

Planeamento e desinstitucionalização psiquiátrica

J. G. Sampaio-Faria

Os cuidados especializados de saúde mental e psiquiatria têm, como se sabe, vindo a ser prestados no contexto de grandes unidades hospitalares psiquiátricas existentes nas principais cidades do País. Contudo, esta prática tem vindo progressivamente a ser posta em causa e a recomendar-se o desenvolvimento de uma rede de serviços compreensivos comunitários que funcione como uma verdadeira alternativa descentralizada e eficaz ao modelo existente.

Este artigo, utilizando elementos obtidos a partir dum questionário especialmente preparado para ser preenchido pelos especialistas responsáveis de cada doente internado no dia do estudo, no distrito de Leiria, mostra os serviços requeridos pelos doentes actualmente internados, bem como aqueles onde poderiam ter com vantagem sido tratados, se existissem à data do actual internamento.



J. G. Sampaio Faria é Assistente da Escola Nacional de Saúde Pública, responsável pela Cadeira de Saúde Mental e Assistente do Hospital Miguel Bombarda, Lisboa.

Desde há muito que em Portugal se conhecem os desenvolvimentos conseguidos nas últimas décadas no que respeita à etiologia, tratamento e reabilitação da doença mental e desde logo a multiplicidade de serviços necessários a uma adequada prestação compreensiva e flexível de cuidados às comunidades em risco e aos indivíduos afectados pela doença mental.

Apesar de, já em 1963, essa necessidade ter sido oficialmente reconhecida e mesmo vertida na lei de saúde mental n.º 2118, o certo é que até ao presente, condicionalismos de vária ordem não têm permitido um desejável desenvolvimento dos programas que visem a implementação de mecanismos e estruturas terapêuticas comunitárias alternativas ao modelo preponderante existente de hospitalização psiquiátrica de tipo asilar.

São conhecidas as insuficiências deste modelo e também já existe suficiente informação além-fronteiras quanto aos inconvenientes duma desinstitucionalização selvagem e sem contrapartida em apoios terapêuticos extra-asilares adequados. No *Quadro 1* pode constatar-se que entre nós, a tendência recente para o decréscimo global de 1.^{as} admissões psiquiátricas, verificada desde 1973 (2,9%) tem sido substancialmente contrariada pelo explosivo aumento das readmissões, muito especialmente das de tipo múltiplo (+ 48%) (Sampaio-Faria, 1981).

Este fenómeno pode sugerir o clima de "laissez-faire" adoptado quanto aos programas de desinstitucionalização processados e dando plena actualidade à afirmação de Maxwell Jones de que a saída extemporânea de muitos doentes hospitalizados obedece muito mais a considerações de ordem política e económica do que a uma estratégia terapêutica devidamente planeada (Fowler, 1980).

Por isso, o planeamento adequado de serviços alternativos à hospitalização psiquiátrica tradicional é um imperativo e um pressuposto básico de todo o programa que vise a desinstitucionalização do doente internado.

O presente estudo, realizado recentemente no distrito de Leiria, tem como objectivo fundamental contribuir para esse fim, através da aplicação de novas perspectivas e métodos, desenvolvidos em íntima colaboração com os gestores e profissionais locais, e passíveis de ajudar a planear de modo racional o conjunto de serviços apropriados à satisfação das múltiplas necessidades em matéria de cuidados, que os doentes deste fôro, geralmente requerem.

Método utilizado

Foi realizado um inquérito no dia 25 de Novembro de 1981 a todos os doentes internados nas duas instituições existentes no distrito e preenchido pelo especialista responsável por cada um dos doentes estudados.

Este inquérito especial, preparado no âmbito do Grupo de Planeamento de Saúde Mental da Área Metropolitana de Lisboa em 1981, inclui, para além de questões básicas relativas à identificação, residência, características pessoais e internamento de cada doente, perguntas destinadas a conhecer o tipo de serviços alternativos de que o doente poderia beneficiar com vantagem caso existissem, antes e na sequência do presente internamento.

Os trabalhos de ajuste, ensaio e execução local do estudo foram realizados no âmbito da Administração Distrital de Saúde (A.D.S.) de Leiria e

tiveram a participação conjunta dos responsáveis e especialistas do Centro de Saúde Mental e da A.D.S..

Utilização dos serviços de internamento existentes

No dia do inquérito estavam internados 100 doentes, o que dá uma taxa global de internamento em-1-dia no Distrito, de 2,3/10 000 habitantes. A distribuição por sexos mostra um claro predomínio dos homens (68%) e as taxas de internamento aumentam significativamente com a idade, como se pode ver no *Quadro 2*.

Verifica-se também que dos existentes, 79% se apresentavam na situação de viúvo ou solteiro.

Em termos de lugar, as taxas de internamento variam consideravelmente nos concelhos do distrito, registando-se um intervalo de variação dilatado, compreendido entre 1,0 (Alvaiázere) e 5,6 em Óbidos (*Fig. 1*). É patente ainda a inexistência de internados residentes nos quatro concelhos nordestinos de Ancião, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra e Pedrógão Grande, o que pode, em termos de planeamento, sugerir mais fácil acessibilidade da população desta área para instituições situadas fora do distrito.

No *Quadro 3*, que mostra o tipo de patologia psiquiátrica determinante do presente internamento, pode ver-se que a esquizofrenia, a oligofrenia e o alcoolismo representam, só por si, 85% do total de admissões.

Doentes internados que poderão, a curto prazo, sair do hospital para serviços alternativos

No *Quadro 4*, que apresenta em termos percentuais as alternativas à hospitalização dos doentes presentemente internados no distrito, verifica-se que, a longo prazo (1 ano), 67% beneficiariam duma unidade de convalescentes e evolução prolongada (U.C.E.P.), 19% dum lar, 1% e 1% respectivamente de um lar post-cura e alojamento protegido, 6% de tratamento em centro de recuperação de alcoólicos e 5% poderiam receber cuidados em casa. É curioso notar ainda que 18% dos doentes estariam a muito curto prazo (2 meses) em condições de beneficiar já de U.C.E.P. (6%), lar (5%), lar post-cura (1%), alojamento protegidos (1%) e 5% de tratamento em centro de recuperação de alcoólicos (C.R.A.).

As razões invocadas para a permanência prolongada (superior a 2 meses) destes doentes foram, de acordo

Quadro 1

1.^{as}, 2.^{as}, 3.^{as} e mais admissões nos estabelecimentos de psiquiatria com internamento no período 1969/78

	1. ^{as}	2. ^{as}	3. ^{as} e +	TOTAL
1969	6 026	1 323	1 287	8 636
1970	6 475	1 662	1 576	9 713
1971	6 905	1 728	1 816	10 449
1972	7 205	1 885	1 950	11 040
1973	7 770 (28,9)	1 807 (36,6)	1 837 (42,7)	11 414 (32,2)
1974	8 045	2 128	2 292	12 465
1975	8 763	2 293	2 721	13 777
1976	8 465	2 432	2 899	13 796
1977	7 821	2 352	2 715	12 888
1978	7 543 (25,2)	2 227 (68,3)	3 175 (146,7)	12 945 (49,9)

Quadro 2

Doentes internados em 25/XI/1981, por grupo etário, no Distrito de Leiria

Grupo Etário	Percentagem Relativa	Taxa de Internamento (10 000)
20-29	10	2.0
30-39	15	3.1
40-49	23	4.9
50-59	16	4.2
60-64	9	5.1
65-69	8	5.6
70-74	6	5.7
75 e +	10	8.1
Desconh.	3	—

Quadro 3

Doentes internados em 25/XI/81, por diagnóstico, no Distrito de Leiria

Diagnóstico	Percentagem
Esquizofrenia	42%
Oligofrenia	24%
Alcoolismo	19%
Demência	4%
Epilepsia	4%
Outros	6%
Sem doença	1%

com o apresentado no *Quadro 5* as clínicas, em 20% dos casos, a inexistência de serviços residenciais e terapêuticos extra-hospitalares adequados em 55% e de ordem familiar e económica em 25%.

Foi o doente tratado no serviço adequado?

O *Quadro 6* exhibe as necessidades em tipo de serviços alternativos, caso deles se dispusesse antes do internamento actual.

Com efeito, apenas 15% teriam necessidade de ser cuidados no actual serviço, sendo de 71% o total dos que, com vantagem, poderiam utilizar serviços alternativos, como, unidades de agudos em hospital geral (7%), U.C.E.P. (44%), hospital concelhio (2%), Lar (10%), alojamento protegido (1%), C.R.A. (6%) e o domicílio em 1.

A taxa de internamento no dia do censo (2,3 casos por 10.000 habitantes) fica bastante aquém da verificada no país globalmente, e que atinge valores médios diários próximos dos 10% habi-

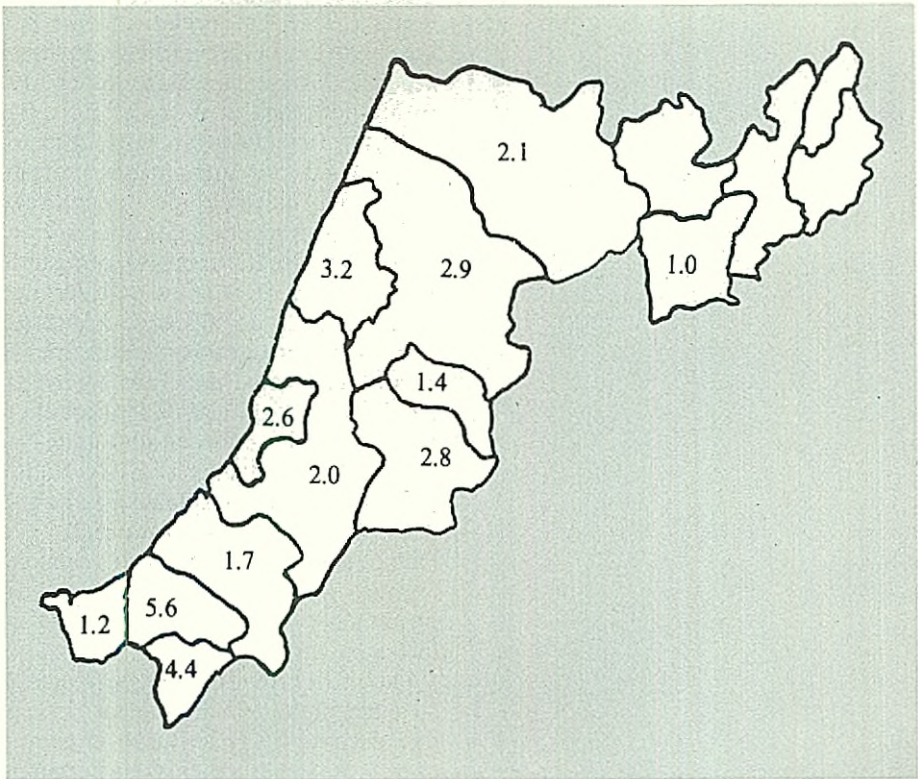


Figura 1
Distrito de Leiria. Internamento psiquiátrico. Taxas de internamento/10000 hab. 1981

Quadro 4
Alternativas à hospitalização dos doentes actualmente internados no Distrito de Leiria, a curto prazo (2 meses) e a longo prazo (1 ano)

Tipo de serviço	UCEP (a)	Lar	Lar Post-cura	Aloj. prot.	CRA (b)	Casa	Total
Tempo							
2 meses	6	5	1	1	5	—	18
1 ano	61	14	—	—	2	5	82
Total	67	19	1	1	7	5	100

(a) U.C.E.P. — Unidade de Convalescentes de Evolução Prolongada
(b) C.R.A. — Centro de Recuperação de Alcoólicos

Quadro 5
Razões de permanência além de 2 meses

TIPO	RAZÕES	PERCENTAGEM	
1	Clínicas	20%	20%
2	Inexistência de serviços residenciais ou terapêuticos extra-hospitalares adequados	55%	
3	2 + familiares	22%	80%
4	2 + 3 + económicos	3%	
	Total	100%	

tantes (1978). Estes relativamente baixos valores da prevalência de casos necessitados de internamento no distrito, poderão explicar-se por três ordens de razões fundamentais. Em primeiro lugar por uma menor morbilidade psiquiátrica da população residente; em segundo por uma escassez de recursos de internamento, obrigando à exportação de doentes para serviços situados fora do distrito, nomeadamente Coimbra e Lisboa; e em terceiro, pela excelência de uma rede comunitária ou extra-hospitalar de serviços alternativos bem coordenada com os restantes sub-sistemas locais de saúde e de segurança social, que ao assegurar a detecção precoce, o tratamento e a reabilitação da maioria dos casos em regime ambulatorio, faz diminuir obviamente a necessidade de recurso ao internamento.

Quanto à primeira hipótese, se a falta de elementos epidemiológicos seguros não permite a sua exclusão, o certo é que parece haver indícios que permitem pôr em dúvida a sua capacidade explicativa. Existe, com efeito, uma grande variação das taxas por concelho (desvio padrão de $\pm 1,3$, com intervalo de variação de 4,6), difícil de explicar por saltos epidemiológicos bruscos e marcados entre concelhos por vezes vizinhos (note-se que Óbidos e Bombarral formam um conjunto de elevada prevalência); por outro lado o desvio da taxa global de internamentos do distrito em relação à taxa média nacional é de tal modo elevado que deixa dúvidas quanto à dimensão real da procura e utilização hospitalar psiquiátrica nele existente. Acresce ainda que, nos raros estudos epidemiológicos psiquiátricos feitos entre nós e, em áreas populacionais não urbanas, se tem encontrado percentagens aparentemente elevadas de perturbações emocionais e mentais. A título de exemplo recorde-se que num inquérito conduzido em 1974 por A. Vaz Serra, (1976) numa amostra da população de Casas Novas (distrito de Coimbra, aproximadamente 30% dos homens e 39% das mulheres com mais de 16 anos apresentavam um quadro clínico psiquiátrico bem definido, embora a receber cuidados estivesse apenas uma escassa minoria (13 e 19% respectivamente dos homens e das mulheres afectadas). Evidentemente que estas altas percentagens incluem disfunções psíquicas e sociais mínimas resultantes dos critérios alargados usados na definição da perturbação mental, o que não impede contudo de sugerir necessidades elevadas em matéria de cuidados de saúde mental e psiquiatria. De interesse parece também a

reduzida percentagem de doentes internados em Leiria por situações depressivas sobretudo do fôro psicótico, apesar de se saber que as depressões constituem a segunda causa mais comum de internamento psiquiátrico em Portugal, logo a seguir ao grupo das esquizofrenias e antes das psicoses alcoólicas (*Quadro 3*). Possivelmente no distrito de Leiria este tipo de patologia psiquiátrica recorre mais ao tratamento ambulatorio, ou exprime a depressão através de queixas e doenças do fôro somático médico e cirúrgico. Refira-se ainda que a taxa de suicídio e lesões auto-infligidas neste distrito (12,7/100.000 hab.) é bastante superior à taxa global nacional (8,5/100.000 hab.) (I.N.E., 1975). Um último aspecto a considerar no esforço analítico que vimos fazendo sobre as possíveis razões epidemiológicas justificativas da baixa taxa de internamentos psiquiátricos existentes em Leiria, diz respeito às percentagens e taxas de internamento específicas do grupo etário de 65 e mais anos de idade. Em Leiria (*Quadro 2*), 24% dos hospitalizados têm mais de 65 anos de idade, 10% dos quais pertencem ao grupo dos de 75 e mais anos. Estes valores ultrapassam significativamente os correspondentes a nível nacional, que para os de mais de 65 anos se situam em 15,2% (1977), sendo de 5,5% os que neste grupo dizem respeito aos de 75 e mais anos. Vê-se assim que a frequência de internamentos de doentes idosos por motivos psiquiátricos parece ser até, no distrito de Leiria, bem superior ao verificado primeiramente nos restantes distritos portugueses.

Ficam assim equacionadas algumas das razões que sugerem a possibilidade de se não poderem explicar as baixas taxas de internamento psiquiátrico apresentadas pelo distrito de Leiria a partir apenas da hipótese menor prevalência e incidência das afecções deste fôro na sua população residente.

Um outro factor que poderia contribuir para esta baixa taxa de internamentos, seria o de se verificar um fluxo franco de doentes residentes no distrito para hospitais psiquiátricos situados fora do distrito (Coimbra e Lisboa sobretudo). Com efeito, a não utilização dos recursos de internamento psiquiátrico existentes no distrito, por residentes nos 4 concelhos nordestinos de Ancião, Figueiró dos Vinos, Castanheira de Pêra e Pedrógão Grande (*Fig. 1*), que assim, muito provavelmente e por razões de mais fácil acessibilidade geográfica procuram preferencialmente os serviços hospitalares de Coimbra, parece apontar nesse sentido. Seria útil conhecer com precisão o número de

Quadro 6
Necessidades em tipo de serviços alternativos caso deles se dispusesse antes do internamento actual

Actual Serviço	15%
Em Serviços Alternativos	71%
• Unidade de Agudos (Em Hosp. Geral)	7%
• U.C.E.P.	44%
• H. Concelhio	2%
• Lar	10%
• Aloj. Protegido	1%
• C.R.A.	6%
• Casa	1%

internamentos anualmente feitos nestas instituições psiquiátricas por residentes do distrito de Leiria, dados que de momento não dispomos. No que se refere a Lisboa, pode dizer-se que o fluxo de exportação para este distrito parece quase inexistente. Com efeito, no dia 31 de Dezembro de 1981, havia apenas 5 doentes internados no Hospital Miguel Bombarda com residência em Leiria (Aguiar, 1971) dos quais 4 são doentes residentes já há longos anos na instituição, e no Hospital Júlio de Matos o seu número foi também diminuto (13 no total).

Poderão as baixas taxas de internamento ser justificadas ainda pelo satisfatório funcionamento da rede alternativa de serviços de saúde mental e psiquiatria, que na área extra-hospitalar sobretudo, conseguem uma boa articulação com os restantes serviços de cuidados primários, de segurança social e até de apoios autárquicos em equipamentos residenciais para doentes do fôro psiquiátrico e medidas de prevenção ambiental?

A tentativa de resposta a esta questão fundamental permitir-nos-á abordar a adequação estruturo-funcional dos serviços que no distrito de Leiria prestam cuidados de internamento psiquiátrico. A primeira observação analítica a fazer é a de que, a longo prazo (1 ano), todos os doentes actualmente internados nas duas instituições existentes no distrito — que como se referiu na introdução são os hospitais das Brancas para doentes agudos e o dos Andrinos para doentes de evolução prolongada —, não necessitariam de estar a ocupar camas e serviços destinados a doentes de tipo agudo. De facto (*Quadro 4*), 67% necessitariam de ser cuidados numa Unidade para Doentes Convalescentes e de Evolução Prolongada (U.C.E.P.), 19% poderiam ter alta do hospital e serem internados num lar, 7% estarem a ser seguidos num Centro de Recuperação de Alcoólicos e 5% assistidos em casa. Quer isto dizer que em princípio nenhum doente do fôro psiquiátrico estará em situação de alta dependência técnica e profissional e portanto carecido de cuidados médicos de tipo intensivo por mais de 1 ano. Este período, que para a grande maioria dos doentes é na prática consideravelmente mais reduzido (cerca de 25 dias) (Sampaio-Faria, 1981) tem servido de critério internacional para definir, em termos de planeamento, o doente de tipo agudo. Note-se que já a 2 meses, 18% dos doentes actualmente internados em Leiria poderiam ser cuidados em serviços alternativos (*Quadro 4*).

Um outro aspecto a considerar é o da

elevada percentagem de doentes actualmente internados (61%), que parecem carecer de cuidados prolongados. Se tivermos contudo em mente, que apenas 44% dos hospitalizados (*Quadro 6*), deveriam ter sido alternativamente tratados antes do actual internamento numa U.C.E.P., isso poderá significar que 17% dos actuais 61% sofreram provavelmente um processo de institucionalização consequente à sua admissão. Por outro lado, a escassa percentagem de doentes registados pelo censo que necessitariam de cuidados em serviços de transição, tais como hospital de dia, centro de dia, lar pós-cura, oficina e alojamento protegidos, sugere a existência dum insuficiente esforço de readaptação e recolocação profissional e socio-familiar dos doentes internados, facto que pode contribuir também para a elevada percentagem de doentes que em Leiria parecem carecer de cuidados de evolução prolongada.

Recentemente, num estudo realizado pelos serviços de reabilitação dos Hospital Miguel Bombarda (Brito, 1980) visando determinar o nível de institucionalização de doentes crónicos internados no Pavilhão da Ajuda, verificou-se que 22% destes estavam minimamente institucionalizados, portanto conservando funcionais capacidades que lhes permitiam desenvolver actividades domésticas, cuidados pessoais, relações socio-afectivas e sociais; 13% estavam relativamente institucionalizados; 12% bastante e 53% totalmente. Isto significa que no grupo dos doentes institucionalizados é possível uma efectiva intervenção reabilitadora de ordem psíquica, profissional e social em cerca de 50% deles, permitindo a sua total ou parcial reinserção comunitária, mesmo que em regime de supervisão médica, profissional, social e residencial. Em trabalhos levados a cabo no Reino Unido sobre a capacidade de reabilitação psico-social dos doentes psiquiátricos de evolução prolongada (Wing et al, 1972), que como em Leiria são maioritariamente constituídos por casos de esquizofrenia, também em 30 a 50% deles, se demonstrou haver possibilidades de reabilitação comunitária. Tais factos apontam para que em Leiria, a confirmar-se a hipótese de um escasso investimento em matéria de reabilitação, o número de camas e lugares em unidades de evolução prolongada (U.C.E.P.) sugeridas pelo Censo, ultrapassem as necessidades reais do distrito. Impressiona de facto, que apenas 20% dos doentes hospitalizados continuem internados por óbvias razões de ordem clínico-terapêutica especializada, devendo-se a permanência, para

além de dois meses nos restantes 80%, a limitações de ordem estruturo-funcional dos serviços de saúde extra hospitalares e dos equipamentos de apoio familiar, social e profissional existentes (*Quadro 5*).

Tal facto traduz não só as enormes carências que nestes sectores parecem existir no distrito, como a possível precariedade de coordenação entre os serviços psiquiátricos (Centro de Saúde Mental), de segurança social, centros de saúde, instituições privadas (lares) e autarquias (áreas residenciais). Atente-se, além disso, (*Quadro 6*) que 7% dos doentes poderiam beneficiar de tratamento em unidades de agudos integrados em hospitais gerais distritais, o que obriga, em termos de planeamento, a levar em conta estas necessidades no Plano Hospitalar do Distrito. Considere-se ainda a importância que os Centros de Saúde poderão ter, quer no internamento de doentes psiquiátricos (2%) através dos hospitais concelhios, quer no suporte clínico ambulatório a lares (10%) e, eventualmente, na visita domiciliária (1%). Mesmo no que respeita à utilização dos hospitais concelhios, o apoio médico e de enfermagem que estes oferecem 24 horas por dia, poderá levar a que este tipo de unidade passe a ser utilizado mais intensamente por doentes idosos com patologia orgânica (demências por exemplo) e não requerendo cuidados psiquiátricos especializados permanentes. O facto de estes hospitais estarem distribuídos pelos vários concelhos permite, além do mais, a manutenção fácil dos contactos deste tipo de doentes com a família e a comunidade a que pertencem. Já em finais de 1981, o Grupo encarregado de elaborar propostas preliminares para o planeamento de serviços de saúde destinados a doentes de evolução prolongada da área metropolitana de Lisboa, propunha que cerca de 25% das camas dos hospitais concelhios fossem destinados ao internamento psiquiátrico (demências).

Vê-se pois que, segundo os responsáveis médicos, apenas 15% dos doentes presentemente internados nas instituições psiquiátricas deveriam ter sido tratados nos serviços onde permanecem actualmente, se à data do seu internamento o distrito dispusesse duma rede mais compreensiva de serviços alternativos (*Quadro 6*). Dentro deste contexto, cabe à Administração Regional de Saúde, em íntima ligação com os Serviços de Saúde Mental locais procurar, em matéria de planeamento, coordenar os esforços necessários para uma eficaz e eficiente utilização dos recursos existentes, não apenas no sector dos cui-

dados psiquiátricos, como nos de cuidados primários, hospitalares gerais, de segurança social e autarquias locais, dado o importante papel funcional que estes têm a desempenhar nesta área de cuidados, e que tão claramente foi evidenciado pelo presente trabalho.

Conclusão

Estes resultados sugerem com suficiente evidência que um número significativo dos doentes actualmente internados poderia, com vantagem, receber cuidados em serviços alternativos, possibilitando, assim, um real decréscimo da hospitalização psiquiátrica.

Também a abordagem e a metodologia utilizadas parecem de singular aplicação por parte dos gestores e profissionais locais, revelando-se, além disso, eficaz e com interessantes potencialidades para a estimativa racional dos serviços comunitários alternativos à hospitalização psiquiátrica tradicional.

O presente estudo deixa bem patente que, para a maioria dos doentes internados, a carência de serviços alternativos representa um duplo risco: para uns poderá ser a justificação para um longo e indesejável processo de institucionalização e para outros a saída desamparada para uma comunidade mal preparada para deles cuidar convenientemente, o que poderá ser o passo inevitável para uma próxima readmissão.

Agradecimentos

Aos Drs. Guilherme Wilson e Joaquim Policarpo, respectivamente director e chefe de clínica do Centro de Saúde Mental de Leiria, votos de sincero agradecimento pela valiosíssima colaboração prestada, não só na preparação do estudo, como e sobretudo na sua execução, trabalho sem o qual este modesto desenvolvimento não seria possível. Extensiva é também a gratidão devida aos responsáveis pela A.D.S. de Leiria, muito especialmente aos Drs. Rui Couceiro e Henrique Pinto. Ao Dr. Nuno Afonso Ribeiro devemos o primeiro contacto com o Centro de Saúde Mental de Leiria.

Bibliografia

- AGUIAR, P., OLIVEIRA, J.F.R., SÁ, D.B.
Relatório de administração, 1981, Hospital Miguel Bombarda, 1982, Lisboa.
- BRITO, E.,
Estudo da Institucionalização dos doentes internados na Ajuda, Hospital Miguel Bombarda, 1980.
- FOWLER, G.
A needs-assessment method for planning alternatives to hospitalization. *Hospital & Community Psychiatry*, 31, 41-45, 1980.
- I.N.E., Estatísticas de Saúde, 1975
- I.N.E.
Censos 81, Resultados Preliminares, Folha de divulgação do distrito de Leiria, 1981.
- SAMPAIO-FARIA, J. G.
Cinco anos de ambulatório em saúde mental. *Jornal do Médico*, 107: 837-840, 1981.
- SAMPAIO-FARIA, J.G.
Estatísticas do Sector do Montijo, 1981 Hospital Miguel Bombarda.
- SAMPAIO-FARIA, J.G.
Organização funcional de serviços de saúde integrados a nível regional, tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, p.p. 129-172, Lisboa, 1983.
- SERRA, A.V.
Experiência crítica de um trabalho de campo, I Congresso Nacional de Psiquiatria Social, s.e., Lisboa, 1976.
- WING, J.K., HAILEY, A.M., (eds)
Evaluating a Community Psychiatric Service, The Camberwell Register, 1964-71., O.U.P., London, 1972

Résumé

PLANIFICATION ET DÉSINSTITUTIONALISATION PSYCHIATRIQUE

Les soins de santé mentale et psychiatrique ont jusqu'à présent été prêtés dans le contexte de grands hôpitaux psychiatriques existant dans les principales villes du pays. Cet usage a néanmoins été mis en question; par conséquent, on recommande le développement d'un réseau de services compréhensibles communautaires qui puissent fonctionner comme une véritable alternative décentralisée et efficace au modèle prépondérant.

Dans cet article l'auteur décrit les services requis par les malades mentales actuellement hospitalisés bien que ceux où ils pourraient — à leur avantage — avoir été traités, s'ils existaient au moment de leur admission. Dans ce but, il utilise des éléments obtenus à partir d'un questionnaire spécialement élaboré pour être garni par les spécialistes responsables de chaque malade hospitalisé le jour de l'étude, au district de Leiria.

Summary

PLANNING AND PSYCHIATRIC DESINSTITUTIONALIZATION

Specialized mental health care has been traditionally provided through big mental hospitals, usually located in the country's main towns. This trend is being challenged by policies aiming at decentralizing and organizing a comprehensive district network of community mental health services. The planning of these alternative facilities implies a previous needs-assessment study of the inpatients actually admitted in the hospitals.

The author describes the present utilization being done of psychiatric inpatient facilities at the district of Leiria, in terms of type and amount of services required by the inpatients, as well as the alternative facilities required if the specialized mental health team could have them previously available to the present admission.