

# Hospital-dia: para quem e para quê?\*

## Day hospital: for whom and for what?

Maria Cristina P Lima<sup>a</sup> e Neury José Botega<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Faculdade de Medicina de Botucatu da Unesp. Botucatu, SP, Brasil. <sup>b</sup>Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas, SP, Brasil

---

**Resumo** **Objetivo:** Estudar prospectivamente a população internada em um hospital-dia (HD) em relação a fatores que poderiam influenciar na melhora e na duração da internação.

**Métodos:** Foram entrevistados, para obtenção de dados sociodemográficos e avaliação da evolução, 34 pacientes internados no Hospital-Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, durante um ano. O diagnóstico psiquiátrico foi avaliado pela CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*), a sintomatologia psiquiátrica pela BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) e a incapacitação psicossocial pela DAS (*Psychiatric Disability Assessment Schedule*). Todos os pacientes foram acompanhados, e seus familiares, entrevistados.

**Resultados:** Predominaram mulheres (76%), jovens (61,8%), sem vínculo conjugal (71%), sem trabalho (82,4%), com diagnóstico de transtornos afetivos (44,1%) e com internações psiquiátricas prévias (44%). Apenas quatro (12%) pacientes apresentavam uma “síndrome maior” segundo BPRS. Houve considerável incapacitação psicossocial dos pacientes em alguns papéis sociais. Maior renda *per capita* foi um fator associado à melhor evolução. As internações duraram em média 74 dias. Pacientes com internações prévias tenderam a permanecer menos tempo no HD.

**Conclusões:** 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 dos ambulatórios. Entretanto, pacientes com maior número de internações – em tese mais graves – tenderam a permanecer menos tempo no HD, o que suscita dúvidas quanto à sua adesão a serviços abertos, bem como aos possíveis fatores facilitadores dessa adesão. Em um momento de crescimento expressivo no número de serviços de internação parcial no Brasil, como nos últimos anos, mais estudos são necessários a fim de esclarecer para quem e para quê são destinados esses serviços.

**Descritores** Hospital-dia. Transtornos mentais. Saúde mental. Política de saúde.

**Abstract** **Objective:** To investigate prospectively factors that might have an impact on the outcome of psychiatric patients treated at a day-hospital.

**Methods:** Thirty-four patients admitted to the day-hospital of Botucatu Medical School – UNESP during a period of one year were interviewed and their sociodemographic data and their clinical course were assessed. Psychiatric diagnoses were reviewed using the Composite International Diagnostic Interview, the psychiatric symptomatology was assessed using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and the psychosocial incapacitation was evaluated using the Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS). All patients were followed up during the study period and their relatives were also interviewed.

**Results:** Most patients were women (76%), young (61,8%), not married (71%), unemployed (82.4%), diagnosed as having an affective disorder (44.1%), and with previous psychiatric hospitalizations (44%). Only 4 patients (12%) presented a “major syndrome” according to BPRS. However, patients showed substantial incapacitation regarding social functioning. Higher income was associated with better treatment outcome. Hospitalizations

---

\*Trabalho realizado no Hospital-Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Neurologia e Psiquiatria. Baseado na dissertação de mestrado: “Hospital-Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu: Estudo descritivo da população atendida”, apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, área Saúde Mental.

Recebido em 19/3/2001. Revisado em 4/6/2001. Aceito em 15/6/2001.

Fonte de financiamento e conflito de interesses inexistentes.

lasted 74 days on average. Patients who had been previously hospitalized had a shorter stay in the day-hospital. **Conclusions:** Patients with affective disorders and non-psychotic symptoms generally do not need in-patient care in a psychiatric hospital. However, the studied patients had had many previous psychiatric admissions, probably because they needed a more intensive treatment than outpatient services can offer. On the other hand, those patients who had had many previous hospitalizations (probably the most severe cases) remained for shorter periods of time in the day-hospital, which requires an examination of these patients' compliance with outpatient treatment as well as the factors influencing treatment compliance. Since there has been an expressive growth in the number of day-care services in Brazil in the last years, there is a need of further studies to determine these services' benefits and who can benefit from them.

**Keywords** Day hospital. Mental disorders. Mental health. Health policy.

## Introdução

Serviços de internação parcial oferecem uma gama tão variada de possibilidades que se chegou a sugerir que o único ponto em comum seria o período de internação: sempre parcial.<sup>1</sup> Desde que surgiram, os hospitais-dia (HD) têm despertado polêmicas quanto à possibilidade de vir a substituir os hospitais psiquiátricos quanto à eficiência para reabilitar pacientes crônicos, suas indicações, contra-indicações etc. Considerando as diversas possibilidades de atuação, os HD têm sido classificados em diferentes tipos.<sup>2,3</sup> Schene et al classificaram-nos em quatro modalidades: (1) alternativos à hospitalização psiquiátrica; (2) continuidade à internação fechada; (3) extensão ao tratamento ambulatorial; e (4) reabilitação e apoio a crônicos. Os autores observaram certa sobreposição entre esses tipos, com presença de características comuns, como orientação preponderantemente médica e disponibilidade de leitos noturnos nos dois primeiros e tratamento mais prolongado nos dois últimos.<sup>3</sup>

Embora os HD existam no Brasil desde a década de 60,<sup>4,5</sup> foi apenas desde 1992 que passaram a figurar oficialmente entre as possibilidades de atendimento em saúde mental, sendo então estabelecidas diretrizes para o credenciamento dos serviços e o ressarcimento das internações por meio de portaria do Ministério da Saúde.<sup>6</sup> O estímulo proporcionado por tal fato pode ser verificado no expressivo aumento no número de leitos em HD: de 330 leitos, em 1995, para 2.013, em 1999, segundo dados do Ministério da Saúde. Não há, contudo, informações sobre a população atendida nesses "leitos-dia" ou mesmo sobre suas condições de funcionamento. Os poucos dados disponíveis são o resultado de levantamentos retrospectivos em prontuários, com todas as limitações que decorrem desse procedimento.<sup>4,5,7,8</sup>

A necessidade de conhecer a população atendida em HD, com dados que subsidiem tecnicamente decisões político-administrativas, é inegável. O objetivo desta pesquisa foi descrever a população atendida no HD ligado à Faculdade de Medicina de Botucatu, bem como estudar a associação entre as variáveis investigadas e a melhora e o tempo de internação dos pacientes. As características desse serviço já foram previamente descritas.<sup>7</sup>

## Material e Métodos

### Delineamento

Esta pesquisa avaliou prospectivamente todos os pacientes admitidos ao longo de um ano, da internação à alta, no HD da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (HD-Unesp).

### Sujeitos

Foram elegíveis para o estudo todos os 34 pacientes internados no HD-Unesp, de 1/8/97 a 31/7/98, e que receberam alta nesse período.

### Instrumentos

#### *Questionário para Obtenção de Dados Gerais*

Foi elaborado um questionário para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos. A alta foi classificada em alta "médica" quando representou o final do tratamento no HD, segundo avaliação da equipe, e "outras" quando houve abandono de tratamento, transferência para outro serviço hospitalar ou alta a pedido dos familiares.

#### *Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica (Psychiatric Disability Assessment Schedule – DAS)*

A DAS é uma escala que avalia níveis de incapacitação apresentados por pacientes com transtornos psiquiátricos.<sup>9</sup> O nível de incapacitação é dado pelo comprometimento do comportamento do paciente e pelo seu desempenho nas relações sociais. A DAS apresenta quatro seções das quais duas foram utilizadas: "comportamento global" e "desempenho de papéis sociais".<sup>9</sup> A primeira seção possui os itens cuidado pessoal, diminuição das atividades, lentificação e isolamento social; a segunda avalia a participação em atividades domésticas, o relacionamento afetivo e sexual com parceiro(a), o interesse e cuidado com os filhos, o relacionamento sexual com outros parceiros, os contatos sociais, o desempenho e o interesse no trabalho e nos estudos, outros interesses e comportamentos do paciente em situações de emergência. Em ambas as seções, cada item recebe uma pontuação de 0 a 5; quanto maior a pontuação, maior o grau de disfunção. Utiliza-se como pon-

to de corte a pontuação “2”, que representa “disfunção óbvia”. Para o presente estudo, foi utilizada a versão para o português,<sup>10</sup> que apresentou coeficientes de correlação intraclassa de 0,88 a 1,00 em estudo de confiabilidade entre avaliadores.<sup>11</sup>

### Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS)

A BPRS foi desenvolvida na década de 60 com o objetivo de avaliar alterações na expressão de alguns sintomas em pacientes submetidos a intervenções medicamentosas.<sup>12</sup> São avaliados diversos sinais/sintomas psiquiátricos, atribuindo-se uma pontuação para sua presença e gravidade. Quanto maior a pontuação, maior a gravidade. Bech et al<sup>13,14</sup> propuseram alguns pontos de corte para a pontuação total: de 0 a 9 pontos haveria uma ausência de síndrome, de 10 a 19 ter-se-ia uma “síndrome menor”, e com 20 ou mais pontos ter-se-ia uma “síndrome maior”. Neste estudo, foi utilizada a versão de Bech et al<sup>13</sup> traduzida por Zuardi et al,<sup>15</sup> na qual as pontuações estão distribuídas do seguinte modo: 0 = sintoma ausente; 1 = muito leve ou presença duvidosa; 2 = presente em grau leve; 3 = presente em grau moderado; e 4 = presente em grau severo ou extremo.

### Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

A CIDI é uma entrevista estruturada que cobre a gama de diagnósticos da CID-10.<sup>16</sup> Foi desenvolvida a partir de um trabalho conjunto entre a OMS e o *Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration's* (ADAMHA), estando disponível em vários idiomas,<sup>17</sup> inclusive em português.<sup>18</sup>

### Procedimentos

As avaliações foram feitas sempre por uma pesquisadora (MCPL) e realizadas em três momentos distintos: (1) até três dias após a internação, eram aplicados o questionário geral, a BPRS e a DAS. Esta era aplicada ao responsável pelo paciente ou somente a este nos casos em que morava sozinho; (2) até duas semanas após a internação, a CIDI era aplicada; (3) ao término da internação, foi reaplicada a BPRS, e colhidas informações sobre a alta.

### Análise estatística

Foram feitas a distribuição de frequência e as associações entre variáveis pelo programa Epi Info,<sup>19</sup> utilizando-se o teste do qui-quadrado e de Fisher para verificação da significância estatística ( $p \leq 0,10$ ). Para a análise das associações entre variáveis, foram estabelecidas como variáveis dependentes a melhora ao final do tratamento e a duração da internação.

## RESULTADOS

### Dados sociodemográficos

Todos os 34 pacientes internados no período de estudo concordaram em participar da pesquisa. Houve predomínio de indivíduos jovens com 37 anos em média (DP=14), de mulheres (76%), de pessoas sem vínculo conjugal (71%) e com escolaridade entre quatro e oito anos (47%), como pode ser visto na Tabela 1. A maior parte dos pacientes não estava

trabalhando (82,4%); contudo, 20,6% eram os responsáveis pela principal fonte de renda familiar, principalmente pelo recebimento de aposentadorias e licenças médicas. Os responsáveis pelos cuidados aos pacientes eram predominantemente mulheres (68%), sendo que seis deles moravam sozinhos à época da avaliação. A renda *per capita* média foi de 1,6 salários-mínimos (DP=2,4). Metade dos pacientes necessitou de algum tipo de subsídio financeiro para o transporte de suas residências até o HD. O tempo médio gasto nesse percurso foi de 40 minutos (DP=36,3) em função de 11 pacientes (32%) residirem em outras cidades da região.

**Tabela 1 - Características sociodemográficas dos pacientes internados no HD-Unesp\***

	Masculino n=8	Feminino n=26	Total n=34	Total (%)
Faixa etária (anos)				
<20	2	1	3	(8,8)
20-39	3	6	9	(26,5)
30-39	3	6	9	(26,5)
40-49	-	6	6	(17,6)
50-59	-	5	5	(14,7)
60 ou mais	-	2	2	(5,9)
Estado civil				
Solteiro	6	9	15	(44,1)
Casado	1	9	10	(29,4)
Separado	1	8	9	(26,5)
Escolaridade (anos)				
<4	-	6	6	(17,6)
4 a 8	3	13	16	(47,1)
9 ou mais	5	7	12	(35,3)

\*Hospital-Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.

### Dados da internação

A maioria dos pacientes (62%) foi encaminhada de serviços ambulatoriais. Predominaram os diagnósticos de transtornos afetivos (44,1%), seguidos dos esquizofrênicos (23,5%) (Tabela 2). Para 1/3 dos pacientes, foram feitos diagnósticos clínicos adicionais, sendo os problemas endocrinológicos os mais frequentes (diabetes mellitus e alterações de função tiroideana). Os pacientes possuíam, em geral, longas histórias de doença, com 71% apresentando alguma havia quatro anos ou mais. Quase metade dos casos já havia estado internada em hospital psiquiátrico (44%), com uma média de 5,5 internações e duração por internação em torno de 35,7 dias (DP=17,8). Do total, 35% já tinham internação pregressa no HD-Unesp.

Tomando como parâmetros os pontos de corte estabelecidos para a BPRS,<sup>13,14</sup> observa-se que cinco pacientes (15%) apresentaram pontuação inferior a 10, 25 (73%) entre 10 e 19, e

**Tabela 2 - Diagnósticos dos pacientes internados no HD-Unesp\*, segundo sexo.**

Diagnóstico**	Masculino n=8	Feminino n=26	Total n=34	Total (%)
F00-F09	1	3	4	(11,8)
F10-F19	0	1	1	(2,9)
F20-F29	3	5	8	(23,5)
F30-F39	4	11	15	(44,1)
F40-F49	0	6	6	(17,6)

\*Hospital-Dia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.

\*\*Os diagnósticos estão agrupados segundo a CID-10: F00-F09 - Transtornos (T) Mentais Orgânicos; F10-F19 - T. Mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas; F20-F29 - Esquizofrenia, T. Esquizotípico e delirantes; F30-F39 - T. do Humor; F40-F49 - T. neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes.

**Tabela 3 - Distribuição das pontuações DAS\*/WHO em percentagens obtidas pelos pacientes internados no HD-Unesp (n=34).**

	Disfunção ausente ou mínima** variáveis (%)	Disfunção presente em graus (%)	Não se aplica (%)
<b>Comportamento global</b>			
Cuidado pessoal	48	52	0
Diminuição das atividades	32	68	0
Lentificação	41	59	0
Isolamento	27	73	0
<b>Papéis sociais</b>			
Atividades domésticas	32	68	0
Casamento (relacionamento afetivo)	12	18	70
Casamento (relacionamento sexual)	3	27	70
Papel materno/paterno	18	29	53
Relacionamento sexual com outros	0	21	79
Contatos sociais	44	53	3
Desempenho no trabalho	0	18	82
Interesse em obter trabalho	21	62	17
Interesse em informações gerais	35	65	0
Emergências***	35	20	45

\*DAS = Disability Assessment Schedule;

\*\*As pontuações atribuídas na aplicação da DAS equivalem a: 0 e 1 = disfunção ausente ou mínima e de 2 a 5 = disfunção presente em graus variáveis.

\*\*\*Comportamento do paciente em situações de emergência envolvendo outras pessoas, nos últimos seis meses.

quatro (12%) pacientes pontuação maior ou igual a 20. Prevaleram, assim, pacientes com “síndrome menor” segundo os critérios adotados. Com relação aos itens da BPRS, ansiedade, tensão e humor deprimido foram os mais frequentes (50%, 47,1% e 42% dos pacientes, respectivamente).

### Incapacitação psicossocial

O “isolamento social” e a “diminuição de atividades gerais” e “domésticas” foram os aspectos avaliados pela DAS que se mostraram alterados com maior frequência (Tabela 3).

### Evolução e alta

Evoluíram com melhora, constatada clinicamente e também na redução da pontuação total da BPRS (em média de 8,3 pontos nesse grupo), 27 pacientes (79,4%). O restante manteve-se inalterado (11,8%) ou apresentou piora (8,8%). A melhora associou-se positivamente à renda *per capita* ( $p=0,05$ ) e à inexistência de internação psiquiátrica prévia ( $p=0,07$ ). Com relação à frequência ao tratamento, 32,4% dos pacientes nunca faltaram, e, em 55,9% dos casos, houve no máximo 10% de faltas. As internações duraram em média 74 dias ( $DP=43,7$ ), sendo que pacientes com internações psiquiátricas prévias tenderam a permanecer um tempo menor no HD ( $p=0,06$ ). Observou-se, também, que as internações mais longas associaram-se, mais frequentemente, à alta médica ( $p=0,03$ ), sendo esta o principal tipo de alta recebida (73,5%).

### Discussão

Tanto quanto pôde-se apurar, este é primeiro estudo brasileiro a avaliar prospectivamente, e com instrumentos padronizados, pacientes internados em um hospital-dia. Devido à carência de profissionais na equipe do HD durante o período de estudo, esse serviço passou a funcionar com um número menor de vagas, o que diminuiu o tamanho da amostra e limitou o poder das análises estatísticas. Ainda assim, os achados permitem algu-

mas reflexões que podem levar a pesquisas aprofundadas e com um foco mais restrito no campo das internações psiquiátricas parciais no Brasil.

O predomínio de mulheres e de indivíduos jovens foi observado também em outros HD no país.<sup>4,5,7,20</sup> Contudo, a frequência elevada de pacientes com transtorno de humor e/ou com uma “síndrome menor” (não-psicótica) é um achado que merece mais atenção. No levantamento realizado por Schene et al<sup>3</sup> e em outros HD no país,<sup>4,20</sup> também observou-se predomínio de pacientes com transtornos “não-psicóticos”, mostrando que esse fato não é exclusivo do HD do presente trabalho. Pode-se questionar se esses pacientes integram o grupo “alvo” da assim chamada Reforma Psiquiátrica.

Para alguns autores, atender em HD pacientes com quadros anteriormente diagnosticados como “neuróticos” seria uma distorção: isto não provocaria a desejada transferência dos internos em hospitais psiquiátricos para serviços comunitários.<sup>21</sup> Entretanto, sabendo que parte desses transtornos “neuróticos” são atualmente diagnosticados como transtornos do humor, pode-se questionar se seria mesmo uma distorção o atendimento desses pacientes em regime de HD.

No presente estudo, embora os resultados da aplicação da BPRS tenham mostrado predominantemente sintomas de linha depressiva e ansiosa, quase metade da amostra já havia tido ao menos quatro internações psiquiátricas prévias. Além disso, os níveis de incapacitação psiquiátrica encontrados fazem supor que há uma parcela da população com perdas e necessidades maiores do que aquelas que os ambulatorios podem atender, dado o seu grau de disfunção. Se os HD visam evitar internações, deve-se pensar na possibilidade de esses serviços estarem atendendo pacientes com risco de vir a ser internados ou reinternados independentemente do diagnóstico psiquiátrico.

A associação entre renda *per capita* e maior probabilidade de evoluir com melhora suscita o questionamento do que estaria subjacente a essa renda: maior disponibilidade para uso de fármacos, maior facilidade de acesso ao serviço de saúde, melhores condições de vida etc. Renda *per capita* e outras medidas indicativas de melhor condição econômica têm sido associadas, frequentemente, à menor probabilidade de apresentar um transtorno psiquiátrico em inquéritos populacionais.<sup>23,24</sup>

Para implementar mudanças na atenção psiquiátrica, é necessário conhecer melhor quais pacientes frequentam os hospitais-dia e quais os fatores que interferem em sua adesão ao tratamento. Sabe-se que, quando não estão internados, muitos pacientes permanecem em suas casas por meses ou anos, com dificuldades de estabelecer contato com outras pessoas e de aderir aos tratamentos ambulatoriais convencionais.<sup>22</sup> Para essa população mais cronificada, é possível que haja necessidade de visitas domiciliares, de acompanhantes terapêuticos e mesmo de leitos para a permanência noturna, como existem em outros HD e mesmo em núcleos de atenção psicossocial (NAPS).<sup>3,6</sup> Essas estratégias talvez diminuíssem o encaminhamento para internação hospitalar.

Outra possibilidade seria estabelecer subprogramas dentro de um mesmo equipamento, aumentando suas estratégias de atua-

ção. Assim, haveria a função de remissão de sintomas – característica do serviço que pretende ser uma alternativa à internação fechada – e também as funções de intensificação do atendimento ambulatorial e de reabilitação de crônicos, para as quais se teriam internações seguramente mais longas do que os 45 dias permitidos pela portaria 224/92. Neste estudo, como em outros,<sup>2,25</sup> a duração média foi maior que esse número. Em ambas as situações, seria recomendável que, além dos parâmetros clínicos usualmente observados (basicamente sinais e sintomas), fossem também avaliados os níveis de incapacitação psicossocial, buscando desenvolver uma maior autonomia para os pacientes. Se a portaria 224 do Ministério da Saúde cumpriu o papel de estabelecer normas e estimular a criação de serviços de internação parcial, o momento atual pede um aprimoramento dos critérios para o credenciamento e o funcionamento desses equipamentos.

Outros estudos que descrevam e ajudem a refletir sobre a prática dos HD, NAPS e CAPS, bem como sobre a trajetória dos pacientes que freqüentam esses serviços – públicos e privados –, são

necessários. Ensaio clínico com grupos aleatorizados, por exemplo, são raros mesmo em países desenvolvidos. No Brasil, colocam-se como um desafio para os pesquisadores, já que a comparação entre serviços hospitalares e extra-hospitalares deve equacionar inúmeras variáveis, entre elas a qualidade do serviço prestado, nem sempre próximo ao desejado. De qualquer modo, essas investigações poderiam auxiliar o Ministério da Saúde a estabelecer critérios mais objetivos para o funcionamento, o credenciamento e a fiscalização dos HD. A necessidade de avaliações técnicas e criteriosas para as políticas públicas em saúde mental no país, não apenas no que concerne à economia de recursos mas também à qualidade da assistência prestada, é um tema atual e absolutamente relevante para a psiquiatria brasileira.<sup>26,27</sup> Avançar nessa direção, subsidiando tecnicamente a Reforma Psiquiátrica, diminuiria as possibilidades de que os HD, em futuro próximo, fossem acusados de ser, apenas e tão somente, uma forma de investimento rentável – ironicamente, uma das principais críticas dirigidas aos hospitais psiquiátricos.

## Referências

- Hoge MA, Davidson L, Hill WL, Turner VE, Ameli R. The promise of partial hospitalization: a reassessment. *Hosp Commun Psychiatry* 1992;43:345-54.
- Klar H, Fances A, Clarkin J. Selection criteria for partial hospitalization. *Hosp Commun Psychiatry* 1982;33:929-33.
- Schene AH, Lieshout PAHV, Mastboom JCM. Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78:515-22.
- Blaya M. O primeiro hospital-dia psiquiátrico no Brasil: análise do seu funcionamento e de seus problemas. *Arq Clin Pinel* 1962;1:28-33.
- Campos MA. O hospital-dia como alternativa assistencial em psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1986.
- Brasil. Portaria nº 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União; 1992.
- Kerr-Correa F, Rossini MGC, Bergamo MLN, Levy MB, Ribeiro MBS, Fortes SMD. O hospital-dia de Botucatu da Unesp: uma experiência de 12 anos. *Rev ABP-APAL* 1994;16:89-93.
- Banzato CEM, Raimundo AMG, Malvezzi E, Ribeiro CAS. Hospital-dia do SS Cândido Ferreira: avaliação do primeiro ano de funcionamento. *J Bras Psiquiatr* 1993;42:197-201.
- WHO. Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Geneva: WHO; 1988.
- Chaves AC, Sarin LM, Mari JJ. Escala de avaliação de incapacitação psiquiátrica (DAS). São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1990.
- Menezes PR, Sczufca M. Estudo da confiabilidade da versão em português da escala de avaliação da incapacitação psiquiátrica (WHO/DAS). *Rev ABP/APAL* 1993;15:65-7.
- Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962;10:799-812.
- Bech P, Ksstrup M, Rafaelsen OJ. Minicompendium of ratingscales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSMIII syndromes. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73(suppl 326):1-36.
- Bech P, Malt UF, Denckers SJ, Ahlfors UG, Elgen K, Lewander T et al. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87(suppl 372):3-36.
- Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC, Correa AJ, Glock SS. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da escala de avaliação psiquiátrica breve (BPRS) modificada. *Rev ABP/APAL* 1994;16:63-8.
- Ustün TB, Tien AY. Recent developments for diagnostic measures in psychiatry. *Epidemiol Rev* 1995;17:210-20.
- Wittchen HU. Reliability and Validity Studies of the WHO-composite international diagnostic interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994;28:57-84.
- Miranda C. Composite international diagnostic interview (CIDI) - versão para o português. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1992 [mimeo].
- Dean AG, Dean JA, Coloumber D, Brender KA, Smith DC, Burton AH et al. Epi-Info versão 6. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention; 1994.
- Azoubel Neto D, Borges IR. Organização e funcionamento de um hospital diurno em uma clínica particular. *Acta Psychiatr Psicol Am Lat* 1971;17:33-8.
- Bandeira M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das rehospitalizações. *J Bras Psiquiatr* 1993;42:491-8.
- Menezes PR, Mann AH. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Rev Saúde Pública* 1993;27:340-9.
- Patel V, Araya R, Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999;49:1461-71.
- Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1997;171:524-9.
- Nascimento AF. Hospitalização parcial em psiquiatria no Brasil: estudo descritivo de um hospital-dia universitário [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.
- Gentil V. Projeto Delgado, substitutivo Rocha ou uma lei melhor? *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(1):1-2.
- Jorge MR, França JMF. A Associação brasileira de psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(1):3-6.

---

## Correspondência

Maria Cristina Pereira Lima  
Departamento de Neurologia e Psiquiatria  
Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp)  
Distrito de Rubião Júnior  
18.618-000 Botucatu, SP, Brasil  
Tel.: (0xx14) 6802-6260  
Fax: (0xx14) 6821-5965  
E-mail: mclima@fmb.unesp.br

---