22	2	1	2	16	15	18	5	2
Totais:		48	3		16	38			2

O diagnóstico estabelecido é predominantemente síndrômico. Predominam os pacientes psicóticos, o que contrariou a expectativa anterior ao levantamento. O fato deve-se possivelmente a que os pacientes fora de surto, especialmente os não-esquizofrênicos, apresentam boa remissão da sintomatologia psicótica. A alta percentagem de transtornos afetivos talvez se deva à consideração de outros critérios, além da sintomatologia. Nestes pacientes se considerou também a história familiar, a resposta terapêutica, evolução dos sintomas e periodicidade das recidivas, conforme preconiza Akiskal e o grupo autodenominado de neo-kraepelinianos (7).

Foram enquadrados na classificação de fronteiriços ("borderline") aqueles pacientes que tinham diagnóstico de neurose nas consultas, antes e após a hospitalização, e no momento da baixa constava diagnóstico de transtorno psicótico (geralmente sob o código 298 da CID).

Os quadros neuróticos apresentam-se em forma grave, ainda que com períodos de remissão de tempos em tempos. Nestas situações se enquadram no que Giel e Workneh conceituam como o "Queixoso Crônico" (8,9). A reagudização é sempre intensa, com ou sem desencadeante aparente. O desencadeante próximo pode ser muito variável, desde uma perda importante até simples afastamento do terapeuta, por motivo de férias.

A Tabela IV mostra, de modo sintético, os pacientes em sua distribuição quanto ao número de internações antes e após o atendimento.

TABELA IV

Nº. de internações	Diminuído	Inalterado	Aumentado
Pacientes	84	17	6

Observamos que 84 dos 107 pacientes se beneficiaram significativamente, do ponto de vista de evitar re-hospitalizações, do atendimento. A constatação tem

ainda maior significado em alguns casos de pacientes com várias baixas no período anterior ao ingresso no sistema (4, 5, 6, até 7 baixas nos dois anos anteriores) e que o atendimento possibilita evitar ou reduzir significativamente este alto índice de reinternações.

Em outras situações, ainda que o paciente tenha se beneficiado com menor número de reinternações, o atendimento não se mostrou igualmente eficaz, como, por exemplo, no caso de uma paciente que registrou sete baixas anteriores contra cinco em igual período, posteriormente ao atendimento. Já alertamos para as repercussões de situações de abandono sobre pacientes egressos em trabalho anterior (10). Trata-se de paciente esquizofrênico crônico que, mesmo estabelecendo certo vínculo com o tratamento, reagudiza periodicamente, face intenso rechaço familiar.

Houve 17 pacientes que baixaram igual número de vezes antes e após o atendimento. Revisando este grupo, observou-se que a maioria de reinternações ocorriam no período inicial de tratamento.

Acreditamos que melhores resultados podem ser obtidos, não considerando propositadamente outras variáveis, com atendimento mais freqüente neste período inicial, até o estabelecimento de um vínculo satisfatório com o tratamento. Tal procedimento nem sempre a agenda do médico possibilitava. Pacientes ou familiares mais interessados contornam esta dificuldade com o atendimento extra que o Plano de Egressos propicia. Observamos que outras situações em que a condição sócio-econômica inviabiliza o comparecimento mais freqüente, face a despesas maiores com a locomoção do paciente.

Outro fato que também nos chamou atenção foi que os pacientes nominalmente encaminhados pelo psiquiatra hospitalar vinculam-se melhor ao atendimento, em menor tempo, diminuindo o risco de re-hospitalizações no início do período pós-alta.

E, finalmente, registramos seis pacientes com maior número de baixas após o início do atendimento ao egresso. O principal fator constatado em três destas situações foi o envolvimento estruturado, em que o esforço terapêutico de tratar estas situações

específicas resultou ineficaz. Um destes casos com a recente aposentadoria conquistou a casa própria, quitando sua dívida junto ao Sistema Financeiro de Habitação; e prossegue em tratamento, o que evidencia que alterou-se a patoplastia, mas o substrato patológico permanece. Nos três casos restantes havia comprometimentos graves. Um caso é o de uma mãe solteira com depressão intensa, com tentativas de autodestruição, história familiar de suicídio, com quadro dissociativo intenso associado a elementos depressivos e paranóides, e uso episódico de bebidas alcoólicas e drogas. Havia risco também para a integridade física do filho de três anos que é deficiente mental. O objetivo limita-se a que se mantenha viva, ataque menos o filho, e que não engravide novamente. Outro caso refere-se a uma paciente crônica, com RS, em que a família era bastante intolerante e a rechaçava. Mais recentemente o trabalho junto aos familiares reorganizou esta situação e ela já colabora

inclusive com as filhas que moram no interior, na venda de artesanato feito por elas. Por fim, um paciente homossexual jovem, com crises dissociativas frequentes, que desde os sete anos quer ser mulher, o que desperta intensos conflitos com o pai, também psicótico, egresso de muitas baixas. O paciente perdeu a mãe por volta dos sete anos, sendo internado no Orfanato da FEBEM. No início do atendimento, várias vezes solicitou "injeções de hormônios" (sic) e tratamento cirúrgico para mudar de sexo. Houve uma época em que queria travestir-se. Uma vez que o pai conseguiu vir à entrevista, há poucos meses, a situação está mais favorável. Alugou uma peça e não mais reside com o pai. Com a diminuição dos atritos, mantém-se mais calmo e adaptado. Ocupa-se ajudando na nova casa e com faxinas eventuais.

A Tabela V nos informa a distribuição de re-hospitalizações por faixa etária, após ingresso do paciente no Sistema de Atendimento.

TABELA V

até 20a	de 21 a 29	de 30 a 39	de 40 a 49	de 50 a 59	+ de 60 anos
6	13	12	20	21	1

Observa-se que os pacientes de meia-idade e início da terceira idade se reinternaram mais. Esta constatação é coerente com o número elevado de pacientes encontrados na Tabela III, como portadores de transtornos afetivos. Trata-se de pacientes de maior risco epidemiológico. Guarda também coerência com a Tabela I, que mostra um predomínio de pacientes nesta faixa etária.

A seguinte tabela nos dá uma idéia da evolução comparada dos pacientes masculinos e femininos em função da redução do número de internações.

TABELA VI

Nº. de internações	Masculino	Feminino
Antes	66	118
Depois	30	43

O número de internações de pacientes masculinos caiu abaixo da metade, enquanto que os pacientes femininos experimentaram uma redução de quase dois terços. Sob este aspecto, a população feminina se beneficiou mais do atendimento.

Finalmente, os pacientes segundo o número de internações assim se dividem, antes e após o atendimento.

TABELA VII

Internações anteriores		
1 internação	2 internações	3 ou + internações
64	26	18

Estes pacientes, com uma, duas, três ou mais internações, totalizam um número apreciável de 184 baixas hospitalares, nos dois anos anteriores ao tratamento.

TABELA VIII

Internações posteriores			
Zero	1 internação	2 internação	3 ou + internações
61	29	12	6

Após o início do tratamento no Plano de Egressos os mesmos pacientes totalizaram 73 reinternações. Observou-se que o número de internações anteriores é bem maior, mais que o dobro. Importante destacar, pela repercussão pessoal, social e econômica do fato, que um número elevado de pacientes não mais se re-hospitalizou, isto é, o índice de hospitalização foi igual a zero. Isto considerando o fato de que a maioria do grupo é de pacientes psicóticos. Seguem vivendo fora do hospital até este momento, com variados graus de adaptação consigo próprios, com a família e a comunidade.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relatamos a revisão de um grupo de pacientes em atendimento no Serviço de Egressos. Tentamos caracterizar razoáveis esclarecimentos quanto ao trabalho diário que vem sendo realizado e seus possíveis efeitos. Junkes já alertou para o fato de o trabalho ser sentido persecutoriamente, quando não dispomos de avaliação e "feedback" para conhecer seus efeitos (12).

É óbvio que se trata de um simples levantamento e não de uma pesquisa. Enk levantou a utilidade de um estudo prolongado em que se compare a evolução de um grupo tratado após alta e outro grupo controle sem tratamento.

Sugerimos também, como possível desdobramento deste trabalho, que seja feita uma pesquisa metodologicamente bem orientada, comparando este grupo com outro grupo controle atendido ambulatorialmente em outros serviços que não se incluam dentro do Plano de Egressos do INAMPS.

Permitimo-nos considerar que o resultado foi alentador. Um igual e até maior número de re-hospitalização, em certos casos, não nos parece invalidar os resultados obtidos, antes nos estimulando a investigar as intesas perturbações encontradas, o que nos levou ao melhor conhecimento destes pacientes e do seu sofrimento.

Na nossa visão pessoal, mesmo nos casos graves, ainda que sigam se reiterando, há um benefício para os pacientes, na medida em que, sem este atendimento, possivelmente cronicariam nos pátios dos hospitais.

## SUMMARY

*A comparative study of the number of patients hospitalized during the two-year period before and the two-year period after the beginning of the treatment under the Plan for the Care of Patients Discharged from Hospital Within the National Health Service System (INAMPS). The literature on this subject and on related matters was reviewed. A*

*statistical survey was made-tables showing the number of patients who returned to hospital, the distribution of the population studied by age group, correlation with sex, level of education, job situation and distribution of diagnoses - to allow comments on the ideas surveyed and especially on the type of care given.*

## BIBLIOGRAFIA

- 1 CAPLAN, G. *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, N. York, 1964.
- 2 BRUNSTEIN, B. Alguns aspectos do atendimento psiquiátrico aos Egressos Hospitalares do INAMPS. In: *Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica*, VIII, Caxias do Sul, 1976.
- 3 FREEDMAN, A.M. Tertiary prevention. In: *Comprehensive Text Book of Psychiatry*, Baltimore, Williams Wil. Company, 1967, p. 1948-51.
- 4 PECHANSKY, I. & CHEFFE, E. Reabilitação de crônicos. In: *Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental*, 8º, Porto Alegre, outubro 1967, p. 131-43.
- 5 BLAYA NETO, F.; SEIXAS, P.H.; LIBEL, W.H. Atendimento do egresso hospitalar psiquiátrico do INPS. In: *Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica*, VIII, Caxias do Sul, novembro 1976.
- 6 ENK, I. *Estudo preliminar sobre uma forma de atendimento de pacientes egressos*. Trabalho apresentado na Conclusão do Curso de Especialização em Psiquiatria da FMPA, UFRGS, Porto Alegre, 1973.
- 7 AKISKAL, H.S. *Affective disorders: special clinical formes*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1979.
- 8 GIEL, R. & WORKNEH, F. O manejo do queixoso crônico. *R. AMRIGS*, Porto Alegre, 24(3): 220-5, jul./st. 1980.
- 9 ADAD, M. et alii. Contribuições ao atendimento de paciente na Central de Psiquiatria. In: *Encontro Interno de Debates Científicos do Ambulatório Central de Psiquiatria do INAMPS*, II, Porto Alegre, novembro 1982.
- 10 ROSITO, G. Considerações sobre um grupo de pacientes tratados por terapeuta estagiário. In: *Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica*, VIII, Caxias do Sul, 1976.
- 11 BASTOS, C. et alii. Atendimento de egressos em psicoterapia breve de família: relato de uma experiência. In: *Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica*, VII, Gramado, 1974.
- 12 JUNCKES, V. Algumas considerações sobre a consulta no Ambulatório Central de Psiquiatria. In: *Encontro Interno de Debates Científicos do ACP do INAMPS*, III, Porto Alegre, 1983.