

ARTIGO ORIGINAL

O monitoramento das inclusões residenciais em Psiquiatria: resultados preliminares da atividade da unidade de monitoramento e planejamento clínico

The monitoring of residential inclusions in Psychiatry:
preliminary results of the activity of planning and monitoring unit

El seguimiento de las inclusiones residenciales en psiquiatría:
los resultados preliminares de la actividad de la unidad de supervisión clínica y planificación

Marco ZUFFRANIERI¹, Gianfranco ALUFF², Cristina TROMMACCO³,
Marta MONCALVO⁴, Amistà ELENA⁵, Filomena GABRIELE⁶, Rocco Luigi PICCI⁷, Maria Pier FURLAN⁸

RESUMO

Introdução: A Unidade de Monitoramento e Planejamento Clínico (UMPC) tem finalidade epidemiológica clínica, mas, sobretudo, de avaliação e de melhoria da qualidade do serviço. **Objetivo:** descrever os percursos residenciais dos pacientes aos cuidados dos serviços de saúde mental. **Método:** Os percursos foram analisados sob dois pontos de vista: com base na gestão da estrutura e no tipo de intervenção (estes dois critérios foram entrecruzados) e com base na tipologia da estrutura. Foram acompanhados 213 pacientes. A primeira análise dos percursos residenciais foi efetuada considerando a subdivisão da oferta residencial do Departamento com base na gestão e no tipo de intervenção. **Resultados:** um número relevante destes pacientes permanece inserido por diversos anos, pode-se afirmar que os programas reabilitativos em funcionamento no interior das estruturas de apoio, permitem o melhoramento, ou, pelo menos, a manutenção da autonomia adquirida. **Conclusão:** O fato de existir numerosas passagens das estruturas protegidas, administradas pelo Departamento, a estruturas de apoio, como os Grupos de Apartamento, os Alojamentos de Apoio, indica uma boa capacidade dos programas de reabilitação, que atuam na comunidade, de preparar os pacientes aos novos projetos caracterizados por uma maior autonomia e independência pessoal.

Descritores: Reabilitação psicossocial; Autonomia; Serviços de saúde.

ABSTRACT

¹ Psicólogo. E-mail: marco_zuffranieri@yahoo.com

² Psicólogo. E-mail: gianfraluffi@libero.it

³ Técnico em Reabilitação Psiquiátrica. E-mail: cri_trom@hotmail.it

⁴ Médico especializando em Psiquiatria. E-mail: marta.moncalvo@virgilio.it

⁵ Psicóloga. E-mail: elena.amista@gmail.com

⁶ Psicóloga. E-mail: gabriele.filomena@gmail.com

⁷ Pesquisador Universitário em Psiquiatria. E-mail: rocco.picci@unito.it

⁸ Professor Efetivo de Psiquiatria. E-mail: piermaria.furlan@unito.it

* Direção Integrada Interempresarial de Saúde Mental e das Patologias de Dependência AOU San Luigi Gonzaga/ASL TO3 - Faculdade de Medicina e Cirurgia San Luigi Gonzaga, Universidade de Estudos de Turim, Orbassano - Turim, Itália.

Introduction: Planning and Monitoring Unit Clinical (UMPC) has clinical epidemiological purposes, but mainly for evaluating and improving the quality of service. **Objective:** To describe the journeys of patients to residential care for mental health services. **Method:** The routes were analyzed from two points of view: based on the management structure and the type of intervention (these two criteria were intertwined) and based on the type of structure. 213 patients were followed. The first analysis of pathways was performed considering the residential subdivision of the Department offer residential-based management and intervention. **Results:** A significant number of these patients remains inserted for several years, it can be stated that the rehabilitative program running inside the supporting structures, allow improving or at least maintaining the autonomy acquired. **Conclusion:** The fact that there are numerous passages of protected structures, administered by the Department, the support structures, such as groups of Apartment, the Accommodation Support, indicates a good capacity of rehabilitation programs, working in the community, to prepare patients to new projects characterized by greater autonomy and personal independence.

Descriptors: Psychosocial rehabilitation; Autonomy; Health Services.

RESUMEN

Introducción: Planificación y Monitoreo Unidad Clínica (UMPC) tiene fines epidemiológicos clínicos, pero sobre todo para evaluar y mejorar la calidad del servicio. **Objetivo:** Describir los viajes de los pacientes a la atención residencial a los servicios de salud mental. **Método:** Las rutas fueron analizadas desde dos puntos de vista: sobre la base de la estructura de gestión y el tipo de intervención (estos dos criterios se entrelazan) y en función del tipo de estructura. 213 pacientes fueron seguidos. El primer análisis de las vías se realizó teniendo en cuenta la subdivisión residencial de la oferta Departamento residencial basada en la gestión y la intervención. **Resultados:** Un número significativo de estos pacientes sigue siendo insertado desde hace varios años, se puede afirmar que el programa de rehabilitación se ejecuta dentro de las estructuras de soporte, permiten mejorar o al menos mantener la autonomía adquirida. **Conclusión:** El hecho de que hay numerosos pasajes de las estructuras protegidas, administradas por el Departamento, las estructuras de apoyo, tales como grupos de Departamento, el apoyo Alojamiento, indica una buena capacidad de programas de rehabilitación, que trabajan en la comunidad, para preparar a los pacientes a nuevos proyectos caracterizados por una mayor autonomía e independencia personal. **Descriptor:** Rehabilitación psicosocial; Autonomía; Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Com o início do processo de fechamento dos Hospitais Psiquiátricos (HP), no final dos anos 80, as regiões italianas tiveram que, pouco a pouco, se dotar de leis específicas relativas às modalidades de tratamento e assistência dos pacientes psiquiátricos.

Os locais de tratamento e assistência sempre representaram um elemento central para a psiquiatria. Com o passar dos anos, estes locais sofreram muitas mudanças, passando de soluções manicomiais, particularmente marcadas pelo componente de custódia, para soluções territoriais voltadas a uma melhor resposta às exigências terapêuticas, reabilitativas e

assistenciais trazidas pelos usuários do serviço.

Este processo, que levou o nome de “desinstitucionalização”, por obter resultados positivos onde bem administrado¹, foi muito longo e difícil, tanto na Itália, como em toda a Europa, onde, em medidas diversas, foram registradas diminuições na utilização de leitos hospitalares em favor de colocações alternativas.² Muitos problemas surgiram: altas médicas inadequadas³, a questão dos moradores de rua (*homeless*)⁴, o crescimento da população enclausurada⁵, os níveis insuficientes de assistência disponível⁶ e a complexidade em conseguir favorecer uma verdadeira integração na sociedade.³

Os pacientes, anteriormente internados, foram acolhidos no território em serviços com características diversas - também pela tipologia da intervenção - e foram criadas diversas equipes de trabalho, de modo a dar condições de inserção específicas para cada caso.

A mudança no delineamento do tratamento fez com que aparecessem contradições e potencialidades, com relação à capacidade da comunidade em acolher pessoas portadoras de transtornos psíquicos. Como é evidente, a presença e o modelo de estrutura residencial de um país depende também de fatores sociais e culturais, que influenciam o grau de disponibilidade das famílias de apoiarem e cuidarem domiciliarmente dos parentes doentes. Além disso, as soluções residenciais que mais favorecem a integração com a população, para poderem se estabelecer e se estabilizar, precisam da colaboração entre os órgãos sanitários, as administrações territoriais e os grupos interessados envolvidos. Daí a dificuldade em determinar os critérios de intervenção psiquiátrica mais eficazes para definir as exigências residenciais de uma população. Devido a esses elementos complexos, a relativa novidade da problemática e os custos econômicos que lhes são associados, os trabalhos em literatura e as linhas que regem o tratamento residencial em saúde mental são muito escassos.

Em 2000, o Instituto Superior de Saúde promoveu um projeto de pesquisa sobre as estruturas residenciais, o PROGRES - *PROGetto di ricerca sulle strutture RESidenziali*⁷, que tinha o objetivo de recensear as estruturas psiquiátricas da Itália.

No total, foi feito o levantamento de 1370 estruturas residenciais, com uma média de 12,5 postos por serviço.

O resultado revelou que 50,8% das estruturas estão ativas desde 1997, que 73,4% é caracterizado por uma cobertura assistencial 24 horas por dia, revelou ainda que 77,7% é financiado pelo Sistema Sanitário Nacional e que mais da metade é administrada diretamente pelos Departamentos de Saúde Mental (DSM). Além disso, o levantamento indicou que 58,5% dos usuários nunca foi internado em um HP nem em Hospital Psiquiátrico Judiciário (HPJ), enquanto 39,9% foi internado pelo menos uma vez em HP e 1,6% em HPJ.

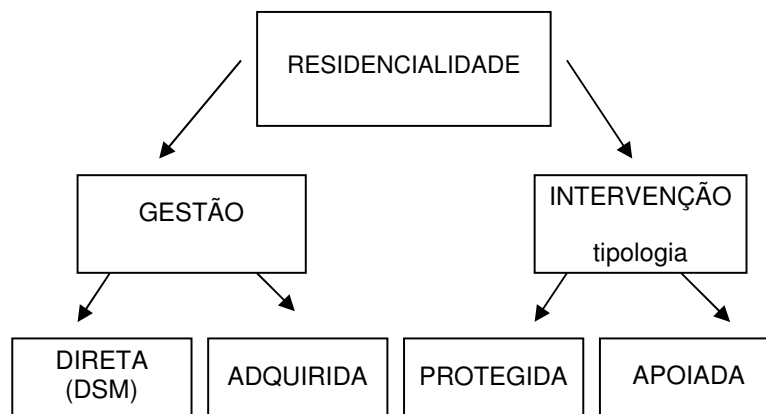
A dotação das estruturas e o número médio de postos variam entre as diversas áreas da Itália.

De dezembro de 2006 a dezembro de 2009, a Unidade de Monitoramento Departamental (UMD) de *Collegno* analisou os percursos reabilitativos residenciais dos usuários dos Serviços de Psiquiatria do Departamento de Saúde Mental (DSM) 5b (região de *Collegno*, 87.739 habitantes e região de *Orbassano*, 94.589 habitantes). Desde 2010, a UMD, desenvolvida na Unidade de Monitoramento e Planejamento Clínico (UMPC), se ocupa de todo o território da Empresa Sanitária Local - *Azienda Sanitaria Locale (ASL) TO3*, no que se refere aos usuários dos Serviços de Psiquiatria, Patologias das dependências, Psicologia e Neuropsiquiatria infantil, reunidos na Direção Integrada de Saúde Mental e Patologias das Dependências. O território de referência da *ASL TO3* é subdividido em nove distritos: *Collegno, Rivoli, Orbassano, Giaveno, Susa, Val Pellice, Val Chisone e Val Germanasca, Pinerolo e Venaria*, com uma população total de 582.823 habitantes.

A UMPC tem finalidade epidemiológica clínica, mas, sobretudo, de avaliação e de melhoria da qualidade

do serviço. Através do uso da informática e dos canais de comunicação, com a referência dos serviços e as várias agências departamentais, o Serviço se ocupa da atualização periódica do banco de dados, e, em analisar e avaliar detalhadamente a situação da Direção Integrada.

Um dos objetivos da UMPC é o de descrever os percursos residenciais dos pacientes aos cuidados dos serviços de saúde mental da *ASL TO3*. Com a finalidade de determinar a metodologia ideal, foi realizada uma análise das internações residenciais dos usuários do ex- Departamento de Saúde Mental 5b, a partir do ano de 2004 até o ano de 2010.



A Atividade Residencial com Administração Direta compreende as estruturas fornecidas pelas *ASL* e, por isso, diretamente administradas pelo Departamento, enquanto a Atividade Residencial Adquirida é fornecida por estrutura externa pelas quais é paga uma taxa para a inclusão dos pacientes. A primeira apresenta custos superiores que compreendem também os custos de manutenção da estrutura, mas permite um controle melhor dos projetos; a segunda tem os custos totais inferiores, mas a administração dos projetos é em boa parte entregue às estruturas que

MÉTODO

Os percursos foram analisados sob dois pontos de vista:

1. com base na gestão da estrutura e no tipo de intervenção (estes dois critérios foram entrecruzados);
2. com base na tipologia da estrutura.

A primeira análise dos percursos residenciais foi efetuada considerando a subdivisão da oferta residencial do Departamento com base na gestão e no tipo de intervenção, descrita conforme segue:

hospedam - habitualmente distantes do território de referência dos pacientes. O termo “protegida” indica uma estrutura com um nível de assistência e de intensidade terapêutica médio-alto, enquanto o termo “apoiada” pressupõe intervenções assistenciais e terapêuticas de menor porte e moduláveis, com base nas efetivas exigências dos usuários.

As subdivisões com base na gestão e no tipo de intervenção, podem ser associadas entre elas, criando assim, quatro tipos diversos de inserimentos residenciais:

1. protegida adquirida: Comunidade Protegida do tipo A (CPA e CPB), Comunidade Alojamento (CA), Comunidade Terapêutica (CT), Residência Assistencial e Residência Assistencial Flexível (RA e RAF);

2. protegida direta: Comunidade Protegida “*Il Barocchio*” no território de *Grugliasco* e Comunidade Protegida “*Bonacossa*” no território de *Collegno* (CPB);

3. apoiada direta: Grupos de Apartamento e Alojamentos de Apoio de *Collegno*, *Grugliasco* e *Orbassano*, Inclusões Heterofamiliares de Apoio de Adultos (*IESA* - *Inserimenti Eterofamiliari Supportati di Adulti*);⁸

4. apoiada adquirida: Grupos de Apartamento.

No que se refere à análise com base na tipologia da estrutura, foi necessário subdividir as estruturas em três categorias que descrevessem a função principal: de proteção, assistencial e de apoio. Em todos os três casos foram consideradas específicas referências legislativas e administrativas.

Com a base de dados disponível é possível avaliar o percurso dos pacientes que em 2004 eram hóspedes de uma estrutura, independentemente do fato de a pessoa já ter sido incluída ou não, nos anos precedentes. Em seguida, a análise de cada percurso é continuada até o ano de 2010, considerando também os percursos que no curso dos anos foram interrompidos.

RESULTADOS

O resultado, do qual se fornecem alguns dados, compreende 213 pacientes residentes no território de *Collegno*, *Grugliasco* e *Orbassano*, sob os cuidados dos Centros de Saúde Mental de *Grugliasco* e *Orbassano*.

Desses 213 pacientes, 141 ainda estavam inseridos em uma estrutura no ano de 2010, isto é, no final do estudo. Ao término do estudo, os 72 pacientes restantes, não tinham um projeto residencial de competência psiquiátrica.

Os dados mais significativos do estudo se referiram a:

- pacientes que passaram de estruturas de proteção - em particular daquelas sob gestão direta - a estruturas de apoio (22%). Um número menor de pacientes efetuou o movimento oposto ao anterior, ou seja, de uma estrutura de apoio para uma estrutura de proteção (12%). A maior parte deles foi inserida em uma estrutura de proteção sob gestão direta, mantendo, desse modo, o território de referência estável;

- pacientes que, seja em 2004, seja em 2010, estavam em uma estrutura de proteção adquirida (29%), dos quais a maior parte sem solução de continuidade, por toda a duração do estudo;

- pacientes que continuaram inseridos em uma estrutura de apoio sob gestão direta, durante todo o estudo (18%), em particular em Grupos de Apartamento e Alojamentos de Apoio, mas também, em número menor, em *IESA*;

- a maior tendência, em 2010, é estar na própria moradia proveniente de uma estrutura sob gestão direta, mais que de uma sob gestão adquirida.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo preliminar permitem algumas reflexões em relação à residencialidade apoiada e à residencialidade protegida.

No que se refere à residencialidade apoiada aparecem evidentes resultados

positivos. O fato de existir numerosas passagens das estruturas protegidas, administradas pelo Departamento, a estruturas de apoio, como os Grupos de Apartamento, os Alojamentos de Apoio e IESA, indica uma boa capacidade dos programas de reabilitação, que atuam na comunidade, de preparar os pacientes aos novos projetos caracterizados por uma maior autonomia e independência pessoal. Ao mesmo tempo, comprova a capacidade das soluções residenciais de apoio de acolherem usuários provenientes de tratamentos comunitários. Além disso, considerando que um número relevante destes pacientes permanece inserido por diversos anos, pode-se afirmar que os programas reabilitativos em funcionamento no interior das estruturas de apoio, permitem o melhoramento, ou, pelo menos, a manutenção da autonomia adquirida. Estes resultados estão de acordo com os poucos estudos disponíveis sobre a eficácia dos alojamentos de apoio (*supported e supportive housing*) que apresentam nestas sistematizações uma melhoria das condições clínicas e da qualidade de vida.⁴ Disponibilizar uma casa é um pré-requisito para a reabilitação, não só como inclusão, mas também porque estabelece as bases para poder realizar específicas intervenções de recuperação ou aquisição de autonomia. Do mesmo modo, são úteis as intervenções reabilitativas semiresidenciais, em particular, o apoio domiciliar voltado àqueles pacientes presumivelmente já em condições de ocupar-se de maneira autônoma das próprias necessidades pessoais. Provavelmente um emprego maior de inclusões do tipo domiciliar poderia garantir uma maior oportunidade no planejamento e na realização do tratamento, com vantagens em termos de prevenção e

com economia pela redução das intervenções residenciais mais onerosas.

Um outro dado significativo se refere às estruturas de proteção que se caracterizam por apresentar internações mais longas. Isso se refere sobretudo à residencialidade protegida adquirida, que compreende comunidade externa e direção socioassistencial. Esse tipo de estrutura distancia o paciente do seu território de origem, para além do seu núcleo familiar e diminui o controle direto dos DSM sobre o andamento do projeto de reabilitação.⁹ O projeto acima citado *PROGRES*, detectou taxas baixas nas altas médicas e uma baixa queda (*turnover*) nas estruturas residenciais italianas, sugerindo que pudesse ser devido a uma inadequação dos programas de reabilitação.

A disponibilidade dos programas residenciais à alta intensidade terapêutica, voltados para a prevenção da cronicidade, poderia prevenir, pelo menos em parte, os longos períodos de inclusão do paciente em comunidade, permitindo-lhe, ao mesmo tempo, desfrutar, sobretudo, de intervenções do tipo apoiado. Um risco no qual se pode incorrer nesse contexto do qual falamos, tanto autores italianos^{7,10}, como autores internacionais^{3,5}, é o da transinstitucionalização ou reinstitucionalização, o que quer dizer, o risco de que as atuais estruturas residenciais se transformem em pequenos espaços institucionais.

REFERÊNCIAS

1. Furlan PM, Zuffranieri M, Stanga F, Ostacoli L, Patta J, Picci RL. Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's psychiatric hospitals. *Psychiatric Services*. 2009;60:1198-202.

2. Novella EJ. Theoretical accounts on deinstitutionalization and the reform of mental health services: a critical review. *Med Health Care Philos.* 2008;11(3):303-14.

3. Fakhoury W, Priebe S. Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry.* 2007;6(8):313-6.

4. Nelson G, Aubry T, Hutchison J. Housing and Mental Health. Center for International Rehabilitation Research (CIRRIE) [internet]. 2010 [acesso em 2010 Dez 12]. Disponível em: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/132>.

5. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, et al. Turner Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ.* 2005;330(7483):123-126.

6. Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Adv Psychiatr Treat.* 2004;10:180-8.

7. Picardi A, de Girolamo G, Morosini P. Le strutture residenziali psichiatriche in Italia - Risultati preliminari della fase 2 del progetto PROGRES. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità.* 2003;16(2):3-9.

8. Aluffi G, Zuffranieri M, Amistà E, Furlan PM, Ostacoli L, Picci RL. Adult foster family care in Italian mental health services: a survey. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2010;19(4):348-51.

9. Vitali M, Zaccagni M, Bonello M, Aceti F. L'assistenza psichiatrica in Italia. *Riv Psichiatr.* 2010;45(2).

10. Piccione R. Il futuro dei servizi di salute mentale in Italia. Significato e prospettive del sistema italiano di

promozione e protezione della salute mentale. Milano: Franco Angeli; 2004.

Data da submissão: 2011-11-15

Aceito: 2012-06-01

Publicação: 2012-06-30