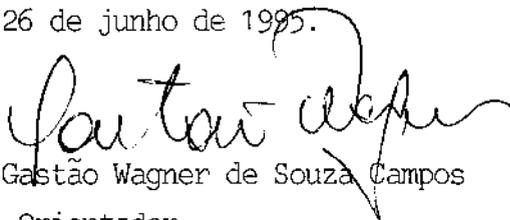


MÁRCIA APARECIDA DO AMARAL

Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de
pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de
Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Tí-
tulo de Mestre em Saúde Coletiva.

Campinas, 26 de junho de 1995.



Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos
Orientador

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA A REDE BÁSICA EM CAMPINAS - 1992/1993

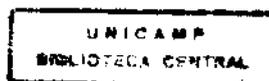


1150025523



T/UNICAMP Am13a

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
1995



ERRATA

PÁGINA	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
76	Paciente 2: ... CS4 Paciente 3	CS3 acrescente-se Unidade de referência: CS4
86	(Gonçalves, 1986, p. 79)	(Gonçalves, 1992, p. 79)
101	referência bibliográfica 14 referência bibliográfica 15:1993 referência bibliográfica 19 referência bibliográfica 20	Obra consultada 1992 Obra consultada Obra consultada

AUTORA: MÁRCIA APARECIDA DO AMARAL

**TÍTULO: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL
PARA A REDE BÁSICA EM CAMPINAS - 1992/1993**

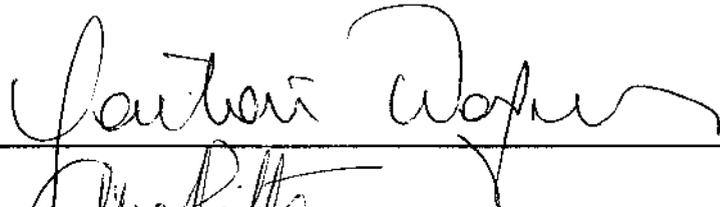
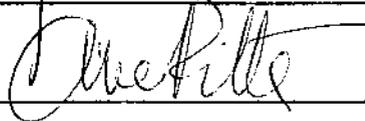
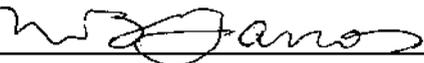
NOTA DE DISSERTAÇÃO: Este trabalho foi realizado como dissertação de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM da UNICAMP.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO

ORIENTADOR: Prof. Dr. GASTÃO WAGNER SOUSA CAMPOS
Departamento de Medicina Preventiva e Social
FCM - UNICAMP

Campinas, UNICAMP, 1995

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Gastão Wagner Sousa Campos**MEMBROS:**

1. 
2. 
3. 

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

DATA: 26/06/95

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus colegas trabalhadores do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira que, além de contribuírem para viabilizá-lo, foram sujeitos da definição do seu objeto.

Ao meu companheiro Gilberto, por seu estímulo.

AGRADECIMENTOS

Durante a realização deste trabalho pude contar com o apoio essencial de vários profissionais, tanto nos serviços de saúde como na Universidade.

Gostaria de agradecer aos profissionais de saúde mental da rede básica de Campinas, pela colaboração durante as entrevistas, aos pacientes e familiares que tão bem me acolheram em suas casas e aos alunos de Medicina da FCM/UNICAMP que me auxiliaram no trabalho de campo.

Um agradecimento especial a Profa. Dra. Marilisa Berti Azevedo Barros por seu apoio nas várias fases deste trabalho.

Existe um nonsense em voga: "O bom serviço é aquele vazio". Acredito que o bom manicômio seja aquele vazio, o bom serviço seja aquele cheio. Aquilo que acontece de Salônica a Montreal é que se pode ver (péssimos) manicômios cheios e (esplêndidos) centros de terapia familiar ou de Saúde Mental vazios. Em um bom centro de Saúde Mental as demandas se misturam, se cruzam, se multiplicam, como acontece num mercado (trocas). (Que este seja o melhor indicador de um bom serviço deriva da pergunta: se não, porque as pessoas iriam?). Não existe para mim um centro de saúde mental mais bonito do que um mercado no Senegal ou em Marrocos. Quero compreender melhor o porquê, mas é certo, existe o fato de que as classes sociais se misturam, trocam, os indivíduos se olham, jogam e trabalham (e podem ser também muito loucos). É um dos poucos lugares, um bom mercado, onde o corpo social se reconhece, existe inteiro e é difícil para todos fugir do fascínio de seu turbilhonamento (do mercado e do corpo). Onde nos singularizamos através da participação.

Franco Rotelli

SUMÁRIO

Introdução -----	01
Capítulo 1 - Construção do objeto de pesquisa -----	04
1.1. As Políticas de Saúde Mental e seu referencial teórico -----	04
1.2. Os serviços de Saúde Mental em Campinas -----	13
1.3. Construção do objeto de pesquisa-----	22
1.4. Elementos para uma análise institucional-----	24
Capítulo 2 - Metodologia-----	28
2.1. Primeira Etapa: O estudo epidemiológico descritivo -----	31
2.2. Segunda Etapa: A pesquisa qualitativa-----	39
Capítulo 3 - Análise dos resultados -----	47
3.1. Primeira Etapa: O estudo epidemiológico descritivo -----	47
3.2. Segunda Etapa: A pesquisa qualitativa junto aos trabalhadores de Saúde Mental -----	59
3.3. A pesquisa qualitativa junto aos pacientes e familiares -----	75
Capítulo 4 - Conclusões-----	82
Anexos -----	96
Referências Bibliográficas-----	100

RESUMO

Este trabalho, realizado no município de Campinas-SP, teve como **objetivo** analisar a implementação da Política de Saúde Mental para a rede básica de saúde. Utilizou, em sua **metodologia** duas etapas: um estudo epidemiológico descritivo de uma amostra de 150 pacientes egressos de um hospital psiquiátrico e encaminhados aos centros de saúde para continuidade do tratamento. Durante 4 meses após a alta, foi verificado o comparecimento dos pacientes às atividades, assim como a ocorrência de reinternações. A segunda etapa do trabalho constou de pesquisa qualitativa junto aos profissionais de saúde mental, pacientes e familiares para avaliar a implementação da política a partir dos atores interessados: suas representações sobre a doença e o tratamento e as repercussões na organização do processo de trabalho das equipes de saúde.

Como resultados, encontramos que 48,6% dos pacientes em alta hospitalar não demandaram atendimento nos centros de saúde e dos que o fizeram, 51,4% abandonaram o tratamento num período de 4 meses. A prevalência de reinternações em 4 meses foi de 24,7%, sendo maior entre os pacientes com diagnóstico de psicoses.

Da pesquisa junto aos profissionais de saúde e usuários foram identificados problemas relativos à falta de clareza das diretrizes operacionais, infra-estrutura e sistemática de planejamento e avaliação dos serviços.

Em **conclusão**, o presente estudo evidenciou problemas na implementação da Política de Saúde Mental para a rede básica relativos à definição das políticas, à organização do processo de trabalho das equipes de saúde e aos resultados alcançados.

Referendou também o diagnóstico de que a transformação do modelo manicomial demanda a existência de novos equipamentos de reabilitação psico-social e a articulação inter-setorial para alcançar seus objetivos de desospitalização e resgate da cidadania dos doentes mentais.

**TÍTULO DO TRABALHO: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA A REDE BÁSICA EM CAMPINAS
- 1992/1993.**

INTRODUÇÃO

Este projeto de pesquisa foi estruturado a partir da necessidade de avaliação dos resultados do trabalho desenvolvido pela equipe do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em relação as internações psiquiátricas ali efetivadas no ano de 1992.

A redução da média de permanência hospitalar e do número de internações psiquiátricas para pacientes com quadro agudo constituíam a ponta de lança da Política de Saúde Mental para o Município de Campinas a partir de 1989.

O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira desempenhava em 1992, o papel de principal equipamento de saúde para a consecução desta política, uma vez que era a referência prioritária para a rede básica, ambulatórios especializados e pronto-socorros universitários encaminharem os pacientes que demandavam internações.

Os esforços para se reduzir o tempo de internação estavam sendo efetivados, mas permanecia a inquietação acerca da continuidade do tratamento nos outros níveis do sistema, sobretudo na rede básica, uma vez que esta recebia

a maior parte dos pacientes pós-internação e não existia uma sistemática de avaliação no município.

No primeiro semestre de 1992, durante processo de planejamento do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, estabeleceu-se uma diretriz para diagnosticar a situação pós-alta dos pacientes ali internados.

Desenhado a princípio como um estudo epidemiológico descritivo, o projeto foi alterado a partir da obtenção dos resultados preliminares que sugeriam a alta complexidade existente em relação à implementação de novas diretrizes na busca de uma transformação efetiva do modelo assistencial predominante em Saúde Mental neste país.

A partir de dezembro de 1992, para que o diagnóstico da situação de tratamento pós-alta dos pacientes fosse aprimorado, resolvi investigar alguns possíveis determinantes relacionados tanto à organização dos serviços quanto às representação dos atores interessados (profissionais de saúde mental, usuários e familiares) acerca das políticas propostas e sua adequação às necessidades identificadas por eles, o que exigiu acrescentar-se uma segunda etapa à pesquisa.

O campo de investigação que mais me estimula é o do gerenciamento dos serviços de saúde, o qual identifico como estratégico para a implementação das políticas setoriais e transformação do modelo assistencial vigente no Brasil e no qual venho desenvolvendo a minha prática profissional. Citando Campos, "...a adoção de um dado padrão de gerência de sistemas de saúde é um

elemento tão essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como à sua reforma radical". (Campos, 1991, p.107). No entanto, a avaliação das políticas definidas para o setor demandava uma análise mais detalhada, e "... é quase impossível levar a cabo a implantação de um novo modelo de saúde sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta como também se empenhem em consolidá-la" (Campos, 1991, p.108). Desta maneira, optei por analisar mais a implementação efetiva das políticas do que os instrumentos de gerenciamento, ainda que estes terminem por surgir na análise dos resultados.

As circunstâncias relacionadas a minha inserção num serviço de saúde mental levaram-me a transitar por uma área do conhecimento que até então era-me pouco familiar. No entanto, as dificuldades encontradas para a implementação das políticas não se configuraram específicas da saúde mental, ainda que o objeto de trabalho saúde mental/loucura traga consigo problemas adicionais decorrentes do atual estágio de conhecimento alcançado e de sua historicidade.

A preocupação principal que percorreu este trabalho de investigação foi a de que os resultados pudessem contribuir de maneira efetiva para o aprimoramento da assistência prestada aos usuários do sistema público de saúde, de modo que estes tenham o seu sofrimento minorado.

CAPÍTULO 1 - CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

1.1. AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E SEU REFERENCIAL TEÓRICO

Para a construção do objeto de pesquisa tornou-se necessário analisar as políticas formuladas para a área de saúde mental e explicitadas com diferentes graus de profundidade, por diversos atores institucionais produtores destas políticas, ou seja, governos federal, estadual e municipal e os profissionais de saúde mental.

Uma das principais fontes inspiradoras da política de saúde mental em construção no país é, sem dúvida, a experiência italiana, iniciada na década de 60 com a Comunidade Terapêutica instalada em Gorizia por Franco Basaglia.

O movimento italiano, denominado Psiquiatria Democrática, partiu da constatação de que a psiquiatria foi (e ainda é) instrumento de gestão da desordem e da miséria sociais, tendo como instrumento fundamental o hospital psiquiátrico. Para Franco Rotelli "o manicômio e: o lugar zero da troca. A tutela, a internação têm esta única finalidade: subtração das trocas, estabelecer relações de mera dependência pessoal" (Rotelli, 1990, p.61).

A luta social (e interna à psiquiatria) desencadeada em várias regiões da Itália culminou com a elaboração da Reforma Psiquiátrica (1978), com a proibição de internações em hospitais psiquiátricos (realizadas a partir de então em hospitais gerais) e a implementação de uma rede de serviços extra-hospitalares de saúde e ação social, incluindo-se moradias abrigadas.

Os psiquiatras renovadores italianos criticavam o paradigma da psiquiatria como um conjunto de normas, teorias e ações para solucionar o problema doença mental por meio da racionalidade, dizendo que a própria psiquiatria desconfirmava tal paradigma.

Esta desconfirmação apresenta-se em primeiro lugar no objeto da competência psiquiátrica: a doença mental. De fato, desde suas origens, a Psiquiatria está condenada a se ocupar de um objeto, a doença mental, que na realidade é bastante 'não conhecível' e freqüentemente incurável (Bleuler, 1983); malgrado os enormes esforços para dar-lhe uma explicação e definição racional, ampliando e tornando mais complexo o quadro das causas...ao final da cadeia causal a doença continua largamente indeterminada e indefinida (Rotelli, et als, 1990, p.26).

Argumentavam também que esta impossibilidade de dar conta da "cura", fez da psiquiatria o depósito de problemas insolúveis também do campo jurídico e da assistência social, além, é óbvio, da própria medicina. E o manicômio assumiu o papel de exclusão social (Rotelli, et als, 1990, p.26-27).

Abandonou-se então o paradigma que buscava a cura da doença mental para se buscar a "reinvenção da saúde" e a "reprodução social do paciente".

A escola italiana passou a não valorizar de maneira absoluta o diagnóstico psiquiátrico e as causas das perdas pelas quais estaria passando o paciente em relação às suas funções psíquicas. Valorizava-se agora como objeto de intervenção a "existência-sofrimento dos pacientes" e suas formas de expressão dentro de cada contexto social (Rotelli, et als, 1990, p.30).

No prefácio escrito para o livro "Il giardino dei gelsi", de Ernesto Venturini, Franco Basaglia diz acerca da marginalização de classe, consentida pelo manicômio e pela psiquiatria:

Isso não significa afirmar que o sofrimento psíquico tem origem só da miséria material (que, com certeza tem seu peso, seja no nascimento do distúrbio, seja no tipo de resposta que esse encontra), mas que existe uma miséria social que nos impede de exprimir as nossas próprias necessidades e nos constrange a encontrar estradas anômalas e tortuosas que passam através da mediação da "doença", porque nos impediu de nos exprimirmos de modo imediato.

A necessidade de uma nova "ciência" e de uma nova "teoria" nos insere naquilo que impropriamente vem definido como "vazio ideológico" que, na realidade, é o momento feliz no qual se poderia começar a enfrentar os problemas de maneira diferente. Momento feliz no qual, desarmados como nos encontramos,

privados de instrumentos que não sejam uma defesa explícita frente à esta angústia e este sofrimento, sem objetivá-lo automaticamente nos esquemas da "doença" e sem dispor ainda de um novo código interpretativo que recriaria a antiga distância entre quem compreende e quem ignora, entre quem sofre e quem assiste. É somente nesse encontro direto, sem a mediação da doença e da sua interpretação que pode emergir a subjetividade que pode aflorar somente em uma relação que saia das categorias objetivantes da psiquiatria positivista cujo resultado mais concreto tem sido o manicômio, consiga não reincluir em uma última objetivação a experiência abnorma, conservando-a ligada e estreitamente conectada à história individual e social (Basaglia, 1981, p.470-472).

No Brasil, as diretrizes gerais para a nova política de saúde mental foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, da Conferência de Caracas (OMS/OPS) em 1990 e referendadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1992 e são as seguintes:

- Desospitalização
- Desinstitucionalização
- Resgate dos direitos de cidadania dos usuários (SMS de Campinas, 1984)

Estas idéias vieram ao encontro da insatisfação de parte dos profissionais de saúde mental brasileiros, convictos dos limites da psiquiatria e articulados no Movimento Anti-Manicomial.

Ocorreram mudanças concretas tanto na assistência aos doentes mentais em alguns municípios, quanto propostas de alteração do arcabouço jurídico-legal, chegando-se a elaboração do projeto de lei 08/91 de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado.¹

Os países do terceiro mundo receberam influência adicional também da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), por meio de uma proposta de caráter preventivista, que demandaria menor incorporação de tecnologia para sua implementação.

No documento "Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación" encontramos os seguintes comentários sobre as unidades de saúde mental em centros de saúde:

Concebidas originalmente como entidades de fomento, prevención y asistencia integrales em salud mental, incorporadas en los servicios de salud pública y en íntimo contacto con las comunidades, frecuentemente se han convertido en centros de

¹. O projeto de lei nº 8/91 de autoria do deputado federal Paulo Delgado dispõe sobre a extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

Artigo 1º - Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Artigo 2º - As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, bem como para a progressiva extinção dos leitos de características manicomiais.

atención ambulatoria o consultorios externos de psiquiatría para los pacientes del área geográfica asignada al centro de salud. No obstante, algunas de estas unidades han logrado un equilibrio entre las funciones asistenciales psiquiátricas propiamente dichas y el trabajo de fomento de la salud mental y prevención primaria en las comunidades servidas. Desafortunadamente, estos casos han sido los menos frecuentes (OPS, 1991, p.130-131).

O projeto de Psiquiatria Preventiva foi implantado nos Estados Unidos na década de 60, a partir das idéias de Gerald Caplan e previa ações de três ordens, conforme citado por Lancetti:

1. aquelas destinadas a reduzir (e não curar), numa comunidade, os transtornos mentais, promovendo a "sanidade mental" dos grupos sociais (Prevenção Primária);
2. aquelas cujo objetivo é encurtar a duração dos transtornos mentais, identificando-os e tratando-os precocemente (Prevenção Secundária);
3. aquelas cuja finalidade é minimizar a deteriorização que resulta dos transtornos mentais (Prevenção Terciária)" (Lancetti, 1989, p.77).

Para Caplan transtornos mentais seriam uma inadaptação ou desajuste aos princípios sociais e aos valores da culturas.

A doença é um desvio da norma ou desajuste a respeito da ordem e a saúde, integração (Lancetti, 1989, p.77).

Na publicação "Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental" (1990, p.17) o Ministério da Saúde propõe os seguintes níveis de atenção no âmbito da rede básica:

1. Preventivo indireto: abrangendo ações de melhoria de qualidade de vida do cidadão e dependente das políticas sociais e da organização da atenção primária à saúde (vacinas, cuidados materno-infantil);
2. Preventivo direto: abrangendo ações programadas e participação dos técnicos em palestras e ou programas sobre tóxicos, sexualidade, etc.;
3. Terapêutico ambulatorial: abrangendo ações de saúde prestadas em centros de saúde e ambulatórios especializados.

Esta visão apoia-se num entendimento do processo saúde/doença como algo que pode ser previsto, que apresenta um desenvolvimento linear e contribui para a medicalização das relações sociais, porque coloca sob a intervenção médica o modo de vida dos indivíduos.

Relacionada a estas duas referências teóricas, a política adotada no município de Campinas não ficou suficientemente definida para garantir a adequada implementação dos serviços.

Pretendia-se evitar a internação psiquiátrica e oferecer aos doentes um tratamento ambulatorial, mas ao mesmo tempo foram instalados serviços de baixa resolução para as necessidades da clientela da rede básica.

Rotelli argumenta que nos países desenvolvidos onde se promoveu a reforma psiquiátrica sob a forma de desospitalização, ocorreram a diminuição do tempo de internação, mas esta redução foi acompanhada de um aumento do número de recidivas. Acrescenta ainda que os serviços ambulatoriais criados constituíram uma nova instituição que configura o perfil da demanda a ser atendida, em função da tecnologia disponível e não das necessidades dos indivíduos em sofrimento.

Para o autor italiano, o paradigma "problema-solução" teria que ser substituído por outro, no qual "o problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (espaços coletivos) de convivência dispersa"(Rotelli, 1990, p.30).

É necessário continuar tomando como referência a experiência italiana.

A constatação de que, sem uma rede de serviços onde existam vontade e disposição para a mudança demonstradas pelos atores institucionais

envolvidos, que respalde a política de desospitalização, os serviços ambulatoriais continuam cumprindo um papel de realimentação do manicômio.

Para Rotelli, a questão dos direitos de cidadania dos doentes mentais, dentro ou fora do manicômio, é tratada da mesma maneira excludente pela sociedade (Rotelli, 1990, p.68).

A atenção extra-hospitalar não pode reproduzir as condições do manicômio, de expropriação e empobrecimento da vida dos doentes mentais, sob o risco de não conseguir legitimidade social. Espera-se que através dos projetos terapêuticos ambulatoriais consiga-se contribuir para a reconstrução de projetos de vida dos pacientes.

1.2. OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM CAMPINAS

Até 1988 os recursos na área de saúde mental vinculados ao SUS em Campinas consistiam nos seguintes equipamentos:

- dois ambulatórios especializados (e não integrados em sua ação), sendo um municipal e outro estadual.
- uma unidade de atendimento das urgências psiquiátricas, para internações de 72 horas de duração (em média) localizada no hospital geral da PUCCAMP com 32 leitos.
- uma enfermaria psiquiátrica no Hospital das Clínicas da UNICAMP, com 14 leitos (Guarido, 1992, mimeo).

Além destes recursos, a região de Campinas contava com 1461 leitos psiquiátricos em hospitais privados (dados de 1991), dos quais cerca de 1300 estavam contratados pelo setor público (Fonte: ERSA Campinas).

Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde realizou um seminário de avaliação e planejamento, onde foi rediscutido o modelo de assistência para o setor e constatou-se que 60% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos de Campinas eram portadores de quadros crônicos, para os quais a internação não seria a medida terapêutica de escolha (Fonte: Projeto do centro de Atenção Psico-social - SMS, 1992).

Após este seminário a intervenção municipal deu-se no sentido da expansão descentralizada dos serviços, constituindo-se uma rede regionalizada de 17 unidades básicas de saúde onde instalou-se a denominada equipe mínima de saúde mental, composta por psiquiatra, psicólogo e eventualmente de assistente social. Posteriormente, alguns terapeutas ocupacionais foram incorporados à algumas equipes. A opção de se instalar estas equipes nos centros de saúde foi adotada pela possibilidade de se realizar a atenção integral à saúde os pacientes, conforme consta no projeto de instalação do Hospital-dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira: "Atualmente o modelo praticado pela secretaria de saúde do município tem priorizado a implantação de equipes mínimas de Saúde mental nos centros de saúde (C.S.), no sentido de tentar incluir a saúde mental na área mais ampla da saúde geral" (mimeo, 1991).

Os ambulatórios especializados foram reorganizado a partir de 1990 e deste processo resultaram a constituição de uma equipe localizada na Policlínica I e parte da equipe inicial do Hospital-dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

A proposta de trabalho para estes novos serviços, era atender prioritariamente pacientes psicóticos e alcoolistas egressos de hospitais psiquiátricos, com o objetivo primordial de reduzir os índices de internações psiquiátricas.

Este modelo de atenção em saúde mental pretendia contribuir ativamente para o fim da instituição manicomial.

As diretrizes políticas municipais indicavam ainda a necessidade de outros tipos de equipamentos, como centro de vivência e hospital-dia.

Foram instalados um hospital-dia no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em 1991 e dois centros de atenção psico-social apenas em 1993, o que reflete uma certa lentidão da intervenção institucional.

Uma das dificuldades constatadas foi a não elaboração de diretrizes operacionais específicas para a área de saúde mental pela Secretaria Municipal de Saúde, ainda que tenham sido explicitadas as diretrizes operacionais para o atendimento na rede básica de saúde, como componentes do modelo tecno-assistencial que se pretendeu implantar em Campinas a partir de 1989.

No documento "Propostas para debate: Diretrizes operacionais para implantação do Sistema Único de Saúde em Campinas" elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde encontramos claramente explicitadas as diretrizes de: **atenção integral ao paciente, atendimento a demanda espontânea que procura os centros de saúde, implantação de ações de saúde coletiva no âmbito da vigilância à saúde dentro e fora dos serviços.** Para alcançar tais objetivos propunha-se a extensão do horário de atendimento, mecanismos para atender a demanda espontânea (triagem, pronto-atendimento), trabalhar de maneira mais cuidadosa o vínculo do paciente e dos familiares ao serviço, definição de metas de cobertura frente às necessidades da população, integração com a área de saúde bucal. Para a área de saúde mental encontramos a proposta de implementação do convênio

de co-gestão com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira que possibilitaria a internação do paciente com quadro agudo e serviria de referência para a rede básica e ambulatórios especializados (SMS - Campinas, 1990).

Para a avaliação dos serviços foram utilizados apenas alguns parâmetros de produtividade (número de consultas realizadas por psiquiatria e psicólogo/hora e número de grupos realizados), indicadores de baixa eficácia gerencial se considerados isoladamente (NIP - SMS/Campinas, 1990).

Apesar desta falta de detalhamento das diretrizes operacionais, foram realizados treinamentos das equipes de saúde mental contemplando aspectos do trabalho em grupo, com famílias e pacientes alcoolistas, o que evidenciava a existência de estratégias para a implantação do modelo tecno-assistencial.

Parece-me claro que a tarefa de desconstrução ideológica e cultural, relacionada ao manicômio enquanto instituição, não pode ser atribuída exclusivamente aos serviços de saúde, ainda que estes tenham um papel importante a desempenhar neste sentido.

A ausência de políticas pluri-setoriais relativas à questão do sofrimento dos pacientes e de sua inserção social, compromete os resultados globais do sistema de saúde e reduz a efetividade dos esforços daqueles profissionais que no seu cotidiano lidam com este sofrimento.

Concluindo, apesar das lacunas apontadas, não há dúvida de que a política de saúde mental do município de Campinas está inserida no movimento de desospitalização e de resgate da cidadania dos doentes mentais.

No entanto, as diretrizes políticas e operacionais mostram insuficiências em sua definição. É necessário avaliar-se a sua implementação na prática cotidiana dos serviços.

Para que esta análise da implementação da política de saúde mental seja completa, seria necessário avaliar os demais equipamentos de saúde, tais como os hospitais psiquiátricos da região do ERSA Campinas, o Hospital-dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e os Centro de Atenção Psico-social da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Cada um destes serviços teve seu papel dentro do sistema definido, sendo que todos os citados teriam como clientela preferencial pacientes com acentuado grau de sofrimento psíquico e necessitando de tratamento intensivo, com ou sem internação.

Acompanhando-se a evolução da disponibilidade de leitos psiquiátricos na região de Campinas, constatamos que em 1991 existiam 1599 leitos disponíveis, dos quais 1507 eram constituídos pelos leitos públicos próprios ou leitos privados contratados pelo setor público (Fonte: ERSA-27). Em 1993, este número estava diminuído em 510 leitos, dos quais 474 no município de Campinas através do fechamento dos hospitais Vale Alvorada e Casa de Saúde Dr. Bierrenbach de Castro.

No relatório das inspeções realizadas pela equipe do ERSA-27 em junho de 1991, nos hospitais referidos, encontramos como conclusão os seguintes pontos:

- incompatibilidade do modelo terapêutico adotado pelos hospitais com a atual política de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde por inadequação da área física e instalações, baixa qualidade da assistência prestada, tendendo a "cronificar as patologias, não oferecendo chance de recuperação e ou reabilitação dos pacientes" (ERSA-27, mimeo).

A aparente tranqüilidade com que o sistema absorveu esta diminuição na oferta de leitos valeria a pena ser estudada dentro da perspectiva do uso abusivo de internações psiquiátricas existente e de qual está sendo a condição pós-alta destes pacientes desinternados.

No Brasil ocorreu um processo semelhante, sendo que em 1984 existiam 105.765 leitos psiquiátricos e em 1993 este número estava em torno de 77.000, além de 4 a 5 mil em hospitais gerais (Fonte: MS).

Concomitante à redução destes leitos oferecidos pelo setor privado lucrativo, ocorreu em 1990 a realização de um convênio de co-gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, com o objetivo de resgatar o caráter público deste hospital filantrópico e exercer o controle público da demanda de internações.

Primeiro hospital psiquiátrico de Campinas, o antigo Hospício para Dementes Pobres do Arraial de Sousas foi fundado em 1924, no auge da política de construção de colônias (1890-1941).

Com o convênio de co-gestão iniciou-se o processo de transformação do modelo assistencial, tipicamente asilar, para uma nova proposta de atenção a pacientes com um grande contingente de necessidades assistenciais e de reabilitação psico-social.

O serviço foi estruturado em quatro unidades assistenciais com alto grau de autonomia na organização do processo de trabalho. As diretrizes gerais foram estabelecidas pelo Conselho Diretor, composto por representantes da Associação Dr. Cândido Ferreira, Secretaria Municipal de Saúde, UNICAMP, PUCCAMP, ERSA-27 e funcionários.

As unidades referidas e suas características gerais descritas a seguir tem sido objeto de transformação dentro da dinâmica das necessidades da clientela, mas conservaram, no período de 1992 até a atualidade, as linhas mestras do modelo tecno-assistencial proposto.

— Hospital-dia, instalado em maio de 1991, propunha-se a atender preferencialmente pacientes psicóticos jovens ou em primeiro surto, neuróticos graves, alcoolistas e drogaditos. Seus objetivos principais eram evitar a internação psiquiátrica, trabalhar a aquisição de um novo grau de autonomia e de sociabilidade do usuário.

Esta unidade constituía-se em referência para os demais serviços de saúde mental em Campinas e região. A forma preferencial de atendimento era a grupal, sendo que os comparecimentos variavam de 20 a 40 horas semanais.

- Unidade de internação de pacientes em quadro agudo. Esta unidade contava com 55 leitos até início de 1992, quando em decorrência do fechamento de dois hospitais privados lucrativos em Campinas, ocorreu a solicitação do ERSA-27 para que este número fosse aumentado para 82 leitos. Em 1993, houve novamente redução da capacidade instalada para 46 leitos disponíveis para a rede pública de saúde mental, considerando-se que não haveria repressão de demanda para internação e que cerca de 50% da clientela poderia ser mais beneficiada com tratamento em hospital-dia.

O perfil psicopatológico dos pacientes era o mesmo referido para o Hospital-dia, com o agravamento decorrente do estado de crise.

A média de permanência era, em 1992, de 28 dias e durante a internação eram iniciados os processos de transição para o Hospital-dia e Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT).

Os pacientes que compõem a amostra deste estudo são egressos de internações nesta Unidade

- Núcleo de Oficinas de Trabalho, espaço de profissionalização e recuperação da capacidade de trabalho, onde em regime de associação os usuários produziam produtos para a comercialização (artesanato e culinária) e prestavam serviços na área agrícola e de jardinagem.

Este serviço era referência para a rede de saúde mental e atendia as outras três unidades assistenciais do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

- Unidade de Reabilitação de Moradores. No início do convênio de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, moravam no hospital 131 pessoas em regime asilar. Estes pacientes foram divididos em espaços de moradia pelo seu grau de autonomia de vida. Um exaustivo trabalho de humanização da assistência e de resgate dos vínculos familiares foi iniciado, com redução da clientela moradora.

Em 1991 foi instalado o primeiro Lar Abrigado, onde vivem 6 ex-moradores do serviço.

1.3. - CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

O primeiro objetivo foi descrever o prosseguimento da atenção aos pacientes com alta hospitalar. De junho a dezembro de 1992 e de abril a outubro de 1993, verifiquei o registro do comparecimento de 150 pacientes residentes em Campinas e egressos da Unidade de Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, às atividades agendadas junto às equipes dos centros de saúde e policlínicas municipais.

Estes pacientes permaneceram internados em média 28 dias, buscando-se evitar o afastamento prolongado de suas redes sociais.

Na análise preliminar dos dados relativos a 1992, foram revelados índices preocupantes no que diz respeito a adesão dos pacientes ao tratamento ambulatorial, uma vez que 48,6% destes não compareceram às unidade de saúde para tratamento num período de 4 meses após a alta hospitalar.

A partir destes resultados a investigação foi redirecionada a fim de aprofundar a pesquisa das determinações envolvidas neste processo.

O projeto foi reelaborado, sendo complementado com uma segunda etapa de pesquisa, onde foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde mental, usuários e familiares.

O objeto central da pesquisa era a análise da política de saúde mental formulada pelo município de Campinas para a rede básica e a política efetivamente implementada e levantar hipóteses para os determinantes de não prosseguimento do tratamento nestas unidades de saúde.

Para tanto, analisei as representações da doença e do tratamento elaboradas pelos atores sociais envolvidos, o alcance e os limites das políticas a partir das visões destes autores e as características institucionais que contribuíram para os resultados encontrados.

Não havia uma preocupação em particularizar este ou aquele serviço, o discurso deste ou daquele profissional de saúde, mas apreender as regularidades existentes.

Durante o transcurso da pesquisa, por meio das discussões dos dados preliminares com técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, foram levantadas algumas hipóteses para a ocorrência daqueles resultados, e entre elas, o fato das equipes de saúde mental terem reduzido o número de componentes por demissões sucessivas.

Considerarei, então, necessário realizar novo levantamento sobre o comparecimento dos pacientes às atividades programadas nos centros de saúde e policlínicas para o ano de 1993, após um período no qual ocorreram as contratações para reposição dos profissionais que se demitiram.

1.4. ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE INSTITUCIONAL

A partir dos dados colhidos nas entrevistas objetivei reconhecer nos discursos dos profissionais de saúde, pacientes e seus familiares as suas representações das políticas de saúde mental e sua apropriação no cotidiano.

O conceito de representação utilizado foi o de "senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade" (Minayo, 1992, p.173).

Ainda citando Minayo, "**As Representações Sociais** se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais" (Minayo, 1992, p.173).

Estas construções da prática e do pensamento devem ser analisadas, segundo a autora acima citada, através da linguagem do senso comum, apesar de fragmentária, pois representa a maneira como "os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos" (Minayo, 1992, p.173).

A natureza das representações sociais nem sempre é consciente, muitas vezes entendidas como algo habitual e que se reproduz.

As inscrições sociais, políticas, econômicas, culturais, religiosas, éticas, corporativas, e um sem número de variáveis que somente poderiam ser constatadas em cada situação em particular, sobredeterminam a forma como os sujeitos pensam o presente, reescrevem o passado e projetam o futuro. Em outras palavras, as inscrições sociais produzem um conjunto de categorias dadas aos indivíduos, grupos, segmentos e classes, que se incorporam em suas concepções e sistemas de conhecimento e reflexão (Amarante, 1992, p.111).

Neste momento de transformações das políticas, interessou-me investigar os resultados da incorporação do novo paradigma de intervenção sobre a doença mental.

Em relação aos profissionais de saúde mental, estes estavam tendo a oportunidade de trabalhar com um novo referencial teórico. Como estavam vivenciando esta experiência? Quais os resultados concretos?

Primeiro, foi necessário discutir os limites de conformação que as políticas institucionais tem sobre a prática dos profissionais de saúde, sobretudo os de nível universitário, historicamente exercendo a atividade profissional com certo grau de autonomia.

Citando Albuquerque:

Dois obstáculos devem ser evitados liminarmente numa abordagem deste tipo: a redução da prática profissional a mero epifenômeno das instituições, o que equivaleria a restringir-se a uma análise da retórica institucional, na pressuposição de que os profissionais de saúde nada mais podem fazer do que 'aplicar' conhecimentos e atitudes gerados a sua revelia. O outro obstáculo é uma quase inversão do primeiro, pressupondo a autonomia absoluta dos atores concretos com relação às instituições... (Albuquerque, 1978, p.69).

No caso específico de Campinas, vale dizer que as políticas de saúde mental foram discutidas em foruns amplos (seminários) com a maioria dos profissionais podendo influenciar na sua definição.

Ao lado disso, as possibilidades de adequação a cada realidade e de inovação foram concretas, sobretudo no período 1990-1991.

Este passado vivenciado em comum pelos profissionais da área de Saúde Mental constrói uma cultura organizacional "constituída ... dos valores, hábitos e comportamentos resultantes de uma experiência coletiva" (Motta, 1991, p.236). Esta reflexão torna-se ainda mais significativa pela ausência de uma sistemática de avaliação dos serviços de saúde mental, contribuindo para que não se pudesse refletir acerca do grau de implementação das políticas e das características assumidas em cada serviço.

A explicitação insuficiente do paradigma em relação à saúde mental/loucura e das diretrizes operacionais diminuiu ainda mais as possibilidades de conformação institucional dos profissionais de saúde.

Era de se esperar, portanto, que as práticas destes atores fossem influenciadas de maneira importante pelas suas inserções sociais e pela prática profissional pregressa.

De fato, na análise das entrevistas encontramos declarações de profissionais sobre a discordância acerca das prioridades de atendimento nas unidades básicas face às prioridades percebidas pelos mesmos e conseqüentemente, a implementação de uma prática coerente com suas representações.

Para a definição das categorias analíticas baseei-me no referencial teórico explicitado até aqui e a direcionalidade maior foi provocada pelos resultados preliminares da primeira etapa da pesquisa.

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

O termo METODOLOGIA significou neste trabalho, mais que o conjunto de instrumentos e técnicas de ordem epidemiológica ou sociológica para a obtenção e análise dos dados. Significou também "as preocupações com os fundamentos, o valor, o alcance desses instrumentos, e também com a posição do pesquisador diante do objeto em estudo" (Queiroz, 1983, p. 11). Estão pois a metodologia e tecnologia imbricadas neste trabalho, sendo a segunda submetida à primeira, dentro da conceituação que faz Minayo "a metodologia inclui as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador"(Minayo, 1992, p.22).

Desde a primeira hora, esta pesquisa foi coletivamente proposta e esteve acessível aos atores institucionais que dela participaram: membros do Colegiado de Gestão do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, profissionais de saúde deste serviço e da rede municipal de saúde de Campinas. Seus resultados parciais possibilitaram algumas mudanças na organização dos serviços pesquisados e na assistência prestada aos pacientes, seja pela contribuição ao diagnóstico institucional, seja pela motivação que acabou trazendo aos profissionais de saúde mental para refletir sobre a sua prática e sua formação técnica.

Deste ponto de vista intitulei-a "pesquisa-ação", no sentido de que cada elemento pesquisado durante as entrevistas realizadas que fizesse emergir problemas em relação as diretrizes políticas ou em relação à organização do trabalho, ações corretivas pudessem ser implementadas pelos atores envolvidos sempre que possível. Este conceito é enunciado por Carlos Rodrigues Brandão com pesquisa participante, "onde afinal pesquisadores - e - pesquisados são sujeitos de um mesmo trabalho comum, ainda que com situações e tarefas diferentes..."(Brandão, 1990, p.11) e por Thiollent para quem pesquisa-ação "é um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo" (Thiollent, 1985, p.14).

Para Thiollent a metodologia da pesquisa-ação pode ser utilizada tanto como forma de engajamento sócio-político como instrumento para implementar reformas técnico-organizativas através de um problema participativo (1985, p.14). Sobre o perfil do pesquisador interessado nesta metodologia, diz este autor:

Em geral, a idéia da pesquisa-ação encontra um contexto favorável quando os pesquisadores não querem limitar suas investigações aos aspectos acadêmicos e burocráticos... Querem pesquisas nas quais as pessoas implicadas tenham algo a 'dizer' e a 'fazer'... Com a pesquisa-ação os pesquisadores pretendem

desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados (Thiollent, 1985, p.16).

Não se trata aqui de menosprezar outras metodologias utilizadas, nem se questionar genericamente as intenções dos pesquisadores, mas de revelar a implicação existente entre método e pesquisador.

As etapas do processo de trabalho de pesquisa foram sendo reconstruídas considerando-se os resultados obtidos anteriormente em cada uma delas.

No processo de análise preliminar dos dados quantitativos, ficou claro que esta abordagem era insuficiente, não esclarecia o que se passava com os atores sociais e institucionais envolvidos com a prática da saúde mental.

A relação existente entre os resultados encontrados e as representações dos atores sobre saúde mental/loucura e a operacionalização das diretrizes políticas para a área, interessaram-me e tornou-se necessário lançar mão de outros instrumentos de pesquisa, no caso a entrevista semi-aberta, de natureza qualitativa.

As diferentes etapas do projeto de pesquisa serão detalhadas a seguir, abordando separadamente cada etapa, assim como a análise já realizada dos documentos de diretrizes políticas para a área de saúde mental.

2.1. PRIMEIRA ETAPA: O ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DESCRITIVO

Como referido no capítulo anterior, a motivação inicial para este trabalho foi a necessidade de avaliar a continuidade do tratamento dos pacientes que haviam estado internados em crise na Unidade de Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Como a diretriz para a política de saúde mental vigente no país, preconizava internações com a menor duração possível, com a finalidade de obter a remissão dos sintomas e de maneira a manter o paciente afastado de sua rede social por um curto espaço de tempo, o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira vinha mantendo uma média de permanência hospitalar de 28 dias em 1992 e era necessário conhecer o que se passava após a alta hospitalar, uma vez que muitos destes pacientes necessitavam de cuidados especializados e sistemáticos para atingirem uma situação clínica mais estável, de modo a possibilitar sua reabilitação psico-social.

Esta diretriz política só podia ser viabilizada com a expansão dos serviços extra-hospitalares, os quais teriam como missão manter os pacientes em tratamento ambulatorial e diminuir os períodos de internação ou aumentar os intervalos entre eles. A Secretaria Municipal de Saúde e o Escritório Regional de Saúde - ERSA de Campinas não utilizavam instrumentos de avaliação sistemática desta natureza. A insegurança que os profissionais do Serviço de

Saúde Dr. Cândido Ferreira viviam ao efetuar a alta após a remissão do quadro psiquiátrico mais agudo, só poderia ser trabalhada mediante a avaliação da qualidade da assistência ao paciente em tratamento na rede ambulatorial.

Este trabalho teve como objetivo inicial a descrição da continuidade do tratamento no serviço ambulatorial, para uma primeira identificação dos problemas existentes na implementação da política de saúde mental para a rede básica.

Por este motivo não foi estabelecida uma estrutura de estudo epidemiológico analítico, com suas exigências quanto ao tamanho da amostra e formulação de hipóteses, no sentido utilizado pela Epidemiologia.

A opção de acompanhar o grupo inicial de pacientes com datas de alta a partir de junho de 1992, foi determinada pelo fato da informatização dos dados de internação no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira ter ocorrido nesta data e pelo fato do planejamento do serviço estar ocorrendo no mesmo período.

Para o segundo grupo de pacientes foi eleito o mês de abril de 1993 como referência inicial para as altas hospitalares, uma vez que este período demarcava o término do processo de contratação de profissionais de saúde mental para a rede básica de saúde, em caráter de substituição ou expansão do quadro do pessoal. Esta segunda amostra foi definida pela hipótese de que os primeiros resultados encontrados poderiam estar sendo influenciados negativamente pela falta de recursos humanos, ocasionada pela alta rotatividade.

2.1.1. SELEÇÃO DOS PACIENTES

Foram selecionados todos os pacientes residentes em Campinas e que receberam alta hospitalar nos meses de junho, julho e agosto de 1992, num total de 99 e as altas dos meses de abril, maio e junho de 1993, em número de 51, perfazendo um total de 150 pacientes.

Foram considerados apenas os encaminhamentos efetuados para a rede de centros de saúde e policlínicas, excluindo-se os referenciados para o Hospital-dia do SSCF e ambulatórios das Universidades UNICAMP e PUCCAMP. Este critério foi estabelecido partindo-se do pressuposto que os pacientes eram previamente avaliados sobre a adequação do tratamento na rede básica conforme suas necessidades.

O perfil dos pacientes da amostra segundo o diagnóstico, idade e sexo está indicado nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 - Distribuição dos pacientes segundo o grupo diagnóstico

DIAGNÓSTICO	N°	%
Psicoses	80	53.3
Alcoolismo	30	20.0
Neuroses	22	14.7
Dependência de Drogas	2	1.3
Deficiência Mental	13	8.7
Outros	3	2.0
Total	150	100.0

Quadro 2 - Distribuição dos pacientes segundo o sexo e o ano da alta hospitalar

SEXO	ANO	1992		1993		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Masculino		59	59.6	23	45.1	82	54.7
Feminino		40	40.4	28	54.9	68	45.3
Total		99	100.0	51	100.0	150	100.0

Quadro 3 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária

IDADE	N°	%
≤ 20	7	4.7
21 - 30	32	21.6
31 - 40	47	31.8
41 - 50	40	27.0
≥ 51	22	14.9
Total	148	100.0

(*) - Foram excluídos dois pacientes por insuficiência de dados

2.1.2. UNIDADES DE SAÚDE

Foram selecionadas todas as unidades com equipes de saúde mental, sendo que as que não contavam com psiquiatria naquele momento foram excluídas, uma vez que este era um dos critérios de encaminhamento para tratamento ambulatorial.

O total de unidades pesquisadas foi de 17 unidades em 1992 e 21 em 1993. Esta variação ocorreu por saída ou contratação de profissionais e pela implantação de novas equipes.

Os dados não foram tabulados por unidade de saúde, uma vez que várias delas receberam um pequeno número de encaminhamentos, o que tornaria a análise menos consistente.

2.1.3. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis selecionadas foram as seguintes:

- **número de meses em seguimento no ambulatório**, no período de 4 meses após a alta, o qual foi o tempo que estabeleci para a coleta de dados.
- **ocorrência de agendamento de consulta** prévio à alta hospitalar. Considerou-se para grau de comprometimento destes pacientes era necessário que a consulta ambulatorial se desse imediatamente após a alta hospitalar, para continuidade da atenção e para favorecer a vinculação ao serviço.

A sistemática de agendamento de consulta ambulatorial, via telefone e previamente à alta hospitalar, já estava em funcionamento por normatização do ERSA-27, no início deste trabalho.

Todos os hospitais psiquiátricos da região de abrangência do ERSA estavam orientados a agendar a consulta no centro de saúde de referência do paciente, antes da efetivação da alta hospitalar. Além disso, todos os pacientes em alta deveriam receber uma guia de encaminhamento ao centro de saúde, sendo que uma cópia da mesma deveria ser encaminhada diretamente ao serviço de saúde para possibilitar a convocação ou visita domiciliar em caso de não comparecimento à consulta agendada.

Durante a realização desta pesquisa foram revistos estes procedimentos, no que diz respeito à regionalização correta dos encaminhamentos, uma vez que alguns destes eram realizados inadequadamente. Instituiu-se o levantamento prévio de altas a serem efetivadas no fim de semana para propiciar o agendamento da consulta, pois a maioria dos centros de saúde e policlínicas não funcionavam nos finais de semana. Os funcionários do SSCF foram orientados a solicitar prioridade para os agendamentos, assim como as equipes dos centros de saúde foram trabalhadas para garantir o agendamento no menor prazo possível.

Estas medidas foram implementadas a partir de julho de 1992, tendo abrangido apenas a amostra de pacientes internados em 1993.

- **tempo (em dias) decorrido entre a alta hospitalar e a primeira consulta** no serviço referenciado. O tempo considerado adequado foi de 7 dias ou menos para a realização da consulta, pois os pacientes em alta do SSCF recebiam medicação para este período de tempo.

- **diagnóstico da internação**, utilizando-se para isso a Classificação Internacional das Doenças versão IX.

- **intercorrências** durante o tratamento ambulatorial como reinternações e altas por indicação da equipe de saúde mental.

2.1.4. COLETA DE DADOS

Os dados hospitalares foram coletados no Serviço do Prontuário do Paciente do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, através do relatório mensal de altas, onde constam a data da alta, o diagnóstico psiquiátrico e o serviço ambulatorial para onde o paciente foi encaminhado.

Para a coleta de dados nas unidades ambulatoriais foi elaborado um instrumento específico (ANEXO 1) contendo os seguintes dados:

- identificação da unidade de saúde
- nome do paciente
- número do prontuário
- data da alta hospitalar
- datas de comparecimento às atividades nos 4 meses de seguimento
- intercorrências
- identificação do funcionário

Para esta etapa do trabalho foram realizadas reuniões com os coordenadores dos serviços, com o propósito de treiná-los no preenchimento das planilhas e para que compreendessem os objetivos da pesquisa.

Os dados foram-me enviados mensalmente e quando necessário foram estabelecidos contatos pessoais ou telefônicos para complementação de informações.

Os registros referentes aos pacientes internados no ano de 1993 foram coletados por um grupo de alunos do 3º ano de Medicina da UNICAMP nos locais de atendimento dos pacientes.

As intercorrências foram coletadas dos prontuários e por meio da verificação dos mapas de internação no período de 4 meses após a alta hospitalar do SSCF.

2.1.5. ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

Utilizou-se para a análise o programa EPINFO versão 5.01b de julho de 1991.

2.2. SEGUNDA ETAPA: A PESQUISA QUALITATIVA

A segunda etapa do projeto consistiu na realização de entrevistas semi-abertas com profissionais de saúde mental das unidades em estudo, pacientes e familiares pertencentes a amostra de 150 pacientes.

Foram realizadas 14 entrevistas com profissionais de saúde e 3 entrevistas com familiares e pacientes.

O roteiro básico de questões a serem perguntadas aos entrevistados baseou-se na determinação prévia das categorias de análise de interesse da pesquisa e que refletem os seus objetivos (ANEXOS 2 e 3).

Os profissionais de saúde foram selecionados a partir das características dos serviços onde estavam inseridos, ou seja, foi possível caracterizar as equipes de saúde mental em 3 categorias.

A primeira delas foi a equipe constituída de psiquiatra e psicólogo, das quais duas foram incluídas no estudo (CS1 e CS2); a segunda foi a equipe que além de contar com estes dois profissionais era composta por terapeuta ocupacional (uma delas contava também com assistente social), das quais duas foram selecionadas (CS3 e CS4) e a terceira modalidade foi a equipe estruturada com sub-especialidades em saúde mental e que constituía-se em referência

para alguns serviços como atendimento a criança psicóticas, além de realizar os atendimentos de pacientes egressos de hospitais para a sua área de abrangência (CS5). Não foram entrevistados todos os profissionais das equipes do segundo e terceiro tipo, porém todas as categorias profissionais foram representadas.

2.2.1. CATEGORIAS DE ANÁLISE

As categorias eleitas para serem pesquisadas junto aos profissionais de saúde podem ser agrupadas em dois grandes temas: o da organização do processo de trabalho e o das representações acerca das diretrizes políticas e operacionais para a área de saúde mental.

Categorias utilizadas para pesquisar a organização do processo de trabalho das unidades de saúde:

- **ações desenvolvidas em saúde mental** na unidade de saúde, ou seja, o modo como a tecnologia disponível estava sendo utilizada na organização do processo de trabalho da equipe de saúde mental.

As diretrizes operacionais da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas priorizavam o atendimento grupal, seja de verbalização ou de outras atividades, não descartando o atendimento individual quando indicado.

O caráter das ações terapêuticas deveria ser multidisciplinar, com utilização de técnicas de terapia ocupacional para atividades específicas, ainda que a ocorrência do terapeuta ocupacional nas equipes fosse inexpressiva: apenas 5 equipes contavam com este profissional em março de 1993, segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

A inserção do trabalho do centro de saúde na comunidade local, junto às famílias dos pacientes, deveria atuar como condição facilitadora da implementação das diretrizes para a área de saúde mental, uma vez que a ressocialização e o alcance de maior grau de autonomia e melhoria da qualidade de vida constituíam os principais objetivos, ao lado da redução do tempo de internação psiquiátrica (Fonte: Projeto do Hospital-dia, 1991, mimeo).

- **prioridades existentes para o atendimento**, sendo que o contingente de pacientes mais suscetíveis à internação psiquiátrica devido a gravidade de seus estados psico-sociais e pela cultura social vigente são os psicóticos, os alcoolistas e neuróticos graves. Estes grupos de indivíduos deveriam ser considerados como estratégicos para a consecução da política de desospitalização psiquiátrica.

Por outro lado, existia uma demanda numerosa trazida por uma clientela com outros tipos de problemas relacionados à saúde mental ou não, tais como neuroses leves, crianças com baixo rendimento escolar e situações reacionais ao modo de viver a vida, que ocorre aos centros de saúde.

Interessou-me aprender como se articulavam estas duas demandas aos serviços.

- **estrutura de recepção e acolhimento ao paciente**, onde interessou avaliar não só o grau de respeito aos direitos do cidadão doente mental, mas a preocupação em manter o mesmo vinculado ao serviço.

A diretriz operacional de "porta-aberta" para as unidade de saúde foi claramente enunciada quando da definição do modelo tecno-assistencial para a rede básica de saúde: "-c- Criar mecanismos que viabilizem o atendimento de toda a demanda espontânea da região, através de triagens, pronto-atendimento, procurando orientar esta clientela sobre a melhor forma de proteger sua saúde e de utilizar os serviços de saúde" (Campos, 1990, mimeo).

- **estrutura de supervisão** existente na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, ou os mecanismos de apoio e avaliação dos resultados do trabalho da equipe, sobretudo pela estrutura gerencial intermediária da instituição.

- **participação na gestão do serviço**, buscando conhecer o envolvimento de cada profissional com a organização e avaliação do atendimento à saúde e também a articulação existente entre os membros da equipe de saúde.
- **avaliação da implementação das diretrizes da política de saúde mental municipal**, com explicitação do nível de conhecimento das diretrizes políticas e operacionais para a área e a adequação das mesmas às necessidades dos pacientes e a identidade entre a prática e as propostas.

Foram também investigadas as dificuldades declaradas para a implementação das diretrizes específicas para a área de saúde mental.

Categorias utilizadas para pesquisar as representações dos profissionais de saúde mental:

- **representação acerca da abordagem terapêutica da doença mental**, com o objetivo de identificar a existência de vínculo com um paradigma (ou um esboço de) que apontasse questões relativas a determinação e formas de intervenção da doença mental.
- **satisfação profissional**, ou quais eram os motivos que mantinham os profissionais trabalhando no serviço público e as possibilidades de

implementar as suas concepções sobre a prática adequada. Quais as necessidades individuais não atendidas

- **propostas de mudança:** o objetivo aqui foi o de solicitar aos atores institucionais privilegiados, aqueles "cujas práticas são suporte da ação institucional" (Albuquerque, 1979, p.46), sua contribuição à formulação de políticas de saúde.

- **adequação da formação profissional,** quando solicitou-se a cada um dos profissionais uma avaliação de sua capacitação técnica em relação às necessidades do modelo assistencial proposto e quais as suas necessidades.

2.2.2. CATEGORIAS UTILIZADAS PARA PESQUISAR JUNTO AOS PACIENTES E FAMILIARES AS REPRESENTAÇÕES ACERCA DA DOENÇA MENTAL E DO TRATAMENTO PROPOSTO

- **vínculo existente entre o cliente e o serviço,** por meio de levantamento do comparecimento às atividades programadas pela equipe do centro de saúde e razões de não comparecimento. A periodicidade dos atendimentos também foi pesquisada.

- **grau de conhecimento sobre a doença e o tratamento proposto**, pesquisando as informações recebidas no serviço de saúde sobre a doença mental, uso de psicofármacos e conteúdo das atividades desenvolvidas e as representações existentes sobre a causalidade da doença.

- **grau de satisfação da família e do paciente** em relação ao novo modelo de assistência, as implicações familiares de evitar a internação, outras possíveis dificuldades.

- **representações acerca do dano causado pela doença e os benefícios do tratamento**, dentro das visões do familiar e do paciente, sua experiência subjetiva do sofrimento psíquico e em que medida a intervenção do serviço contribui para melhoria deste estado.

- **grau de sociabilização**, a existência de atividades profissionais, socioterápicas, profissionalizantes, etc. Extensão da rede social do paciente.

2.2.3. ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS POR MEIO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente, com o auxílio de um grupo de alunos do terceiro ano de medicina da UNICAMP.

O material foi então classificado segundo as categorias de análise referidas acima, segundo a formação profissional e segundo o local de trabalho para os membros das equipas de saúde mental.

CAPÍTULO 3 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1. PRIMEIRA ETAPA: O ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DESCRITIVO

Foram coletados dados relativos a 150 pacientes residentes em Campinas e egressos da Unidade de Internação do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Destes, 99 receberam alta hospitalar nos meses de junho, julho e agosto de 1992 e os demais 51 nos meses de abril, maio e junho de 1993.

O menor número de pacientes para o ano de 1993 decorreu da redução na capacidade instalada da unidade de internação referida.

Foram coletados dados de todos os pacientes que tiveram alta nos meses referidos, com exclusão dos encaminhados ao Hospital-Dia do SSCF e aos ambulatórios universitários da PUCCAMP e UNICAMP, assim como os residentes em outros municípios, uma vez que o objeto do trabalho era avaliar a implementação da política de saúde mental para a rede básica de saúde do município de Campinas.

3.1.1. NÚMERO DE MESES EM SEGUIMENTO

Considerarei neste estudo, 4 meses em seguimento no serviço de referência após a alta hospitalar como resultado esperado para o conjunto dos pacientes, constituindo-se em indicador da adesão dos mesmos ao serviço.

Não analisei o número de atendimentos realizados neste período por paciente, o que demandaria um estudo acerca das necessidades individuais de atenção e cuidado em saúde mental. Para alguns pacientes o retorno mensal pode ser insuficiente frente às suas necessidades. Na realidade, vários destes pacientes retornaram semanalmente aos centros de saúde.

Mas para o grau de prejuízo da qualidade de vida que estes indivíduos apresentavam, o fato de permanecerem sem nenhum vínculo à rede de serviços de saúde após a alta hospitalar, pode ter comprometido ainda mais a reconstrução de seus projetos de vida e contribuído para manter o ciclo de internações psiquiátricas.

Por ocasião da coleta dos dados em 1992, verifiquei que várias unidades de saúde não possuíam registros organizados das guias de contra-referência recebidas dos hospitais psiquiátricos ficando as informações muitas vezes restritas aos psiquiatras.

A fim de atender as necessidades deste trabalho houve uma reformulação parcial do sistema de registro de dados, assim como foram realizadas visitas

domiciliares a alguns pacientes. Estes procedimentos poderiam reverter numa melhoria da adesão destes às unidades de saúde.

Na tabela I verifica-se que 48,6% dos pacientes não compareceram aos serviços de saúde no período de 4 meses após a alta, sendo que a média de meses em seguimento foi de 1,38 meses para o total da amostra.

Quando comparados os grupos de pacientes com alta em 1992 com os saídos em 1993 (tabela I), verificamos que não há uma melhora na adesão ao tratamento entre os anos em estudo. A média de meses em seguimento em 1992 foi de 1,30 meses e em 1993 de 1,55 meses, não havendo diferença estatisticamente significativa.

Tabela I - Pacientes que demandaram consultas na rede básica (pelo menos 1 consulta no período de 4 meses após a alta)

Consulta na rede básica	1992		1993		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	48	52.70	24	49.00	72	51.40
Não	43	47.30	25	51.00	68	48.60
Total	91	100.00	49	100.00	140	100.00

$X^2 = 2,223$ $p > 0,05$

(*) Foram excluídos desta análise 10 pacientes pelos motivos de encaminhamento incorreto, ausência de encaminhamento pelo hospital, transferência para outro serviço, alta ambulatorial e dados ignorados.

Na tabela II verificamos que entre aqueles pacientes que iniciaram o seguimento na unidade básica de saúde, 51,4% abandonaram o tratamento num período inferior a 4 meses após a alta sendo que não houve diferença estatisticamente significativa entre os 2 anos em estudo.

Tabela II - Pacientes que abandonaram o tratamento no período de 4 meses de seguimento após a alta hospitalar (entre os que fizeram ao menos 1 consulta)

Abandono	1992		1993		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sim	27	56.3	10	41.7	37	51.4
Não	21	43.7	14	58.3	35	48.6
Total	48	100.00	24	100.00	72	100.00

$X^2 = 1,34$ $p > 0,05$

(*) Foram excluídos 10 pacientes da amostra por insuficiência de dados.

Na tabela III encontramos as médias e os desvios padrão do número de meses de seguimento, entre aqueles pacientes que iniciaram o tratamento na unidade básica de saúde. Os dados mostram que existe diferença estatisticamente significativa entre os anos em estudo, tendo aumentado a média de meses em seguimento para os pacientes com alta em 1993.

Apesar deste resultado favorável, não ocorreu mudança no perfil de adesão geral ao serviço de saúde mental.

Tabela III - Médias e desvios padrão do número de meses de seguimento (entre os que iniciaram o seguimento, segundo o ano de internação)

Ano	Média	Desvio Padrão
1992	2.46	1.44
1993	3.17	1.09

$p = 0,03$

$t = 2,12$

3.1.2. CONSULTAS AGENDADAS PREVIAMENTE À ALTA HOSPITALAR

Apesar da diretriz institucional vigente à época da pesquisa estabelecer a necessidade do agendamento do atendimento na rede básica antes da alta, existiam dificuldades operacionais, tais como: não funcionamento do sistema de agendamento aos finais de semana ou a inexistência de telefone em alguns serviços.

Os dados estão apresentados na tabela IV, onde verifica-se que 67,3% dos pacientes receberam alta com agendamento de consulta na unidade de referência para seu local de residência.

Esta variável não se diferenciou estatisticamente entre os anos de 1992 e 1993.

Tabela IV - Existência de consulta agendada segundo o ano de alta hospitalar

Consulta agendada	Ano de alta hospitalar				Total	
	1992		1993		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sim	69	69.7	32	62.7	101	67.3
Não	30	30.3	19	37.3	49	32.7
Total	99	100.00	51	100.00	150	100.00

$X^2 = 0,73$ $p > 0,05$

Relacionando a realização de ao menos uma consulta na unidade básica de saúde à existência ou não de agendamento prévio de consulta, não encontrei diferença entre os dois grupos, sendo que 54,2% dos pacientes sem agendamento não compareceram nenhuma vez ao CS e para aqueles com agendamento esta cifra era um pouco menor (46,0%), mas não havendo diferença estatisticamente significativa (Tabela V).

Tabela V - Existência de consulta agendada entre os pacientes que iniciaram o tratamento na unidade básica de saúde

Consulta agendada	Tratamento iniciado				Total	
	1992		1993		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Sim	54	54.0	46	46.0	100	100.00
Não	22	45.8	26	54.2	48	100.00
Total	76	51.4	72	48.6	148	100.00

$X^2 = 0,86$

$p > 0,05$

(*) Foram excluídos 2 pacientes por insuficiência de dados.

A não influência do agendamento da consulta no comparecimento pode estar relacionada, para aqueles indivíduos aderidos, à existência de outros mecanismos de encaminhamento para a rede básica: a guia de contra-referência e as orientações sobre qual a unidade de saúde procurar recebidas pela totalidade dos pacientes no momento da alta no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Para os pacientes que não procuraram o centro de saúde após a alta hospitalar, outras questões que não o agendamento da consulta contribuíram para a não adesão ao serviço, e as hipóteses explicativas serão levantadas na análise das entrevistas com pacientes e profissionais de saúde.

3.1.3. TEMPO DECORRIDO ENTRE A ALTA HOSPITALAR E A CONSULTA AMBULATORIAL

O tempo médio decorrido entre a alta hospitalar e a consulta ambulatorial esteve em 15,0 dias, tendo baixado de 1992 (16,8) para 1993 (11,2) sendo a diferença estatisticamente significativa.

Os tempos variaram entre 01 a 48 dias. A mediana para 1992 foi de 13 dias, para 1993 de 9 dias e para a amostra total de 12 dias.

Verificando-se o número de meses em seguimento segundo o tempo decorrido para a primeira consulta após a alta, não encontramos diferença estatística no número de meses em seguimento entre os grupos que tiveram suas consultas agendadas para mais ou menos 7 dias $\chi^2 = 3,22$ $p > 0,05$.

3.1.4. REINTERNAÇÕES

Das 39 intercorrências registradas, 37 (95,0%) foram reinternações (tabela VI), sendo que a porcentagem dos pacientes reinternados na amostra de 150 casos foi de 24,7% num período de até 4 meses após a alta em estudo. Não houve diferença entre os grupos com altas em 1992 e 1993 cujos percentuais de reinternação foram de 25,2 e 23,5 respectivamente.

Tabela VI - Ocorrência de reinternação segundo o ano de alta do paciente

Reinternação	Ano da alta				Total	
	1992		1993		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sim	25	25.2	12	23.5	37	24.7
Não	74	74.8	39	76.5	113	75.3
Total	99	100.00	51	100.00	150	100.00

$\chi^2 = 0,05$

$p > 0,05$

O tempo médio ocorrido entre a alta hospitalar em estudo e as reinternações foi de 34,2 dias, sendo que para o grupo com alta em 1992 foi de 29,2 dias e a mediana foi de 18 dias. Para o grupo de 1993 o tempo médio foi de 43,5 dias e a mediana de 38 dias, demonstrando um aumento do período ocorrido entre as internações hospitalares. O teste das médias mostrou que há diferença estatisticamente significativa entre elas, sendo $p = 0,043$.

É importante ressaltar que os dados de reinternação estão provavelmente subestimados, em função da fonte de dados ter sido a central de vagas do ERSA Campinas, onde são registrados os dados relativos a hospitais psiquiátricos apenas da micro-região de Campinas. Casos ocorridos de internações na região, por exemplo, de Itapira estão fora do alcance desta análise.

3.1.5. TEMPO DECORRIDO ENTRE A ALTA HOSPITALAR E A PRIMEIRA CONSULTA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E A OCORRÊNCIA DE INTERNAÇÃO

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o tempo decorrido entre a alta hospitalar e a consulta na rede básica e a ocorrência ou não de reinternações. Para os reinternados a média de dias foi de 16,5 e para os não reinternados de 14,3 dias.

3.1.6. PREVALÊNCIA DE REINTERNAÇÕES POR GRUPOS DIAGNÓSTICOS

A maior prevalência de reinternações no período de 4 meses ocorreu entre os pacientes psicóticos (32,5%), sendo que os pacientes alcoolistas ou com outros diagnósticos foram reinternados em menor porcentagem (15,7%), como mostra a tabela VII.

Estes dados levam a pensar sobre as características dos equipamentos sociais que atendam às necessidades do paciente e seus familiares para evitar a internação psiquiátrica, sobretudo para os pacientes psicóticos. Seria necessário aprofundar a análise destas internações acerca da sua duração e motivos, a fim de dimensionar a responsabilidade que pode ser atribuída à eficácia dos serviços de saúde.

Tabela VII - Ocorrência de reinternações segundo o diagnóstico

Reinternações	Diagnóstico				Total	
	Psicoses		Outros		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sim	26	32.5	11	15.7	37	24.7
Não	54	67.5	59	84.3	113	75.3
Total	80	100.00	70	100.00	150	100.00

X² = 5,62

p > 0,05

3.1.7. NÚMERO DE MESES EM SEGUIMENTO NA UNIDADE AMBULATORIAL SEGUNDO O GRUPO DIAGNÓSTICO

Verifiquei que os pacientes não psicóticos tem aparentemente menor grau de adesão aos serviços ambulatoriais (52,9% de nenhum comparecimento) do que os pacientes com quadros psicóticos (44,9%). Contudo, não foi encontrada associação estatística entre o número de meses em seguimento ambulatorial e o diagnóstico, como pode-se ver na tabela VIII.

Tabela VIII - Número de meses em seguimento, segundo o diagnóstico

N° de meses em seguimento	Psicoses		Demais Patologias		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
0	35	44.9	37	52.9	72	48.6
1-3	19	24.3	22	31.4	41	27.7
4	24	30.8	11	15.7	35	23.7
Total	78	100.00	70	100.00	148	100.00

$\chi^2 = 3,78$

$p > 0,05$

(*) Foram excluídos 2 pacientes por insuficiência de dados.

3.2. SEGUNDA ETAPA:

A PESQUISA QUALITATIVA JUNTO AOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

A investigação junto aos profissionais de saúde mental foi priorizada, em detrimento da pesquisa junto ao usuários. Apesar do reconhecimento da necessidade de incluí-los num processo de avaliação de política de saúde, as dificuldades operacionais para aprofundar a pesquisa nesta direção, fizeram-se recortar o objeto de investigação.

As possibilidades de intervenção institucional, tanto na definição da missão dos serviços, como na reorganização dos mesmos para alcançar os seus objetivos são maiores, frente ao processo necessário para a incorporação dos usuários ao sistema enquanto sujeitos.

Foram entrevistados 14 profissionais de saúde mental assim distribuídos: 1 assistente social, 6 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais e 5 médicos psiquiatras. Entre eles encontravam-se 3 coordenadores de centro de saúde e um supervisor do nível regional, os quais exerciam as funções de assistência ao paciente e também as de gerenciamento.

As respostas obtidas nas entrevistas foram catalogadas segundo as variáveis analíticas anteriormente explicitadas no capítulo 2.

A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- O primeiro ponto a destacar é a análise da percepção das diretrizes políticas para a área de saúde mental, particularmente em relação às prioridades de atendimento, às necessidades das demandas espontânea e referenciada e a articulação elaborada entre estas variáveis.

Pude constatar que existia um adequado conhecimento acerca da priorização que devia ser dada ao atendimento de pacientes psicóticos, alcoolistas e neuróticos graves, para dar concretude à política de desospitalização e redução das internações psiquiátricas. No entanto, encontrei divergências em relação à implementação concreta destas diretrizes e práticas profissionais diferenciadas a este respeito, ou seja, havia equipes em que os profissionais conduziam de maneira diferente o atendimento aos pacientes considerados mais graves e suscetíveis de serem internados.

O questionamento levantado em relação ao atendimento preferencial para os pacientes psicóticos, alcoolistas e neuróticos graves devia-se ao fato de que a maior demanda espontânea era de crianças com dificuldade escolar e conflitos emocionais e adultos com quadros menos graves de neuroses.

Percebi uma preocupação em alguns profissionais acerca da necessidade de se atender toda a demanda espontânea que procurava o serviço, sendo

que em alguns casos esta passou a direcionar a estrutura de atendimento ou a dificultar a realização de ações consideradas fundamentais para a implementação do modelo assistencial, como por exemplo, articular o serviço com os recursos da comunidade.

Esta demanda era constituída basicamente de crianças que apresentavam baixo rendimento escolar e encaminhadas a partir das escolas.

Em uma das unidades de saúde (CS3) era desenvolvido um trabalho bastante interessante de atendimento a estas crianças, com a realização de grupos para a avaliação dos problemas apresentados e utilização de técnicas de ludoterapia. A experiência vinha demonstrando que um pequeno número de crianças apresentava comprometimento emocional, o que faz pensar no risco de medicalização de problemas de outra ordem a partir das representações dos encaminhadores (sobretudo os professores) e dos profissionais de saúde que as atendem.

Para as crianças com dificuldades emocionais, a unidade referida oferecia grupos de ludoterapia, onde trabalhava-se a baixa auto-estima pelo insucesso escolar e era oferecido atendimento aos pais destas crianças.

A prática profissional relatada pareceu-me estar isolada dentro do conjunto das demais práticas da rede básica, não havendo inclusive espaços de troca e reprodução de iniciativas criativas como esta. Nas outras unidades, esta demanda aparecia como um grande fardo, com a identificação da

medicalização do baixo rendimento escolar, sem contudo, encontrar-se saídas para o problema.

- Em relação ao **acolhimento do paciente e a estrutura de recepção existente**, as unidades comportavam-se também de maneira diferenciada. Das 5 unidades estudadas, encontrei desde uma que realizava triagem diariamente (CS4), conseguindo atender todos os pacientes que procuravam o serviço pela primeira vez, até unidade (CS5) que deixavam acumular os agendamentos durante 30 dias, para após, estabelecer a divisão do trabalho dentro da equipe.

As diferenças da organização do serviço passavam pelo agendamento semanal da triagem, agendas dos diferentes profissionais independentes e desconhecimento por parte de um dos psiquiatras de como se processava o agendamento dos pacientes.

A unidade que mantinha a triagem mais aberta à demanda (CS4) enfrentava o problema da insuficiente anotação nas fichas de triagem, o que dificultava a comunicação entre os membros da equipe.

Em relação ao acolhimento nas crises ou outras emergências, constatei uma preocupação homogênea com a garantia do atendimento. Todas as respostas referiam-se a possibilidade do paciente ser atendido em situação de urgência, na maioria das vezes através do encaminhamento para o

pronto-socorro psiquiátrico. Isto decorria do fato das unidades não contarem com profissionais (sobretudo psiquiatras) durante todo o período de funcionamento. O atendimento realizado nas unidades constava basicamente da medicação de urgência e o trabalho junto às famílias para a continência do paciente no domicílio.

- A pesquisa acerca dos **recursos terapêuticos** utilizados nas unidades de saúde, ou seja, a tecnologia em saúde mental incorporada por cada equipe, revelou em relação ao atendimento em grupo, que dos 5 psiquiatras entrevistados apenas 2 realizavam esta modalidade de atendimento (CS1 e CS3).

O atendimento grupal revelou-se mais característico dos profissionais de saúde não médicos, inclusive na equipe que podia ser considerada integrada e com adequado desempenho em relação às diretrizes de organização da assistência (CS3). Apesar disto, 2 dos psicólogos realizavam atendimento apenas de caráter individual, tanto para as crianças como para os pais.

As modalidades de ações terapêuticas apresentava certa homogeneidade, com a realização de grupos de verbalização, de atividades específicas de terapia ocupacional, grupos de orientação e psicoterapia individual.

Apenas 1 dos entrevistados revelou não se considerar capacitado para o atendimento a pacientes psicóticos e alcoolistas.

Em 3 das unidades pesquisadas percebi uma identidade maior entre os membros da equipe, ainda que com alguns problemas de integração. A presença do terapeuta ocupacional na equipe pareceu trazer uma efetiva contribuição à implementação do modelo assistencial pretendido, uma vez que este profissional realizava a interface entre a atenção mais tradicional da psiquiatria (medicação, por exemplo) e as práticas de oficinas terapêuticas. As unidades que contavam apenas com psiquiatria e psicólogo eram também aquelas com menor grau de integração entre os profissionais, ainda que nos 2 casos (CS1 e CS2), o gerente do serviço fizesse parte da equipe.

Numa das unidades (CS3), os pacientes realizavam um bazar "brechó" (ocupando o espaço físico do centro de saúde) cujo produto da comercialização era repartido entre eles, além da existência de uma oficina de culinária com a possibilidade de profissionalização e alguma renda financeira. Durante o relato destas experiências, os técnicos insistiram em colocar que os pacientes eram considerados clientes do serviço e não apenas da equipe de saúde mental. Neste processo de abertura da unidade aos usuários para a assistência e para as trocas sociais necessárias a reabilitação do doente mental, o conjunto dos trabalhadores do centro de saúde desempenhava em graus variados, o papel de acolher, dar continência e vincular aquelas pessoas ao serviço.

Ainda nesta unidade existia a prática de exibição de filmes que abordassem o tema da loucura, incluindo filmes comerciais, para a discussão da cultura social sobre a questão e praticava-se também atividades de expressão corporal com os pacientes.

Continuando com as atividades que se diferenciavam da média das existentes na rede de centros de saúde, encontrei em outra unidade (CS4) a realização de ações extra-muros, tais como um grupo de teatro com adolescentes, e projetos de se implantar uma horta comunitária e uma brinquedoteca na comunidade.

Eram estas as experiências em duas unidades de saúde ambulatoriais que extrapolavam os seus limites internos e alcançavam um grau de intervenção na comunidade local.

— Investigando as **relações internas e externas no que se referia aos encaminhamentos**, verifiquei que o hospital psiquiátrico preferencial para as internações era o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Um dos psiquiatras alegou desconhecer a possibilidade de priorizar este hospital ao solicitar a vaga para internar o paciente, o que refletia um baixo conhecimento da dinâmica do sistema.

Existia a incorporação nítida da diretriz de evitar ao máximo possível a internação psiquiátrica. As intercorrências geralmente eram atendidas no

pronto-socorro da PUCCAMP, como já dito anteriormente, sobretudo quando não havia psiquiatra na unidade.

Algumas queixas foram levantadas sobre pacientes que eram encaminhados para internação pelos profissionais do pronto-socorro sem que a equipe do centro de saúde fosse ouvida e que também não ocorriam contatos entre o hospital e a unidade durante a internação.

O Hospital-dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira constituía-se em equipamento bastante valorizado e reconhecido como resolutivo pelos profissionais entrevistados. Os Centros de Atenção Psico-social ainda estavam em fase de estruturação, sendo descobertos pelas equipes da rede básica, denotando uma deficiente articulação institucional entre os serviços.

O sistema de referência interno às unidades de saúde apresentava uma diversidade maior de práticas.

De um modo geral, os encaminhamentos para a área de saúde mental eram realizados sem uma abordagem anterior pelos profissionais das demais áreas médicas acerca da situação emocional dos pacientes.

A área de pediatria foi a mais mencionada como empreendendo esforços para uma maior integração no sentido de alcançar a atenção integral à saúde do paciente, ainda que em uma das unidades a maior parte dos diagnósticos de psicose infantil tenha sido realizada pelo neurologista e não pelos pediatras ou profissionais de saúde mental (CS5). Em menor grau de

trabalho conjunto vinha a área de gineco-obstetrícia e com maiores dificuldades a área de clínica médica.

Os encaminhamentos de pacientes adultos da área de clínica médica para a de saúde mental incluíam um alto número de dependentes do uso de benzodiazepínicos, sendo que para um dos psiquiatras, a administração destes psicofármacos demonstrava um esforço do clínico em dar conta da problemática do paciente. Em uma das equipes fez-se referência a casos conduzidos por clínicos ou ginecologistas e que seriam da competência do psiquiatra, como por exemplo, indivíduos com risco de suicídio ou indicação inadequada de contraceptivos orais para paciente em uso de medicação psiquiátrica.

As experiências existentes eram baseadas fundamentalmente nas relações pessoais entre os diferentes profissionais e a equipe de saúde mental. Apenas uma das equipes referiu um relacionamento harmônico com as demais áreas da unidade de saúde (CS3).

- A análise da **participação dos entrevistados na gestão do serviço**, sua preocupação em resolver problemas ou encaminhá-los para a adequada resolução, mostrou que havia um baixo envolvimento gerencial. Nas unidades onde existiam apenas dois profissionais, sendo que um deles acumulava a função de gerente com a assistência ao paciente, o trabalho na área de saúde mental acontecia desintegrado entre os membros da

equipe (CS1 e CS2). Este fato faz refletir sobre a eficácia das ações desenvolvidas por equipes pouco estruturadas e também na dupla função de gerência e técnico em saúde mental exercida nestas condições. Mesmo nas unidades com equipes maiores e serviços melhor estruturados o envolvimento com a gestão acontecia de modo heterogêneo entre os profissionais, sendo que em apenas uma delas pude constatar efetiva participação nos rumos da assistência (CS3). Apesar de alguns profissionais elaborarem opiniões críticas sobre a organização do processo de trabalho da equipe, não apontavam intervenções concretas sobre os problemas, salvo medidas restritivas, como recusar o atendimento dos pacientes encaminhados por outros profissionais quando os encaminhamentos eram considerados inadequados.

- A prática de **supervisão institucional**, seja de caráter técnico em saúde mental, ou de avaliação dos serviços foi considerada inexistente pelo conjunto dos entrevistados. O tema avaliação do serviço foi bastante abordado, como uma preocupação, uma vez que o diagnóstico das necessidades da clientela, ou o seu perfil, não eram conhecidos. Várias iniciativas isoladas estavam sendo desenvolvidas com o objetivo de conhecer melhor a realidade local.

A supervisão a partir dos níveis gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde era considerada necessária pela grande maioria dos entrevistados.

AS REPRESENTAÇÕES

— Frente às perguntas sobre as **causas das pessoas adoecerem mentalmente e sobre quais as formas de intervenção sobre a loucura**, as falas de conteúdo mais político sobre a determinação social do processo saúde-doença não apareceram de maneira estruturada. Afirmações genéricas como "é complexo" e "é ilusão falar em cura" foram freqüentes. Bastante rica, por outro lado, foi a elaboração destes profissionais de saúde acerca das maneiras de se lidar com a doença mental. As respostas articuladas tornaram-se bastante expressivas das representações de como se trabalhar com a loucura, coerentemente com a influência da escola psiquiátrica italiana que preconiza maior preocupação com a intervenção para mudar o estado de marginalidade do paciente.

Um grupo majoritário de entrevistados considerava como recurso mais potente de intervenção a continência oferecida pela família ao paciente. O que ajudaria seria a família compreender as dificuldades do paciente e não lhe exigir além da sua capacidade, assim como a própria comunidade.

A maior perda sofrida pelo paciente era entendida como sendo a perda do vínculo com a família e a rejeição da sociedade. Este resultado também foi encontrado em uma pesquisa realizada no Canadá com técnicos de saúde mental e pacientes participantes de um projeto de moradia protegida, onde na avaliação destes últimos, o maior benefício do programa era a possibilidade de reconstruir suas redes sociais (Everett, et als, 1994).

A superação da crise era vista como dependente da melhoria da sociabilização e manutenção do vínculo familiar. Para resgate da sociabilização e permanência do paciente na comunidade, as oficinas de terapia ocupacional representavam um papel de destaque enquanto ação terapêutica e de promover vínculo com o serviço de saúde, assim como o acompanhante terapêutico, por ampliarem o horizonte do paciente e contribuírem para a transformação do estado de inatividade bastante comum nesta clientela.

Em uma das unidades de saúde (CS4) estava implantado um projeto de acompanhantes terapêuticos com estagiários de Terapia Ocupacional como estratégia de alcance dos resultados propostos acima.

Outra questão mencionada foi a limitação que o sistema de saúde enfrentava para contribuir com as necessidades básicas do paciente em relação à sua sobrevivência material, incluindo-se aqueles que optavam por não permanecer junto às famílias.

As dificuldades que o paciente vivia em suas relações sociais e afetivas foram mencionadas como implicadas na doença mental por mais de um dos profissionais entrevistados. A inexistência de um programa de moradias protegidas ou de possibilidades de trabalho remunerado tornavam mais difíceis a reabilitação psico-social dos pacientes.

Apesar da pouca objetividade em conceituar a determinação da doença mental, a maioria dos profissionais apresentava uma homogeneidade de propostas para abordá-la, com exceção de um dos psiquiatras que não possuía clareza acerca das formas propostas de intervenção sobre a doença mental, preferindo relatar as dificuldades encontradas no processo terapêutico, como as pressões exercidas pelos pacientes alcoolistas para serem internados, a resistência cultural dos doentes em fazer uso da medicação e causas genéticas da esquizofrenia.

- Na análise das **dificuldades para a implementação das propostas de transformação do modelo assistencial** foram apresentadas muitas sugestões de mudanças que, do ponto de vista daqueles profissionais, seriam necessárias para a efetiva concretização do novo projeto.

A grande maioria das dificuldades citadas estavam relacionadas a infraestrutura dos serviços, como escassez de recursos humanos, falta de medicamentos, de veículos para visita domiciliar, falta de espaço físico para o atendimento e a grande extensão da área de cobertura dificultando o acesso dos usuários ao serviço.

Foram levantados também os problemas decorrentes da ausência de outros recursos que não o consultório, como oficinas, centros de convivência, hortas comunitárias, pensões protegidas. Argumentavam os profissionais de

saúde mental que se toda a demanda aderisse ao tratamento, as unidades não teriam como atendê-la adequadamente.

Com menor frequência os profissionais mencionaram a inconsistência entre a política proposta e a efetivamente implantada, uma vez que reconheciam a inadequação dos serviços para exercerem sua missão dentro do sistema de saúde mental, tanto pela infra-estrutura insuficiente como pela não participação de outros setores no projeto.

A indefinição do referencial teórico a ser buscado, quais tecnologias utilizar (fazer ou não psicoterapia, por exemplo) e a heterogeneidade de formação dos profissionais em atividade foram apontadas como problema. Também foi retomada aqui a questão das prioridades estabelecidas para o atendimento, quando um dos profissionais relatou que sentia-se fora da norma ao atender crianças e neuróticos e que "o pessoal faz de conta que não existe a criança e o neurótico" e que no início do projeto os profissionais sentiam-se frustrados pelo fato da demanda não corresponder às prioridades.

Ainda no campo das representações sociais, foram pesquisadas as propostas de mudanças em relação a situação atual.

As propostas apresentadas foram de manutenção do modelo vigente, com adequação do número de profissionais das equipes existentes e implantação de novas equipes, sendo que apenas um dos profissionais propôs a alteração do modelo com a expansão de equipamentos

especializados, do tipo Centro de Apoio Psico-social. As mudanças necessárias foram apontadas majoritariamente para o equacionamento da infra-estrutura dos serviços (recursos humanos, área física, medicamentos específicos e outros materiais de consumo) e para a instalação de novos equipamentos, como oficinas terapêuticas. O atendimento de crianças psicóticas era considerado ainda mais prejudicado que o de adultos, em função do espaço físico inadequado para o trabalho necessário.

A articulação com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira foi apontada por vários profissionais como insuficiente, inclusive não havendo aproveitamento do potencial de implementar serviços alternativos existentes naquela instituição.

- Pesquisando-se a **satisfação profissional** declarada pelos entrevistados, a maior ocorrência foi a de sentir-se satisfeito por atuar diretamente junto ao paciente. No entanto, as carências de infra-estrutura e o sentir-se desvalorizado pela instituição, tanto do ponto de vista salarial como de aprimoramento da capacitação técnica por meio de treinamentos, supervisão clínica ou cursos de pós-graduação, foram levantados. As ausências de troca de experiências entre os serviços existentes foi elencada entre as necessidades não atendidas.

A satisfação estava mais centrada na relação individual entre profissional da saúde e paciente, sendo que os resultados obtidos pelo serviço como um

todo não representavam elemento de realização profissional para a maioria dos entrevistados.

- A **capacitação técnica** para a implementação do modelo assistencial proposto foi considerada adequada pela maioria dos profissionais entrevistados. As dificuldades apontadas foram a falta de supervisão clínica e reciclagens do conhecimento adquirido. Vários dos profissionais participaram de cursos de especialização ou aprimoramento em saúde mental e dois dos entrevistados estavam cursando pós-graduação. Entre as necessidades apontadas mais objetivamente, estava a de aprender a trabalhar com grupos de pacientes psicóticos, ainda que um dos psiquiatras tenha expressado sua falta de interesse em adquirir estes conhecimentos.

3.3. A PESQUISA QUALITATIVA JUNTO AOS PACIENTES E FAMILIARES

As entrevistas com pacientes e familiares foram realizadas com o objetivo de trazer para a análise o referencial dos usuários dos serviços de saúde mental. Ainda que em pequeno número, a expressividade dos achados indica a necessidade de se investigar mais aprofundadamente as suas representações sociais na busca da adequação das diretrizes assistenciais.

Foram entrevistados três pacientes e suas famílias, sendo dois com diagnóstico de psicose e que aderiram ao tratamento ambulatorial e um com diagnóstico de alcoolismo e que não compareceu ao centro de saúde para o qual foi encaminhado.

As categorias analíticas pesquisadas foram as representações dos pacientes e familiares acerca da doença mental, as perdas na qualidade de vida acarretadas, suas informações sobre a doença e o serviço, sua vinculação ao tratamento e aos ganhos percebidos com o mesmo.

Para facilitar a compreensão das respostas, optei por descrever as condições gerais de vida das famílias entrevistadas e as características do ambiente das entrevistas.

Paciente 1: sexo masculino, de 28 anos, servente de pedreiro desempregado, alcoolista há 10 anos. Não compareceu ao centro de saúde após a alta hospitalar. Participaram da entrevista a mãe e um irmão. Residiam em casa própria, em local urbanizado. Unidade de referência: CS4.

Paciente 2: sexo masculino, de 32 anos, sem ocupação, doente há 15 anos. Vinha sendo acompanhado pelo centro de saúde, tendo interrompido o tratamento há 2 meses. Participaram da entrevista a mãe, um irmão alcoolista e estava presente uma irmã também psicótica. O ambiente da casa era de grande agressividade, sobretudo por parte do irmão do paciente. Residiam em casa própria, em local urbanizado, com dificuldades financeiras. Unidade de referência: CS4.

Paciente 3: sexo feminino, de 46 anos, casada, com dois filhos, adoeceu no puerpério do segundo filho há 6 anos. Participaram da entrevista os filhos da paciente. Residiam em casa de padrão bom, possuindo automóvel e condições financeiras menos críticas. A filha de 19 anos agia como responsável pela mãe, apesar da preservação das funções psíquicas da paciente.

Analisando-se os motivos de comparecimento ou não ao centro de saúde, o paciente 1 referiu não ter ido deliberadamente, uma vez que suas referências enquanto equipamentos de saúde mental eram o pronto-socorro da PUCCAMP

e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. A família deixou a decisão de comparecer ao próprio usuário.

Os demais pacientes (ambos com diagnóstico de psicose) apresentavam diferentes graus de autonomia de vida; um deles (paciente 2) dependia da família para comparecer aos atendimentos e a paciente 3 referiu ter ficado com muito medo de piorar e ter que ser reinternado, motivo determinante de sua adesão ao tratamento ambulatorial. Estas situações pareceram ter mais relevância do que as medidas administrativas de agendar a consulta previamente a alta e no menor prazo possível, isoladamente.

As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde mental junto aos dois pacientes aderidos ao tratamento eram bastante diferentes: consultas psiquiátricas para medicação num dos casos e no outro, além da consulta psiquiátrica, atendimento em oficinas terapêuticas realizado por terapeuta ocupacional, atividades musicais, brincadeiras, venda de objetos no bazar "brechó" e de produtos da oficina de culinária. O paciente 2 mostrou-se bastante feliz ao relatar suas atividades terapêuticas e sociais. A época da entrevista não estava mais freqüentando o serviço nem usando medicação, apesar de ter recebido visita domiciliar de funcionárias do centro de saúde e da mãe dizer que "elas estavam preocupadas". Nesta família havia outro filho psicótico e um alcoolista, o que sobrecarregava a mãe na garantia da atenção à saúde dos filhos, inclusive pela dificuldade de transporte até o centro de saúde.

O grau de satisfação com o atendimento oferecido pelo sistema ambulatorial de saúde mental para os pacientes que estavam em tratamento era regular, sendo a principal queixa a falta de medicamentos específicos, cuja aquisição onerava a renda familiar. O trabalho realizado em oficinas e grupos foi apontado como adequado e contribuindo para a melhora do paciente 2, ainda que a dificuldade de transporte fosse um fator de insatisfação e de abandono do tratamento.

O paciente 1 estivera internado por 20 dias na PUCCAMP há três meses da entrevista, sendo que a maior queixa foi a dificuldade de conseguir transporte de ambulância, precisando a família recorrer a um vereador para obtê-lo.

As representações sobre os determinantes da saúde mental era heterogêneas. A família do paciente 1 atribuía a existência da doença a causas espirituais (a família era evangélica) e às más companhias, o que era compartilhado pelo paciente. Por ocasião da entrevista, este freqüentava uma igreja e segundo os familiares estava em processo de melhora. A mãe referia que se os demais filhos era normais a causa só poderia ser espiritual, sem estabelecer relações com o fato de que dois filhos eram ex-alcoolistas.

A paciente 3 considerava a causa de sua doença relacionada a parto do segundo filho, a partir de informações recebidas do médico. A família 2 considerava a doença mental como efeito de uma "coisa ruim que alguém desejou" ou de trabalhar no "sol quente" durante a adolescência, época do

surgimento dos sintomas. O paciente 2 dizia sentir-se meio desequilibrado e perguntava se "não é geral e dá em todo mundo".

O processamento das informações fornecidas aos pacientes pelos profissionais de saúde sobre a doença mental constituía um emaranhado de idéias, algumas vezes paradoxais, impossibilitando a formação de uma identidade.

Havia ressentimento por parte da família 1 em relação a um profissional da PUCCAMP que lhe teria dito que a doença era incurável. Por outro lado, a família 2 relatava ter recebido informação do médico de que seu familiar "não tinha nada na cabeça" e o paciente valorizava a informação que a doença tinha cura.

A paciente 3 recebera a informação de que sua doença estava relacionada ao nascimento do segundo filho e expressava sua visão de causalidade perante este. Referia com clareza as orientações recebidas dos psiquiatras que a atenderam no centro de saúde, sobre a política de evitar a internação psiquiátrica e a necessidade do tratamento ambulatorial.

Para os pacientes, **o maior prejuízo provocado pela doença** era a confusão de idéias, referida como grande sofrimento, como "doía a cabeça e a vista" (paciente 2), "atrapalha a cabeça" (paciente 1) e sentir "vontade de esganar os filhos" (paciente 3).

Para os familiares os prejuízos eram de outra ordem, no âmbito da dinâmica do grupo familiar: vergonha do filho andar todo sujo e rasgado, confusão familiar, não saber como agir com o doente, sofrimento de todos (família 1); desaparecimento do paciente por desorientação, gerando preocupação familiar (família 2) e medo dos filhos de serem agredidos pela mãe (família 3).

Os **benefícios do tratamento** foram avaliados de maneira diferenciada entre pacientes e familiares. O paciente 1 só possuía a referência do tratamento hospitalar, uma vez que não compareceu ao centro de saúde. Referia o tratamento medicamentoso recebido pelo SSCF como algo que "fazia bem e deixava forte". Para seus familiares este tratamento tinha efeito rápido, mas o paciente ficava mais agitado e agressivo após a alta, sem relacionarem o fato com a interrupção do tratamento. A mãe considerava positiva a orientação recebida no SSCF de que era necessário acolher o paciente, pois a partir disso os irmãos deixaram de agredí-lo fisicamente.

Esta família declarava, no entanto, sua opção terapêutica pelo apoio espiritual.

O paciente 2 identificava no atendimento do centro de saúde um espaço de convivência, conhecendo os profissionais de saúde que lá trabalhavam. Para a família, a dificuldade de transportar o paciente até o serviço fazia com que optassem pela internação psiquiátrica, pois desta forma diminuiria a preocupação com sua desorientação espacial quando interrompia a medicação. O paciente, por sua vez não gostava de ficar internado, para não

permanecer "fechado". É importante ressaltar que após iniciar o tratamento do centro de saúde não havia mais sido internado.

A paciente 3 referia como maior benefício do tratamento o fato da internação tornar-se desnecessária, uma vez que sua única internação era sentida como um episódio de bastante sofrimento por ter convivido com pessoas com quadros psiquiátricos mais graves do que o seu. Para os filhos, o tratamento trouxera grandes benefícios, entre os quais a recuperação da relação afetiva familiar e capacidade de desempenho da mãe frente às suas responsabilidades domésticas.

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES

Para se avaliar a **implementação da política de saúde mental para a rede de atenção primária em Campinas** foram analisados as políticas de saúde mental, a organização do processo de trabalho nas unidades e as representações sociais dos atores profissionais de saúde e usuários. O estudo direto junto aos usuários foi bastante restrito neste trabalho pela abrangência do tema que, por si só, demandaria uma pesquisa específica.

Para a apresentação das conclusões utilizei três categorias: **a definição da política, a organização do processo de trabalho e os resultados alcançados pelos serviços**, levantando as situações-problemas que dificultaram a implementação do modelo tecno-assistencial proposto, com o intuito de contribuir com propostas de superação. Considerei como referencial para esta análise, a conceituação de Gastão Campos sobre modelo assistencial que "deve ser a relação cambiante e tensa entre o político e o técnico e que contemple a partir das necessidades sociais, diretrizes políticas e referenciais teóricos, além dos modos de gestão" (Campos, 1994, mimeo).

PROBLEMAS RELATIVOS À DEFINIÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

1. Uma diretriz a ser problematizada é a **definição de prioridades para o atendimento nos centros de saúde**, ou seja, as pessoas com diagnósticos de psicose, alcoolismo e neurose grave, egressos de hospitais psiquiátricos. Apesar destes grupos de indivíduos apresentarem quadros de maior gravidade e conseqüentemente, maior risco de internações psiquiátricas e exclusão social, a demanda que procura os serviços básicos de saúde é também composta por pessoas com quadros menos graves de dificuldade de viver a vida e merecedora de uma resposta institucional que não precise competir com os recursos destinados ao atendimento de pacientes crônicos e graves, nem faça com que a equipe de saúde experimente o sentimento de estar descumprindo as regras do jogo. A análise das representações dos trabalhadores de saúde mental acerca das prioridades mostrou a dificuldade de se lidar com as suas demandas: a "oficial" e a real. A subjetividade destes trabalhadores influenciou nos modos de organização dos processos de trabalho.

Dados do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras realizado por Almeida Filho, N. et als (1992) mostram a diversidade dos perfis de morbidade psiquiátrica, dependendo das diferenças sócio-culturais e níveis de desenvolvimento das cidades. Analisando-se os dados por grupo diagnóstico os autores encontraram que

a ansiedade e as fobias constituem os principais problemas de saúde mental da população urbana brasileira.

Em Campinas, o tratamento enfático das ações prioritárias para evitar-se a internação psiquiátrica, em certa medida, contribuiu para que este fosse entendido como exclusivo, risco sempre presente ao se trabalhar com demandas excessivamente especificadas, sem partir das necessidades sociais e individuais dos usuários. Neste caso, o perfil de morbidade da população não foi o principal parâmetro para a instalação dos serviços, mas sim o risco de ser internado em hospital psiquiátrico. A redução do número de internações psiquiátricas é um resultado desejado para a transformação do modelo tecno-assistencial em saúde mental, estando o problema localizado na articulação do atendimento das demandas.

- 2. A não explicitação institucional do referencial teórico sobre as hipóteses de causalidade do processo saúde/doença mental e, portanto, a discussão sobre a oportunidade de utilizar diferentes tecnologias para alcançar os resultados desejados, provocou uma diversidade de intervenções dependentes da qualificação profissional dos trabalhadores da rede de serviços.**

Esta discussão, ainda que difícil e em permanente transformação, torna-se necessária para que o manicômio não venha a ser substituído por outros equipamentos que reproduzam suas características de carência de trocas

sociais e desconsideração com a subjetividade dos clientes e trabalhadores de saúde.

- 3. A ausência de propostas de articulação inter-setorial**, envolvendo áreas como as de Ação Social e Educação de modo orgânico, trouxe o isolamento das equipes de saúde mental e restringiu sua atuação extra-muros. Esta questão não está afeita apenas a saúde mental, mas ao setor saúde e tem sido historicamente ignorada na elaboração das políticas sociais. No âmbito deste trabalho, interessou-me avaliar a existência de programas integrados entre as áreas sociais do poder público, os serviços de saúde e as organizações da sociedade civil, porque para o alcance dos resultados esperados pelas políticas de saúde mental há necessidade de contar-se com equipamentos para trabalho protegido, oficinas profissionalizantes, centros de vivência e moradias abrigadas. E estes equipamentos dependem de uma ação conjunta para sua instalação e funcionamento, O doente mental necessita, para reintegrar-se socialmente e resgatar sua cidadania, construir um projeto de vida, ou no dizer de Canguilhem: "O conteúdo do estado patológico não pode ser deduzido - exceto pela diferença de formato - do conteúdo da saúde: a doença não é uma variação da dimensão da saúde, ela é uma nova dimensão da vida" (Canguilhem, 1990, p.149).

4. **A falta de clareza acerca das diretrizes operacionais**, ou o como fazer, também contribuiu para que as experiências apresentassem diferentes modos de organização do processo de trabalho. Atendimentos individuais ou em grupos, características da clientela dos grupos, psiquiatria clínica, atendimento exclusivo a crianças ou a adultos, modos de agendamento, etc. são questões que remetem a tecnologias diferenciadas e com experiências concretas existentes que poderiam subsidiar as escolhas. Para Ricardo Bruno, "conceitualmente, 'modelo' aponta para a necessidade ineludível de consistência prática entre objetos do trabalho, instrumentos e a ação do agente do trabalho, para que o processo possa efetivamente objetivar-se num produto" (Gonçalves, 1986, p.79).

Os dois centros de saúde que haviam incorporado com mais intensidade em seu processo de trabalho as diretrizes operacionais gerais de acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade eram também os serviços com maior clareza da política de saúde mental e que haviam avançado mais em sua implementação (CS3 e CS4). É necessário lembrar que contribuíram para este desempenho heterogêneo a falta de infra-estrutura material (carros, medicamentos, área física) e de pessoal.

A adoção da prática de supervisão institucional, com o caráter de educação continuada, criando-se espaços de discussão teórica a partir dos problemas identificados na prática cotidiana, poderia contribuir com a instrumentalização das equipes para a mudança de modelo.

5. **A lentidão na implementação de outros serviços de maior complexidade e resolutividade e a não adequação da infra-estrutura necessária ao funcionamento da rede básica** estão refletidas nos resultados encontrados sobre o número de meses em seguimento nos centros de saúde para os pacientes da amostra. Ainda que tenha ocorrido melhora na média de meses em seguimento em 1993 para os pacientes que iniciaram tratamento na rede básica, a adesão ao tratamento e o elevado índice de abandono não se modificaram.

6. **A estratégia adotada para a organização da rede de serviços de saúde mental**, ou seja, a opção pela instalação de equipes nos centros de saúde não foi considerada problema pelo conjunto dos trabalhadores de saúde mental. No entanto, a racionalização dos recursos disponíveis mediante a concentração dos mesmos em um número menor de unidades, poderia garantir uma resolutividade maior do modelo desde que fossem equacionados os problemas com transporte dos pacientes do domicílio para o serviço e instalados equipamentos como oficinas ou centro de vivência. Desta forma poder-se-ia obter maiores eficácia e eficiência dos resultados da assistência.

No entanto, esta é uma questão que merece maior debate entre os atores interessados.

PROBLEMAS RELATIVOS À ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL

- 1. A ausência de uma sistemática de planejamento para o nível local** fez com que o trabalho fosse estruturado sobre o atendimento da demanda espontânea e, em menor escala, da demanda de egressos dos hospitais psiquiátricos. Uma das expressões deste problema foi a demora no agendamento da consulta pós-alta com média de 15 dias de espera para o total da amostra. O reconhecimento desta demanda espontânea também foi apresentado como um problema que dificultou a estruturação do serviço para atender às necessidades dos pacientes. Uma das unidades estudadas estava em fase de implantação de um instrumento de coleta de dados sobre o perfil da clientela de sua área de cobertura para redirecionar as ações ali desenvolvidas segundo as necessidades dos usuários.

- 2. A ausência de uma sistemática de supervisão** que instrumentalizasse o nível local para o processo de gestão da sua prática sanitária e avaliação dos resultados do trabalho, favoreceu a atuação individualizada dos profissionais, sem que a instituição apresentasse proposta de petição e prestação de contas.

A definição dos papéis profissionais dentro das equipes, no geral manteve a divisão tradicional entre o trabalho do médico e dos não médicos, com

exceção de uma unidade onde o trabalho se dava efetivamente em equipe multiprofissional (CS3).

Para Robert Castel, um dos principais problemas para a introdução de novos conceitos em saúde mental é o que ele chama de razões internas a Psiquiatria, porque o que se viu na França e nos EUA após a reforma psiquiátrica é que, apesar de ter ocorrido flexibilização, o modelo predominante ainda é o médico (Castel, 1986, mimeo).

Dos cinco psiquiatras entrevistados, quatro trabalhavam com pouca integração com os demais colegas e três deles praticavam a psiquiatria clínica, ou seja, atendimento individual para controle da medicação. Sem dúvida a adequação dos psicofármacos é da maior importância, mas havia resistência a trabalhar de modo diferente, ou por interesse pessoal ou por entender que a abordagem dos profissionais não médicos tinha outra especificidade.

Este modo de proceder estimula a alienação no trabalho e contribui para a insatisfação profissional revelada pelas representações dos profissionais de saúde acerca da implementação do modelo assistencial, que só era superada no contato direto com o paciente, ou seja, dentro do seu locus individual de trabalho.

Para se pensar os trabalhadores de saúde como sujeitos históricos, com projetos que venham a atender as necessidades de saúde da população, é

preciso que as necessidades fundamentais destes trabalhadores também sejam consideradas. Para Ricardo Bruno,

este sujeito histórico não existe antes e fora de seu contacto ativo com os processos de objetivação, como se se auto-produzisse através de uma profunda introspecção: ele vem a ser sujeito no mesmo momento em que se objetiva na práxis, no mesmo movimento em que se auto-conhece como portador de necessidades radicais e identifica os processos de trabalho que tendem - apenas - a ir de encontro dessas necessidade (Gonçalves, 1992, p.89, mimeo).

3. **O não envolvimento das equipes com o funcionamento global das unidades e a articulação insuficiente entre as áreas clínicas** prejudicaram a atenção integral aos problemas de saúde dos usuários. Abordagens médicas divergentes e encaminhamentos para outros serviços que não os preferenciais foram os produtos desta desarticulação declarados pelos entrevistados. Considerando que dos objetivos da instalação das equipes de saúde mental nos Centros de Saúde, era a facilitação da atenção integral à saúde dos usuários, os dados revelaram as dificuldades para a sua consecução.

PROBLEMAS RELATIVOS AOS RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA

Analisar o impacto social dos resultados dos serviços prestados implica em avaliar a satisfação dos usuários, dos trabalhadores de saúde e da sociedade. Neste trabalho, foi possível através de alguns indicadores de resultados e das entrevistas realizadas obter-se uma idéia parcial da qualidade da assistência em saúde mental na rede básica de Campinas.

Tomando como referência os pressupostos da qualidade descritos por Donabedian, utilizei os conceitos de **eficácia, aceitabilidade e equidade** para analisar a qualidade dos serviços em estudo (Donabedian apud Nogueira, 1994, p.98, 99).

1. Em relação à **aceitabilidade**, ou seja, conformidade com as preferências do paciente no que concerne a acessibilidade, relação médico-paciente e melhoras obtidas, os dados da pesquisa demonstraram que a clientela definida como preferencial não reconhecia a rede básica como alternativa eficaz para a resolução de seus problemas de saúde, uma vez que 48,6% dos pacientes egressos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira não procuraram as unidade de saúde após a alta.

Mesmo os pacientes vinculados aos serviços ambulatoriais encontraram dificuldade para a manutenção do tratamento relacionadas ao acesso e resolatividade dos mesmos, traduzidas na taxa de abandono de 51,4% no período de 4 meses após a alta.

A aparente contradição entre a demanda atendida pelos serviços e as prioridades estabelecidas pela SMS torna necessária a reflexão sobre o processo de produção de demandas, inclusive pelos serviços de saúde mental. Quem demanda um determinado serviço já foi convencido pelo mesmo que ali encontrará a resposta para a sua necessidade (Barembliitt, G., 1992, p.69).

Através das práticas e das condições de trabalho oferecidas os serviços acabam conformando uma determinada demanda que posteriormente, pode ser declarada como equivocada ou fora de lugar. O fato de que vários psicólogos atendiam exclusivamente crianças, ou de que os médicos realizavam apenas consultas para prescrição de medicação, ou dos alcoolistas e psicóticos não terem comparecido ao serviço para o tratamento nos demonstra quais eram os grupos que acreditavam que seus problemas seriam resolvidos nos centros de saúde.

2. Considerando-se a eficácia (capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde) dos serviços para evitar a internação psiquiátrica, os dados mostraram que

32,5% dos pacientes psicóticos foram reinternados num período de até quatro meses após a alta em estudo. No ano de 1993 ocorreu aumento do tempo decorrido entre a alta em estudo e a reinternação, mas a prevalência da reinternação não se alterou.

Ainda que não existissem à época do estudo, metas ou parâmetros para as reinternações esperadas, este dado pode ser considerado desfavorável enquanto resultado e deveria ser monitorado para aprofundamento da análise.

3. Em relação a **eqüidade** (igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde) enquanto resultado esperado, podemos considerar não atingido, porque para uma mesma clientela definida como prioritária os recursos terapêuticos oferecidos foram diversos do ponto de vista da tecnologia empregada e da resolutividade alcançada. Ou seja, dependendo das características da unidade de saúde onde o atendimento era prestado, o paciente recebia atenção em saúde mental de diferentes qualidades. As modalidades de atenção podiam variar desde apenas consulta médica para atualização da medicação, até atendimento multiprofissional e participação em oficina profissionalizante.

Frente a todas estas questões, seria esperada uma baixa legitimidade social do modelo, até mesmo pelo pequeno envolvimento com outras organizações da sociedade.

O que fazer?

A implementação de uma nova política pública, com as implicações sócio-culturais da proposta de Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação inter-setorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos doentes mentais.

A nova abordagem da loucura proposta pela Psiquiatria Democrática italiana poderia ter sido em Campinas um dispositivo, algo que tornasse possível uma mudança cultural de maneira mais efetiva.

"Um dispositivo se caracteriza porque o importante nele é seu funcionamento, sempre simultâneo à sua formação e sempre a serviço da produção, do desejo, da vida, do novo" (Barembritt, G., 1992, p.74).

A transformação do modelo assistencial de um conceito teórico em diretrizes técnicas e operacionais é um processo complexo e depende dos vários fatores analisados para que se mantenha a direcionalidade política pretendida pelos diferentes atores em jogo.

Esta mutação do político em técnico, ou de um dispositivo em equipamento de saúde não pode deixar de construir o sujeito histórico. A participação dos usuários nas explicitações de suas necessidades e na avaliação de sua satisfação praticamente não existia, assim como os profissionais de saúde mental estavam descontentes, mas uma parcela deles acomodados em suas práticas.

Apesar da histórica escassez de recursos destinados para a saúde, foram evidenciadas várias situações problemáticas no campo gerencial que poderiam ser melhoradas com os recursos existentes. A tecnologia disponível na área de planejamento e avaliação de serviços de saúde tem mostrado bons resultados quando aliada a vontade política de mudar a situação inicial.

Acredito que algumas ferramentas para a transformação estão delineadas. À mudança, então.

ANEXO 1

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES PÓS-ALTA DO SERVIÇO DE SAÚDE DR. CÂNDIDO FERREIRA

REGIÃO DE SAÚDE:

CENTRO DE SAÚDE:

JULHO/DEZEMBRO 1992

Nº	NOME DO PACIENTE	FF	DATA ALTA NO SSCF	DATA DE COMPARECIMENTO CS				OBSERVAÇÃO
				1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

(*) Na casela Observação anotar visitas domiciliares, convocações, reinternações, transferências para outros serviços.

PREENCHIDO POR: _____

DATA: ____/____/____.

ANEXO 2

Roteiro de entrevista com profissionais de saúde:

- Quais as características do modelo assistencial para a saúde mental em Campinas e seu referencial teórico?
- Qual a clientela preferencial?
- Descrever a estrutura de recepção ao paciente.
- Quais as ações oferecidas pelo serviço?
- Quais as relações existentes entre as várias áreas de atendimento na unidade de saúde?
- Quais os mecanismos de referência e contra-referência do sistema de saúde mental?
- Quais as dificuldades para a implementação do modelo?
- Qual o grau de realização profissional?
- Sente-se capacitado tecnicamente para o trabalho?
- Existe supervisão e avaliação do serviço?
- Quais as propostas de mudança?

ANEXO 3

Roteiro de entrevista com pacientes e familiares:

- Compareceu ao centro de saúde após a alta hospitalar?
- Continua em tratamento naquele serviço? Se não, quais os motivos?
- Faz uso regular de medicação, quando indicado?
- Qual a periodicidade de comparecimento ao serviço de saúde?
- O que acha das ações oferecidas pelo serviço?
- Que informações recebeu sobre a doença?
- A que atribui a causa da doença?
- Qual o prejuízo que a doença acarreta? Quais os benefícios que o tratamento traz?
- Quais as atividades sociais que o paciente realiza?

SUMMARY

In this work, made in Campinas, the author took as **objective** the analysis of the implant of Mental Health Policy (MHP) in the health centers of the town. It has been used two **methodological** stages.

The first one consisted of a descriptive epidemiological study of a sample of 150 patients, discharged by a psychiatric hospital, referred to health centers for continuing treatment. During 4 months after discharge it was verified the attendance of the patients in these centers, and events of returning into hospital.

In the second stage it was made a qualitative research with mental health operators, patients and families, to evaluate the implant of MHP according to these actors on their representations on mental illness and repercussion on working process organization in the health professional teams.

The **results** showed that 48,6% of the patients discharged by hospital did not arrive to health centers. Between those who arrived, 51,4% left treatment before 4 months. 24,7% of the patients returned into hospital, most of them receiving diagnosis of Psychosis. The qualitative research identified the existence of problems related to clarity of operative principles, services structure, planning and evaluating treatment process.

In **conclusion**, this study made evident that there were problems in the implant of MHP in the net of health centers in Campinas, related to the definition of the policy, working process organization of the professional teams and the results these services get.

The study reinforced the evidence that the transformation of the asylum needs new psychosocial rehabilitation services and inter sectorial articulation to obtain good results in dehospitalization and citizenship rescue of mentally ill patients.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, J.A.G. "Metáforas da Desordem". São Paulo. Ed. Paz e Terra. 1978.
2. _____. "Da Assistência à Disciplina: O programa de Saúde Comunitária". FFLCH-USP. 1979.
3. ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.G.; ANDREOLI, S.B.; BURNELLO, E.D. "Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre)" "Revista ABP-APAL 14(3): 93-104, 1992.
4. AMARANTE, P.D.C. "A Trajetória do Pensamento Crítico em Saúde Mental no Brasil: Planejamento na Desconstrução do Aparato Manicomial". Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. São Paulo - Salvador. Ed. Hucitec. 1992.
5. BAREMBLIT, G. "Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática". Rio de Janeiro. Ed. Rosa dos Tempos. 1994.
6. BASAGLIA, F. "Scritti II: 1968 - 1980". Vol. I. Torino. Einaudi. 1981. Tradução: Valentini, H.
7. BRANDÃO, C.R. "Pesquisa Participante". São Paulo. Ed. Brasiliense. 1990.
8. CAMPOS, G.W.S. "A Saúde Pública e a Defesa da Vida". São Paulo. Ed. Hucitec. 1991.
9. _____. "Reforma da Reforma. Repensando a Saúde". São Paulo. Ed. Hucitec. 1992.

10. _____. "Sobre a reforma dos modelos de atenção: um modo mutante de fazer saúde". 1994. (mimeografado).
11. CANGUILHEM, G. "O normal e o patológico". Rio de Janeiro. Ed, Forense Universitária. 1990.
12. CASTEL, R. "Novos conceitos em Saúde Mental". 1986. (mimeografado).
13. EVERETT, B; BOYDELL, K. "A methodology for including consumers' opinions in mental health evaluation research". Hospital and Community Psychiatry, v.45, n.1, p.76-8, 1994.
14. GONÇALVES, R.B.M. "Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo". São Paulo. 1986. Tese de Doutorado. (Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo).
15. _____. "Práticas de Saúde: Processos de trabalho e necessidades". 1993. (mimeografado).
16. GUARIDO, E.L. "A atenção em Saúde Mental em Campinas". Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. 1993. (mimeografado).
17. KALIL, M.E.X. (organizadora) "Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde". São Paulo. Ed. Hucitec. 1992.
18. LANCETTI, A. "Prevenção, Preservação e Progresso em Saúde Mental". São Paulo. Ed. Hucitec. 1989.
19. LILIENTFELD, D.E. "Fundamentos de Epidemiologia". México. Fondo Educativo Interamericano. 1983.
20. MEHRY, E.E. "A Saúde Pública como Política". São Paulo. Ed. Hucitec. 1992.

21. MINAYO, M.C.S. "O Desafio do Conhecimento". Rio de Janeiro. Ed. Hucitec - ABRASCO. 1992.
22. MOTTA, P.R. "A Gestão Contemporânea: A Ciência e a Arte de Ser Dirigente". Rio de Janeiro. Ed. Record. 1991.
23. NOGUEIRA, R.P. "Perspectivas da qualidade em saúde". Rio de Janeiro. Ed. Qualitymark. 1994.
24. OPS/OMS. "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación". Washington-DC. 1991.
25. QUEIROZ, M.I.P. "Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva". São Paulo. CERU e FFLCH/USP. 1983.
26. ROTELLI, F. et als. "Desinstitucionalização". São Paulo". Ed. Hucitec. 1990.
27. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. "Inspeção realizada no Hospital Psiquiátrico Dr. Bierrembach de Castro". Campinas, 1991. (mimeografado).
28. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. "Observações a serem consideradas na leitura dos indicadores referentes ao 1º semestre de 1991". Campinas. 1991. (mimeografado).
29. _____. "Projeto do Centro de Atenção Psico-social de Campinas". Campinas. 1992. (mimeografado).
30. _____. "Projeto do Hospital-dia". Campinas. 1991 (mimografado).
31. _____. "Propostas para debate: Diretrizes operacionais para implantação do Sistema Único de Saúde em Campinas". Campinas. 1990. (mimeografado).

32. THIOLENT, M. "Metodologia da Pesquisa-Ação". São Paulo. Ed. Cortez. 1985.