

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Instituto de Economia

ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE EM SERVIÇOS
ALTERNATIVOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL:
UMA APLICAÇÃO AO SERVIÇO DE SAÚDE
“DR. CÂNDIDO FERREIRA”, EM CAMPINAS

Márcia Cristina Baltazar

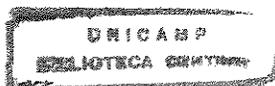
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Instituto de Economia da UNICAMP para
obtenção do título de Mestre em Economia
Social e do Trabalho, sob a orientação do
Prof. Dr. Otaviano Canuto dos Santos Filho.

*Este exemplar corresponde ao original da
dissertação defendida por Márcia Cristina
Baltazar em 18/02/2000 e orientada pelo Prof.
Dr. Otaviano Canuto dos Santos Filho.*

CPG, 18/02/2000



Campinas, 2000



UNIDADE ISC
N.º CHAMADA:
T/UNICAMP
B216a
V. Ex.
TOMBO DO/ 41337
PROC. 278/00
C D
PREÇO R\$ 11,00
DATA 05-07-00
N.º CPD _____

CM-00142403-1

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO
CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DO INSTITUTO DE ECONOMIA**

B216a Baltazar, Márcia Cristina
Análise de custo-efetividade em serviços alternativos de atenção à saúde mental: uma aplicação ao serviço de saúde "Dr. Cândido Ferreira", em Campinas / Márcia Cristina Baltazar. – Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientador: Otaviano Canuto dos Santos Filho
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia.

1. Saúde mental – Campinas (SP). 2. Custo. 3. Custo-benefício. 4. *Desinstitucionalização. 5. *Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. I. Santos Filho, Otaviano Canuto dos. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III. Título.

A todos os profissionais e usuários do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” que acolheram a minha “loucura”.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é fruto de um trabalho coletivo em que várias pessoas colaboraram dando sugestões, fornecendo dados, discutindo, respondendo a questionários e se prestando a entrevistas.

São tantas as pessoas que me ajudaram nos três anos de mestrado para a realização desta pesquisa que, já de pronto, peço desculpas se caso eu me esquecer de alguém.

Para me ajudar na tentativa de lembrança de todo mundo, dividi este processo de pesquisa em três fases. As pessoas a quem agradecerei em cada fase não apenas participaram da referida fase, mas foram muito importantes para a concretização desta.

A primeira fase foi a elaboração do projeto de pesquisa.

Para a primeira pessoa a me ajudar, também vai o meu primeiro e especial agradecimento: Prof. Dr. Emerson Elias Mehry, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UNICAMP, o meu muito obrigada não só por ter me apresentado o tema da saúde mental, mas também por ter me mostrado o quanto o agente, o indivíduo, é importante na realização de qualquer mudança.

À turma do curso de Aprimoramento em Planejamento em Saúde, oferecido pelo referido Departamento de Medicina Preventiva: Adriana, Rosani, Bete e Fernando que me ensinaram muito sobre o “Cândido” em 1997.

Na verdade, obrigada a todos os pesquisadores, alunos e professores da Medicina Preventiva da UNICAMP. Citando alguns: Prof. Dr. Gastão W. Campos, Prof. Maurício, Rosana Onocko, Eduardo (da estatística), Kathleen, Rafaela, Marta, Luizinho, Paulo João, Sérgio, June, Dário e tantos outros que ajudaram a ampliar minha visão sobre saúde.

Obrigada também aos meus colegas de mestrado e doutorado em Economia: Lauro, Humberto, Marcilene, Verônica, Eduardo e Marta, Mônica, Fernanda, Epaminondas, Rita, Angelita, Milko, Zuza, Lincoln, Lili e Célio, Josiane, Denis, Isis, Amilton, Dari, Elisiane ... Agradeço especialmente ao Eneuton por ter

me fornecido um artigo sobre a aplicação da análise econômica na saúde mental, o qual me serviu de base para a delimitação da pesquisa.

Obrigada também ao meu grande amigo Silvio Humberto que me ajudou bastante a superar as crises iniciais referentes ao projeto de pesquisa.

Faço uma homenagem especial à minha turma de mestrado em Economia Social e do Trabalho (Elci, Rosemary, Manzano, André, Ervilha, Nanda, Cláudio, Reginaldo, Rinaldo, Edi, Erick, Adriana, Débora e Valéria) por ter me propiciado belíssimos momentos de alegria, discussões e companheirismo.

A segunda fase foi a coleta de dados.

Aqui eu precisaria agradecer a colaboração de praticamente todos os 200 funcionários do serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira". Como ficaria muito cansativo, referencio os meus agradecimentos àqueles que contribuíram diretamente através de preenchimento de formulários, cessão de dados, respostas a questionários e concessão de entrevistas e reuniões.

Obrigada ao interesse do pessoal da Unidade de Reabilitação dos Moradores: Juarez, Emelice, Rosana, Gal, Flávia, Flavia Brandão, Ana Maria, Tânia, Ana Maria Barros, Audrey, Sandrina, Rita (dentista), Gislayne, Marlene, Lídia, Elaine, Cristina, Jorge, Max, Ailton, Ignês, Ruth (agora na Internação) e tantos outros.

Obrigada à prestatividade da equipe do Hospital-Dia: Telma, Ana Paula, Andréia, Gabriela, Sula, Marizilda, Patrícia, Ricardo, Danielle, Samantha, Felícia, Felizarda, Vera, Dirde e Ruth.

Obrigada ao pessoal do NOT: Ana Carla, Angélica, Maria Eugênia, Bete, Camila, Cleusa, Valéria, Juliane, Sandra, Josefa, Servilha, Rose, Solange, Jorge, Sirlene e vários outros.

O meu muito obrigada à nova equipe do Núcleo Clínico, antes integrante da Unidade de Reabilitação dos Moradores: Rita, Márcio, Ana Paula, Ivamara, Paula, Cláudio, Eracrito, Erika e demais.

Um agradecimento especial aos integrantes do Centro de Convivência, com quem, além da pesquisa, fiz um trabalho de artesanato: Clarice, José Jacinto, Marsalo, Marcelo, João Bosco, Tiago, Teresa, Nice ...

Agradeço também aos profissionais que administram o Cândia: Willians, Oki, André, Sergio, Hely, Alba, Adriano, Régis, Thiago, Édna, Kátia, Fabiano, Mara, Marilu. Um agradecimento muito especial ao Oswaldo que me ensinou muito sobre a contabilidade do serviço.

Faço um grande agradecimento aos usuários e ex-usuários do Cândia Ferreira e a seus familiares que prontamente se prestaram a fornecer as entrevistas. Muito obrigada pela lição de vida!

Obrigada também aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde: Darcy, Galvão, Rogério, Cecília, Ângela, Míriam, Fátima, Donira e o secretário municipal de saúde Dr. Igor Carlos Del'Guércio por ter autorizado a cessão de dados.

Faço um agradecimento ao Hospital Tibirica, único hospital privado que nos concedeu dados financeiros, e à Prof^a Florianita que também nos ajudou.

Finalmente, na fase de conclusão da pesquisa, em que o trabalho é mais solitário que coletivo, faço os agradecimentos às pessoas mais próximas atualmente, as quais foram extremamente compreensivas.

Obrigada Elci e Rosângela por respeitarem esse momento e me ajudarem.

Obrigada Gustavo, meu querido companheiro. Na verdade, você foi muito importante em todas as fases da pesquisa, compartilhando os meus avanços, me ajudando quanto aos termos específicos da saúde, colocando questões e, principalmente, oferecendo-me muito amor, o que coloriu bastante este processo.

É claro que não poderia deixar de agradecer aos meus pais e irmãos por terem propiciado a minha conquista até aqui.

Sobretudo, agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Otaviano Canuto dos Santos Filho que, desde o início, acreditou e apostou na minha capacidade de desenvolver o tema.

Finalmente, agradeço à FAPESP, por financiar o projeto e nossos gastos com a pesquisa de campo.

Obrigada a todos!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
<hr/>	
CAPÍTULO 1: APRESENTAÇÃO DO DEBATE SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA	7
<hr/>	
1.1. AS EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS DE REFORMA PSQUIÁTRICA	7
1.2. O DEBATE E OS AVANÇOS DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL	14
1.3. AVALIAÇÃO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM ALGUNS PAÍSES	18
1.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
<hr/>	
CAPÍTULO 2: METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE	35
<hr/>	
2.1. QUESTÕES METODOLÓGICAS DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE	35
2.2. TIPOLOGIA DAS AVALIAÇÕES EM SAÚDE	39
2.3. A METODOLOGIA DA ANÁLISE ECONÔMICA APLICADA À SAÚDE	41
2.4. METODOLOGIAS DE CUSTO EM SAÚDE	46
2.5. EXEMPLO DE ANÁLISE ECONÔMICA APLICADA À SAÚDE MENTAL	50
2.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
<hr/>	
CAPÍTULO 3: ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE APLICADA AO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL “DR. CÂNDIDO FERREIRA”	58
<hr/>	
3.1. O SETOR DA SAÚDE MENTAL EM CAMPINAS	58
3.2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE “DR. CÂNDIDO FERREIRA”	59
3.3. A ESCOLHA DO SERVIÇO	66
3.4. A METODOLOGIA	69
3.5. PERFIL DOS USUÁRIOS SELECIONADOS	74
3.6. OS CUSTOS	85
3.7. E A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS?	103

ANEXO 1: ESTRATIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS NO HOSPITAL-DIA, NOT E UNIDADE DEREABILITAÇÃO DOS MORADORES

ANEXO 2: QUESTIONÁRIOS PARA A AVALIAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE PARA 20 USUÁRIOS INSCRITOS NO HOSPITAL-DIA NO INÍCIO DE 1999.

ANEXO 3: QUESTIONÁRIOS PARA A AVALIAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE PARA 15 USUÁRIOS INSCRITOS NO NÚCLEO DE OFICINAS E TRABALHO NO INÍCIO DE 1999.

ANEXO 4: QUESTIONÁRIOS PARA A AVALIAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE PARA 23 USUÁRIOS INSCRITOS NA UNIDADE DE REABILITAÇÃO DOS MORADORES NO INÍCIO DE 1999.

BIBLIOGRAFIA:

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1: Problemas com a polícia em 1 ano (1977) sofridos por 102 pacientes crônicos (idade 20 – 39 anos) vivendo na comunidade, depois da desospitalização _____	20
Tabela 1.2: Resultados do tratamento comunitário intensivo e assertivo (TCIA) versus os serviços públicos tradicionais para portadores de doença mental severa (estudos randômicos): _____	24
Tabela 1.5: Custo e recursos financeiros por classe de custo dos pacientes mais caros em Livorno (1995) _____	28
Quadro comparativo entre o tipo de análise, as questões e os tipos de estudo nas pesquisas avaliativas _____	40
Tabela 3.1.: Perfil da amostra de usuários do HD _____	75
Tabela 3.2.: Perfil da amostra de usuários do NOT _____	78
Tabela 3.3.: Perfil da amostra de usuários da Unidade de Reabilitação dos Moradores _____	82
Tabela 3.4: Custo Departamental por Absorção _____	86
Tabela 3.5: Custo do Hospital-Dia por usuário _____	89
Tabela 3.6: Custo de outros serviços de saúde mental demandados pelos usuários do Hospital-Dia _____	91
Tabela 3.7: Custo anual para os familiares dos usuários inseridos no Hospital-Dia _____	93
Tabela 3.8: Custo total dos pacientes inseridos inicialmente no Hospital-Dia _____	95
Tabela 3.9.: Resultado monetário (custos – renda) para pacientes inseridos inicialmente no HD _____	96
Tabela 3.10: Custo do NOT e outros serviços de saúde mental para os usuários inicialmente inscritos no NOT _____	98
Tabela 3.11: Resultados monetários (custos – renda) para pacientes inseridos inicialmente no NOT _____	100
Tabela 3.12: Custos dos usuários da Unidade de Reabilitação dos Moradores _____	102
Tabela 3.13: Índices de efetividade para os pacientes do Hospital-Dia sob o ponto de vista dos profissionais _____	104
Tabela 3.14: Respostas sobre a efetividade do Hospital-Dia para os pacientes sob o ponto de vista dos familiares _____	106
Tabela 3.15: Índices de efetividade do Hospital-Dia para os pacientes sob o ponto de vista dos familiares _____	109

Tabela 3.16.: Índices de efetividade do Hospital-Dia para os pacientes sob o ponto de vista dos próprios usuários _____	110
Tabela 3.17: Matriz de custo-efetividade para usuários do Hospital-Dia _____	112
Tabela 3.18: Índices de efetividade do NOT para os pacientes sob o ponto de vista dos profissionais _____	119
Tabela 3.19: Resposta sobre a efetividade do NOT para os pacientes sob o ponto de vista dos familiares _____	121
Tabela 3.20: Índices de efetividade do NOT para os pacientes sob o ponto de vista dos familiares _____	124
Tabela 3.21: Índices de efetividade do NOT para os pacientes sob o ponto de vista deles mesmos _____	126
Tabela 3.22: Matriz de custo-efetividade para usuários do NOT _____	128
Tabelas 3.23 – 3.25: Índices de efetividade da Unidade de Reabilitação dos Moradores sob o ponto de vista dos profissionais _____	133
Tabelas 3.26 e 3.27: Índices de efetividade da Unidade de Reabilitação dos Moradores sob a perspectiva dos pacientes _____	136
Tabela 3.28: Matriz de custo-efetividade para usuários da Unidade de Reabilitação dos Moradores _____	137

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é a realização de um sonho que se iniciou no final de 1996, ao conhecer um serviço de saúde mental, o “Cândido Ferreira”. Um sonho não muito definido na época, mas que era centrado no desejo da pesquisadora de unir a subjetividade, vivida com o teatro, com a objetividade da economia.

O sonho só se transformou num objetivo após um ano conhecendo a organização institucional do serviço e o modelo assistencial proposto pelos profissionais. Tratava-se da oferta de tratamento hospitalar de curta duração para pacientes em crises agudas e internações de longa duração aos pacientes moradores (denominados antigamente por crônicos), os quais se dividiam entre moradores internos e extra-hospitalares. Além destes serviços institucionais, o “Cândido” oferecia um tratamento alternativo às novas internações no hospital-dia e um serviço de reabilitação para o mercado de trabalho no NOT (Núcleo de Oficinas e Trabalho). Decidimos avaliar, então, os resultados dos vários tipos de serviço oferecidos aos pacientes e seus custos durante o ano de 1999.

Nosso primeiro problema foi a comparação: comparar os serviços com quê? Como o perfil da clientela de cada serviço era muito diferente e não conseguimos realizar a pesquisa em outro serviço ou hospital psiquiátrico por indisponibilidade de dados, decidimos realizar a comparação dentro de cada serviço oferecido na instituição. Ou seja, resolvemos comparar dentro de cada unidade assistencial do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF) os custos e os resultados dos pacientes entre si, a fim de analisar para quais pacientes os serviços surtiam melhores resultados e a que custo. Daí nossas indagações: Os serviços alternativos comunitários ofertados no SSCF (hospital-dia, NOT e moradias extra-hospitalares) acolhiam também pacientes graves (o que é o grande nó da desinstitucionalização) sendo efetivos para estes? Quais eram os pacientes mais caros e os mais baratos dentro de cada unidade assistencial? Por quê?

Cabe ressaltar que a clientela do SSCF, inserida no contexto da saúde mental em Campinas, Estado de São Paulo, de certa forma, representava o perfil da clientela e a oferta de serviços na saúde mental no Brasil. Como a oferta de serviços era abrangente, a clientela atendida também era heterogênea, com diferentes tipos de diagnósticos, tempo de inserção em serviços psiquiátricos, idade e gravidade dos sintomas.

Os demandantes do serviço se caracterizavam por grande proporção de pacientes sem vínculos familiares e sociais, internados por longas datas na instituição; pacientes em crise aguda, internados por um curto período para a contenção de crises; e pacientes que começaram a ser inseridos em serviços comunitários, os quais foram implantados de acordo com os novos modelos de serviços de saúde mental no país (hospitais-dia, caps, naps, oficinas de trabalho, moradias extra-hospitalares etc.).

O segundo problema enfrentado foi a definição da metodologia a ser adotada. Após várias leituras, teste piloto e discussões com a equipe profissional do serviço, optamos por uma avaliação de custo-efetividade, onde buscaríamos apurar os custos de cada paciente a partir de suas demandas e o que era oferecido a eles no SSCF e em outros serviços de saúde mental da região. Saberíamos o custo destas atividades a partir dos custos com recursos humanos que, no SSCF, como também na maioria dos serviços de saúde, representam 70 a 80% dos custos diretos. Adicionaríamos a estes custos institucionais os custos de manutenção dos pacientes para suas famílias. Dessa forma, nos aproximaríamos do custo social desses pacientes, ou seja, o quanto eles custam para a sociedade. Como se tratava de uma pesquisa trabalhosa, resolvemos escolher aleatoriamente amostras das clientelas de cada serviço do "Cândido" e acompanhá-las durante um ano, mesmo que alguns saíssem dos serviços iniciais.

Aqui tivemos que fazer uma reformulação do projeto inicial de avaliar todas as unidades assistenciais do SSCF, pois a metodologia de apuração dos custos por atividades oferecidas aos pacientes não era adequada ao contexto de funcionamento da Unidade de Internação de Agudos, segundo os profissionais da unidade: os pacientes permaneciam internados por pouco tempo e depois eram

encaminhados para outros serviços de saúde mental da rede pública de Campinas. Dito de outro modo, não havia uma rotina minimamente estabelecida para cada paciente e saber os custos específicos de cada um no serviço seria extremamente difícil. Sendo assim, só conseguimos avaliar marginalmente os efeitos do respaldo da Unidade de Internação do SSCF aos serviços comunitários, pois alguns pacientes das amostras dos outros serviços precisaram ser internados nessa unidade durante o ano, enquanto outros, foram inseridos nas unidades analisadas a partir do encaminhamento após alta na internação.

Acabamos analisando uma clientela representativa dos demandantes de serviços psiquiátricos comunitários na cidade, que não só passaram pelo SSCF, mas também, alguns foram atendidos em centros de saúde com equipes de saúde mental, outros abandonaram o serviço e outros passaram por internações .

Quanto à apuração dos resultados dos serviços, surgiu um terceiro problema: medir como? Já de início, descartamos a possibilidade de valorar monetariamente os resultados (análise de custo-benefício), o que seria extremamente trabalhoso dado o escopo de uma dissertação de mestrado. A questão seguinte foi compreender os conceitos de eficácia e efetividade, os quais possuem várias definições divergentes.

Buscamos auferir os resultados de todos os serviços (no SSCF e fora dele) demandados pelos pacientes inscritos, no início de 1999, nas três unidades assistenciais analisadas (Hospital-Dia, NOT e Unidade de Reabilitação dos Moradores), considerando a perspectiva dos profissionais do "Cândido" , dos familiares dos pacientes e dos próprios usuários dos serviços.

Cabe ressaltar que, para o cômputo da efetividade ou dos resultados segundo a ótica dos três atores citados, não utilizamos questionários validados de medição de qualidade de vida para pacientes psiquiátricos, escalas de satisfação com a vida ou formulários de aferição de efetividade em serviços de saúde mental validados pela OMS e/ou outros órgãos internacionais reconhecidos. Isto porque os questionários utilizados foram construídos em conjunto com as equipes de profissionais do SSCF visando a serem mais fáceis de responder, adaptados ao momento e às características de cada unidade assistencial, além de serem

adequados às especificidades da clientela e dos familiares pesquisados. Questionários mais amplos só seriam aplicáveis se (1) as entrevistas tivessem sido realizadas por vários entrevistadores treinados e, não, por uma só pela pesquisadora; (2) se os profissionais tivessem concordado com um tempo maior dedicado à referida pesquisa e (3) se tanto familiares e usuários dos serviços tivessem disposição para responder a questionários longos e detalhados mais adequados ao nível cultural da população dos países desenvolvidos que ao contexto do Brasil.

Outra ressalva é quanto à impossibilidade de isolar os efeitos de uma determinada intervenção de saúde mental na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e afins, ou seja, há outros fatores, como emprego, renda, relação familiar, religião, educação etc. que influenciam nos indicadores de melhoria de vida que escolhemos. Esses indicadores, como já dito, foram elaborados a partir da adaptação da bibliografia aferição de qualidade de vida e da análise dos objetivos das unidades assistenciais avaliadas. Tentamos captar os efeitos dos serviços na sintomatologia dos pacientes, em seu comportamento, autonomia para atividade de vida diária, convívio social, relação familiar, desempenho no trabalho, aferição de renda, padrão de consumo e satisfação com a vida vistos sob diferentes perspectivas: os profissionais referências do serviço, os familiares e os próprios usuários. Tais indicadores serviram para compararmos, dentro do contexto de cada unidade assistencial, as relações entre custos e resultados de cada paciente das amostras e não podem ser considerados como medidas fidedignas de qualidade de vida.

Como os objetivos de cada serviço eram heterogêneos e a análise de custo-eficácia se refere à análise do cumprimento de metas preestabelecidas (COHEN & FRANCO, 1995), optamos por intitular nossa pesquisa “análise de custo-efetividade” porque, nos serviços analisados, não eram definidas metas claras a serem cumpridas num determinado tempo. Outro fator que influenciou na escolha do título “custo-efetividade” foi que a pesquisa se propôs medir marginalmente os “impactos” (COHEN & FRANCO, 1995) dos serviços na vida dos pacientes, seus familiares e comunidade.

A próxima etapa foi a aplicação dos questionários através de entrevistas com os atores selecionados. Essa foi a fase de maior aprendizado para a pesquisa. Vimos situações de pobreza e, poucas, de riqueza; pacientes abandonados e outros acolhidos pelos seus familiares; servimos de escuta para problemas não só psiquiátricos mas de emprego, habitação, violência, previdência etc; e, às vezes, fizemos até intervenções, pois a carência afetiva e de meios da maioria das pessoas entrevistadas é muito grande. Nas reuniões com os profissionais, as informações coletadas nas entrevistas foram aproveitadas para estes avaliarem e até mesmo reformularem os projetos terapêuticos de alguns pacientes.

Enfim, o sonho se transformou num longo processo de aprendizagem, no qual tivemos que nos utilizar de conhecimentos em várias áreas: análises econômicas de projetos, ciências sociais (mais especificamente avaliações em saúde), o debate da desinstitucionalização na saúde mental, financiamento do SUS, planejamento em serviços de saúde, contabilidade financeira etc., além de aprendermos muito com o serviço e a clientela analisada.

O resultado é fruto não só nosso como de todos os profissionais que ajudaram e utilizaram a pesquisa. Além de ser uma análise institucional do Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" através da aplicação da metodologia de custo-efetividade, é também um estudo de caso sobre como vêm sendo implantados os serviços psiquiátricos alternativos na comunidade, no contexto ainda hospitalocêntrico da saúde mental no Brasil e sobre qual é a especificidade da clientela de saúde mental do país que procura os serviços alternativos e quem são os internados.

Nossa questão é saber quais são os usuários que mais se beneficiam com os serviços comunitários e a que custo. Esses serviços são mais baratos porque atendem a pacientes menos graves? Se for assim, então, o destino dos pacientes graves no Brasil ainda são as internações de longo prazo ou várias internações uma após outra (porta giratória)? Se não, quais estão sendo os resultados do tratamento comunitário para pacientes graves? Estão representando maiores custos que nos tratamentos tradicionais?

Para expor e tentar responder estas questões, organizamos três capítulos. No primeiro, fizemos um breve histórico da evolução internacional do tratamento de doentes mentais e, em seguida, descrevemos a situação da saúde mental no Brasil. Finalizamos expondo os limites e avanços da desinstitucionalização psiquiátrica internacional, assim como seus custos.

No capítulo 2, fizemos um levantamento das metodologias de avaliação em saúde, priorizando as questões da análise econômica e das metodologias de apuração de custos. Citamos uma análise de custo-benefício que comparou um tratamento alternativo de saúde mental com um tratamento tradicional.

A partir deste exemplo, introduzimos nossa análise de custo-efetividade no Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (capítulo 3), na qual buscamos avaliar dentro de cada unidade assistencial analisada _ Hospital-Dia, Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT) e Unidade de Reabilitação dos Moradores (moradores internos e externos) _ quais foram os usuários que tiveram os melhores resultados (avaliados sob o ponto de vistas dos profissionais, familiares e pacientes) e a que custos durante o ano de 1999.

CAPÍTULO 1: APRESENTAÇÃO DO DEBATE SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA

1.1. As experiências internacionais de reforma psiquiátrica

Em seu livro *História da Loucura na Idade Clássica*, FOUCAULT (1978) diz que, na Idade Média, a percepção social da loucura não estava associada a uma visão crítica e científica, mas, sim, a uma “visão trágica”, em que era permitido aos “loucos” um lugar social reconhecido e o internato era baseado numa prática de proteção e guarda. Em meados do século XIX, houve uma convergência entre a internação e a elaboração do conhecimento sobre a loucura, fazendo com que o internato ganhasse características médicas e terapêuticas.

Pinel, em 1873, foi o primeiro a ordenar o espaço a partir dos vários “tipos” de alienados existentes e a postular o isolamento como fundamental para executar regulamentos de política interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los (AMARANTE, 1995).

Depois de quase um século, em meados da década de 50, as críticas ao caráter fechado, asilar e autoritário do hospital psiquiátrico se tornaram intensas através da ampla divulgação dos efeitos negativos da hospitalização, tais como a apatia, a perda da capacidade de trabalho, o déficit na competência social, a perda de autonomia etc. (BANDEIRA, 1991).

“A convergência de uma série de fatores sociais e econômicos, desde os anos 50, contribuiu para preparar o terreno e desencadear em vários países todo um processo de construção desta nova política de saúde mental (...). Em particular, o movimento humanitário de contestação com relação às péssimas condições de vida nos hospitais psiquiátricos superlotados, incentivado por vários escritores, assim como causas ganhas por advogados de pacientes psiquiátricos e movimentos de ativistas de direitos civis contribuíram para criar uma nova consciência do problema(...). Além disso, com o advento dos medicamentos

psicotrópicos, a doença mental tornou-se um problema controlável na sua sintomatologia positiva para uma grande maioria de pacientes” (BANDEIRA, 1991: 355).

Enfim, durante as décadas de 50 e 60 produziram-se vários trabalhos científicos e políticos em defesa de tratamentos comunitários na saúde mental nos quais os argumentos mais comuns diziam respeito à satisfação de viver em liberdade, exercício da cidadania, sociabilização, reinserção social e familiar, aumento da qualidade de vida, noção de sujeito e propriedade do corpo etc.

1.1.1. A experiência norte-americana

Outro fator, além dos acima mencionados, que pesou muito na legalização de uma nova política de saúde mental comunitária, principalmente nos EUA, em 1963, foi o fator econômico que, segundo BANDEIRA (1991), consistia em “custos excessivos e cada vez maiores do estado com os hospitais psiquiátricos, assim como previsão de um aumento adicional deste custo devido à necessidade de reformas dos espaços físicos das instituições em decrepitude. Procurou-se então acomodar as necessidades de atendimento aos doentes mentais de uma forma que fosse menos onerosa para o estado (SHADISH, 1984; SHEPPER-HUGHUES, 1988)” (BANDEIRA, 1991: 356).

Entre 1955 e 1990, houve uma queda de 88% nos leitos dos hospitais psiquiátricos do estado americano. Em 1955, havia 559 mil pessoas em hospitais psiquiátricos do estado para uma população de 165 milhões de pessoas. No início dos anos 90, havia 103 mil internados para uma população de 248 milhões. Assim, passou-se de uma taxa de 339 para 100 mil habitantes de leitos ocupados do estado para uma taxa de 41 para 100 mil habitantes (LAMB, 1993: 587).

Também o local das hospitalizações dos doentes mentais mudou consideravelmente nos EUA: no início da década de 80, 60% eram realizadas em hospitais gerais e 25% em hospitais psiquiátricos. Segundo BANDEIRA (1991), como os hospitais gerais não conseguem suprir atualmente a demanda, paralelamente desenvolveu-se ainda uma ampla gama de serviços comunitários

informais (grupos alternativos radicais, grupos voluntários, de auto-ajuda etc.) que refletem as insuficiências do novo sistema de saúde mental.

De acordo com a autora referida, considerando todos os casos tratados em instituições (hospitais psiquiátricos públicos e privados, hospitais gerais, asilos, prisões etc.), houve um aumento de 34% entre 1955 e 1975, excedendo a taxa de crescimento da população, o que diminui bastante o impacto dos dados anteriores (BANDEIRA, 1991).

Em 1978, como a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos tinha relegado os pacientes psiquiátricos mais graves a um segundo plano pelos serviços comunitários (que se limitaram a acompanhar os casos mais leves), o governo americano propôs acrescentar ao sistema de serviços psiquiátricos o conceito de “case management” (BANDEIRA *et alii*, 1998).

“O ‘case management’ consiste em um sistema de coordenação e integração de serviços, através da designação de um agente responsável (‘case manager’) por cada caso psiquiátrico a ser integrado na comunidade, cujo objetivo é coordenar os diversos serviços de que o paciente necessita, garantir que o paciente utilize estes serviços e que eles satisfaçam suas necessidades. O ‘case manager’ trabalha vinculado a uma agência regional (‘case agency’), do Departamento de Saúde Mental de seu Estado, a qual é responsável pela planificação, financiamento e implementação dos serviços de assistência aos doentes mentais” (BANDEIRA *et alii*, 1998: 630).

Outros modelos mais abrangentes que o “case management” (PACT: “Program for Assertive Community Treatment”, de Madison, e o Programa Bridge, de Chicago) têm sido desenvolvidos por centros de pesquisa em saúde mental desde os anos 70. Nestes modelos, os pacientes recebem um acompanhamento individualizado e diário por uma equipe multidisciplinar, continuamente e por tempo ilimitado. Os estudos avaliativos destes programas mostram resultados mais positivos que os do “case management” e vários estados norte americanos estão passando a financiar esses tipos de programas (BANDEIRA *et alii*, 1998).

Ainda segundo a autora analisada, mesmo com todos os esforços do estado americano para diminuir as despesas com saúde mental, esta ainda

representa um dos maiores gastos do setor saúde nos EUA e a composição deste é de 70% para serviços hospitalares e 30% para serviços comunitários. (SETEIN *et alii*, 1990; *apud* BANDEIRA *et alii*, 1998).¹

1.1.2. A experiência canadense

O Canadá conta com um sistema de saúde de cobertura universal, financiado pelo Estado. A partir de 1962, planejou-se uma transferência de pacientes dos asilos (hospitais públicos das províncias) para hospitais gerais. O esvaziamento progressivo dos asilos ocorreu em grande proporção entre os anos 60 e o final dos 70, passando de 58 mil pacientes hospitalizados em 1962 para 12 mil pacientes hospitalizados em 1977 (queda de 78%). Paralelamente expandiram-se as unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

“Durante anos teve-se a impressão que estavam substituindo com sucesso o tratamento asilar pelo hospitalar _ o que foi chamado de hospitalização do asilo e medicalização da psiquiatria. Entretanto, aos poucos verificou-se que a clientela das unidades psiquiátricas em sua maior parte era de pacientes menos graves _ e que os pacientes mais graves de fato passaram a ficar desassistidos: eles permaneciam com sintomas em suas famílias de origem e um importante número deles ficava nas ruas sem abrigo (*homeless*) (...). Para contornar a grave falha acima, em 1976 foram implantados os programas comunitários de saúde mental, contando-se 400 deles em 1990.” (MORGADO & LIMA, 1994: 27).

Os autores referidos ainda acrescentam que os programas comunitários previnem 80 a 90% das hospitalizações e os serviços hospitalares do Canadá ficam reservados para pacientes com recaídas e agravações que, em geral, requerem hospitalização de curta duração.

1 Convém lembrar que o sistema americano de saúde baseia-se no princípio dos sistemas de seguro e não no da universalidade. A prestação dos serviços é feita, geralmente, pelo setor privado através dos planos de saúde. O Estado regulamenta e repassa verbas para as prestadoras, as quais, a partir da implantação do “managed care”, ofertam serviços à população de determinado território.

1.1.3. A experiência inglesa

O processo de desinstitucionalização na Inglaterra iniciou-se em meados de 1955 e já em 1959 tinha sido legalizado, com a instituição da nova Lei de Saúde Mental com bases comunitárias e que atribuía às autoridades locais a responsabilidade de fornecer assistência aos doentes mentais.

Na Inglaterra, houve uma diminuição dos leitos psiquiátricos e a legislação impôs que, para o fechamento de hospitais psiquiátricos, houvesse a garantia de acompanhamento dos ex-pacientes. Na verdade, observou-se uma diminuição de 28% de casos clínicos hospitalizados entre 1954 e 1971 e os serviços comunitários e acomodações proporcionados pelas autoridades locais elevaram-se de 115 mil em 1960 para 140 mil em 1963 (BENDER, 1978; CROWCROFT, 1971; *apud* BANDEIRA, 1991).

O sistema nacional (e universal) de saúde inglês tem como base as equipes de saúde da família e, segundo GOLDBERG & HUXLEY (1980)², de 23% que consultam o médico de família por problema mental, apenas 0,6% da população adulta vem a ser internada. Na verdade, esses casos só são internados se não puderem ser tratados pelos médicos generalistas (14% dos casos) ou pelos serviços psiquiátricos comunitários (1,7% dos casos).

Entretanto, segundo BANDEIRA *et alii* (1998) “na Inglaterra há um problema crescente de falta de acomodações comunitárias especializadas para acolher os pacientes psiquiátricos, principalmente os pacientes de longo termo, que sofrem de distúrbios graves e persistentes. Esta carência resulta em, pelo menos, dois problemas: pacientes que poderiam estar mais bem atendidos na comunidade estarão ocupando indevidamente os leitos de hospitais, provocando por outro lado uma falta de leitos hospitalares para aqueles pacientes em crise aguda” (BANDEIRA *et alii*, 1998: 628).

MC CRONE & STRATHDEE (1994)³ vão na mesma direção ao afirmarem que, na Grã-Bretanha, gastam-se 10% do orçamento de saúde em saúde mental, mas essa verba é mal administrada: 85% são direcionados às grandes instituições

² *Apud* MORGADO & LIMA (1994).

³ *Apud* PASTORE (1996a).

que atendem apenas 10% dos pacientes psiquiátricos, enquanto 15% são alocados em serviços comunitários os quais atendem a 90% das pessoas que sofrem de distúrbios mentais.

1.1.4. A experiência italiana

Na Itália, em 1978, foi aprovada a Lei 180 (Lei Basaglia) de desinstitucionalização psiquiátrica e nas décadas seguintes foram sendo aprovadas normas e projetos objetivando regular o processo de fechamento dos manicômios e definir alternativas de tratamentos ambulatoriais e de reabilitação no âmbito da saúde mental.

Sobre a reforma da Itália, BANDEIRA (1991), tendo como base os trabalhos de MOSHER (1988) e SCHEPPER-HUGHES (1988), afirma:

“Os fatores social e sobretudo político-ideológico contribuíram em grande parte para o movimento de desinstitucionalização que se desenvolveu tardiamente nos anos 60, juntamente com uma série de outras reformas sociais. Estes fatores contribuíram também para sua legalização, a qual foi estimulada pelo partido radical e aprovada pelos dois maiores partidos no poder em 1978” (BANDEIRA, 1991: 356).

Desde o início do movimento de desinstitucionalização em 1968 até 1977, observou-se uma diminuição de 40% dos casos clínicos hospitalizados. Depois da legalização do sistema de saúde mental comunitário, observou-se uma diminuição de 53,2% de leitos nos hospitais públicos, até 1987, sem que tenha havido aumento nas admissões dos hospitais psiquiátricos particulares (BANDEIRA, 1991 e CREPET, 1990 *apud* BANDEIRA *et alii*, 1998).

Os poucos hospitais psiquiátricos que ainda existem na Itália (cerca de 62 públicos e 14 privados em 1997) ofertam consultas e internações de curto prazo para recuperação de crises. Para a reabilitação em regime hospitalar, a legislação previa, em 1996, uma quota de aproximadamente U\$ 130,00/ dia para tratamentos de longo prazo, quota esta que sofria uma diminuição de 40% (U\$ 78,00/ dia) se o tratamento passasse de 60 dias (PASTORE *et alii*, 1996a).

A Itália conta com um sistema de saúde de gestão descentralizada (embora o financiamento seja, em parte, responsabilidade do governo federal) e cada região desenvolveu alternativas diferentes de assistência comunitária aos doentes mentais; mas, de acordo com PASTORE *et alii* (1996a), na Itália como em outros países onde houve a desinstitucionalização, as leis de financiamento não acompanharam essas mudanças.

Quanto à qualidade dos serviços psiquiátricos comunitários, as diversas regiões da Itália variam muito. Segundo CREPET (1990)⁴; 31,8% das experiências são consideradas bem integradas; 23,4% pouco desenvolvidas mas potencialmente eficientes; 33,4% são recentes e ainda pouco satisfatórias e 11,4% são definidas como deficientes e estáticas.

1.1.5. A Declaração de Caracas na América Latina

Na América Latina, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) promoveu, em 1990, a Conferência sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina em Caracas, Venezuela, e propulsionou as reformas na região (ROCHA, 1998).

Segundo LEVAV *et alii* (1994), a Declaração de Caracas foi aprovada, por aclamação, por 200 participantes de 11 países latino-americanos, entre eles o Brasil. Os principais princípios postulados foram os referentes à necessidade de colocar a atenção psiquiátrica em estreita vinculação com a atenção primária, o que faz com que o hospital psiquiátrico deixe de ser o componente central da atenção psiquiátrica. Na declaração, há a referência também à necessidade de atualizar a legislação correspondente para firmar a reestruturação dos serviços em um contexto jurídico e para adequadamente salvaguardar os direitos humanos e civis dos pacientes.

⁴ *Apud* BANDEIRA *et alii* (1998).

1.2. O debate e os avanços da reforma psiquiátrica no Brasil

1.2.1. O debate

No Brasil, a reforma psiquiátrica começou a ser mais debatida a partir do final da década de 80, com a criação do SUS, a conquista de uma maior autonomia dos municípios na gestão dos programas de saúde e a difusão das experiências internacionais de tratamento psiquiátrico extra-muro.

Em 1987, durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental, os militantes do MTSM (Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental) decretaram o início da “trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção”. Naquele ano, foi fundado um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) em São Paulo e, em 1989, foi feita uma intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) (AMARANTE, 1995).

Em 1989, foi apresentado o Projeto de Lei nº. 3.657/89, pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), que tinha como principal propósito determinar legalmente a implantação da reforma psiquiátrica no Brasil e criar mecanismos de aceleração e viabilização financeira desse processo de substituição progressiva dos leitos manicomiais por leitos nos estabelecimentos de saúde mental de caráter comunitário e menos dispendiosos. O projeto do deputado foi aprovado pela Câmara em 1990, mas barrado no Senado (ROCHA, 1998).

Em 1995, aprovou-se no Senado um projeto substitutivo do senador Lucídio Portela (PPB-PI) que regulamentou os direitos das pessoas portadoras de distúrbio mental, contemplou um modelo abrangente de assistência ao doente mental, restringiu a internação involuntária e determinou como finalidade do tratamento a reabilitação e a reinserção social do doente. Entretanto, o “Substitutivo Lucídio Portela” não deixou claro que a reforma psiquiátrica devia ser feita e não determinou as fontes de recursos financeiros para a implementação dessa reforma.

Atualmente está em tramitação no Senado um novo substitutivo, do senador Sebastião Rocha que procura juntar as duas leis, ou seja, procura contemplar, segundo o próprio relator: “1) a elaboração das diretrizes para uma

política de saúde mental; 2) a definição do modelo mais abrangente e ideal possível de atendimento à saúde mental; 3) a determinação da forma de transição da situação atual para o modelo de base comunitária e que pressuponha a internação como recurso suplementar; 4) a previsão dos meios financeiros para fomentar a transição e 5) a estipulação das penas para quem praticar atos lesivos à integridade dos doentes mentais ou violar os dispositivos contidos na lei” (ROCHA, 1998: 23).

O senador defende a implantação, como regra, do tratamento psiquiátrico comunitário, que tem como objetivo sociabilizar o doente mental, limitando-se a internação apenas ao caráter suplementar.

Entretanto, na posição contrária à desinstitucionalização parecem estar os hospitais particulares conveniados ao SUS e grande parte dos familiares dos doentes mentais.

Segundo o senador Sebastião Rocha, os proprietários de hospitais psiquiátricos têm interesses divergentes quanto à desinstitucionalização porque essa atividade oferece lucros marginais não excessivamente vultosos, mas que são estáveis e independem da qualidade do serviço prestado em contrapartida (já que o SUS retribui as instituições pelo número de pacientes atendidos e pelos atos praticados).

Já para os familiares dos doentes mentais, segundo o senador defensor do projeto, é muito mais cômodo em termos financeiros, psicológicos e sociais mantê-los internados nos hospitais ao invés de assumirem suas funções de responsáveis pelo doente e de coadjuvantes em seu tratamento.

Enfim, também nos perguntamos se a sociedade brasileira estaria preparada para receber o chamado “louco” na comunidade ou precisaríamos de uma reeducação cultural neste aspecto.

1.2.2. Os avanços

Independentemente das discussões político-ideológicas e das leis em tramitação no Congresso, a partir da década de 90, o Ministério da Saúde iniciou um processo de reestruturação da assistência em saúde mental, caracterizado

pelo financiamento de uma rede de assistência extra-hospitalar (hospitais-dia, caps e naps), pela abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e pela instituição de regras mais rígidas para o funcionamento dos serviços hospitalares psiquiátricos.⁵

Além disso, com a descentralização da saúde, alguns estados, como Rio Grande do Sul, Pernambuco, Ceará, Distrito Federal, Alagoas e Minas Gerais, e municípios, como Santos / SP, Betim / MG, Belo Horizonte / MG, São Lourenço / RS etc., iniciaram suas reformas psiquiátricas de substituição dos manicômios por outros serviços de tratamento psiquiátrico comunitário.

Como conseqüência do engajamento do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde e de alguns setores da sociedade, o perfil da atenção à saúde mental no Brasil vem mudando paulatinamente, mas ainda não representa uma substancial reforma psiquiátrica.

Segundo dados do DATASUS, de abril / 92 a fevereiro / 99, os leitos psiquiátricos registrados no Brasil passaram de 91.330 (18,4% do total de leitos de todas as especialidades) para 72.386 (14,8% do total de leitos). Nesse período, a proporção de leitos privados se manteve em torno de 77%, os leitos públicos passaram de 22% para 19% e houve um aumento absoluto e relativo dos leitos de hospitais universitários de 3% (1.228 leitos a mais). Ou seja, houve um remanejamento dos leitos psiquiátricos entre os hospitais públicos.

Os gastos com internações em psiquiatria passaram de R\$ 373 milhões, em 1995, para R\$ 407 milhões, em 1998. Esse aumento nos gastos foi decorrente não do aumento das internações, mas da criação pelo Ministério da Saúde de valores de AIH's maiores para reembolsar hospitais que oferecessem mais atividades terapêuticas e de reabilitação psicossocial. Dessa forma, os hospitais psiquiátricos foram obrigados a melhorar a qualidade de seus tratamentos. O valor médio anual da AIH de psiquiatria passou de R\$ 396,51, em 1995, para R\$ 486,77, em 1998. Por outro lado, o número de internações psiquiátricas caiu de 436.319, em 1994, para 398.151, em 1998 (dados do DATASUS).

⁵ Estima-se, no Brasil, uma prevalência das perturbações mentais em torno de 10% da população geral, o que representa 15 milhões de pessoas (ROCHA, 1998).

Os hospitais-dia começaram a ser implantados em 1995 e representam uma alternativa de tratamento psiquiátrico. Para eles os pacientes são encaminhados diuturnamente, lá recebendo a atenção de psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, médicos de diferentes especialidades e, ao final do dia, retornando aos cuidados de suas famílias. Os gastos com esses serviços passaram de R\$ 3 milhões, em 1995, para R\$ 9 milhões, em 1998; esse aumento deve-se, principalmente, ao fato de que as internações psiquiátricas em hospitais-dia aumentaram de 6.575, em 1995, para 14.731, em 1998 (dados do DATASUS).

Outros serviços alternativos recém implantados foram os Centros e os Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps), que ofertam serviços semelhantes aos dos hospitais-dia, mas fazem parte do sistema ambulatorial e não hospitalar de saúde. Estes passaram de 154, em dezembro / 95, para 214, em fevereiro / 99 (dados do DATASUS).

Em 1992, os gastos com internações psiquiátricas estavam em torno de 7% do total de gastos públicos federais com internações e, em 1998, essa proporção passou para 10,7%, o que representava cerca de 5% do total de recursos do SUS. Os gastos com hospitais-dia passaram de 0,1% dos gastos federais com internações para 0,2% entre 1995 e 1998 (dados do DATASUS).

Enfim percebemos através destes dados que as internações ainda consomem a maior parte dos gastos em saúde mental se comparadas com os gastos em serviços ambulatoriais de psiquiatria.

Notamos também que mesmo sem uma lei que regulamente a desinstitucionalização psiquiátrica, este processo vem ocorrendo paulatinamente. Neste caso, seria muito interessante que avaliações sobre as experiências já em voga fossem realizadas para mostrar os limites e os avanços da desinstitucionalização no contexto atual brasileiro, até mesmo para ajudar na formulação de leis mais abrangentes e superar o debate apenas político-ideológico. Ao contrário, nos países onde a reforma psiquiátrica já completa décadas, avaliações mais rigorosas sobre a efetividade e os custos dos programas estão se tornando cada vez mais comuns.

1.3. Avaliação da desinstitucionalização em alguns países

Há que se ressaltar a existência de profundas controvérsias sobre os resultados das experiências internacionais de desinstitucionalização psiquiátrica já implementadas até hoje e os possíveis resultados da efetiva normalização no nível federal da reforma psiquiátrica brasileira. Dessa forma, a discussão sobre as conseqüências da desinstitucionalização é muito importante, para utilizarmos positivamente a experiência de outros países.

1.3.1. Pontos negativos

Uma primeira limitação observada no início das experiências de desinstitucionalização já foi mencionada nas breves descrições sobre o processo nos EUA, Canadá, Inglaterra e Itália. Ou seja, “os serviços comunitários desenvolvidos para atender os pacientes psiquiátricos, além de não serem numerosos, em geral não foram capazes de suprir suas necessidades ao nível clínico, social, ocupacional e assegurar o sucesso de sua integração social, *principalmente no caso dos pacientes que sofrem de distúrbios graves e persistentes*” (BANDEIRA *et alii*, 1998: 628; grifo nosso).

Esse problema não foi somente observado nos países que fizeram uma desinstitucionalização forçada, como EUA e Itália (MORGADO & LIMA, 1994), mas no início de quase todas as experiências de desinstitucionalização.

Outra dificuldade observada nos EUA, que já se encontram num estágio evoluído da desinstitucionalização, são as novas gerações de pacientes crônicos e mais graves. Segundo LAMB (1993), a grande parte de *homeless* dos EUA provém dessa geração de doentes mentais que não são admitidos a longos prazos nos hospitais, mas também não se adaptam às demandas da vida em comunidade⁶. Resistências ao uso de medicação, abandono da família, problemas em lidar com as várias burocracias envolvidas na oferta dos serviços comunitários, uso de álcool e drogas são problemas que se adicionam nestes casos.

⁶ Segundo MORGADO & LIMA (1994), os EUA possuem a maior população de *homeless* pacientes psiquiátricos do mundo.

O desamparo dos pacientes graves e crônicos tem como conseqüência as altas taxas de reospitalização, ou seja, o fenômeno da porta giratória (*revolving door*).

Segundo BANDEIRA *et alii* (1994), as conseqüências mais citadas de uma reinserção inadequada têm sido: reospitalizações freqüentes, moradia inadequada, desemprego, itinerância, abuso de álcool e drogas, roubos e agressões que, à vezes, levam a problemas com a polícia e ao encarceramento.

Uma série de fatores, no âmbito do planejamento, execução e financiamento desses programas, contribui para a ocorrência dos problemas acima citados, entre eles: falta de apoio financeiro suficiente e contínuo para criar serviços comunitários adequados; má distribuição dos recursos da saúde mental entre serviços hospitalares e comunitários; recursos financeiros que não acompanham a saída dos pacientes para a comunidade (ex.: inexistência de verbas para procedimentos específicos dos serviços comunitários de saúde mental e falta de subvenções monetárias às famílias dos pacientes); incoerência do governo que promove a desinstitucionalização mas fornece proporcionalmente mais verbas para a hospitalização; falta de formação, preparação e engajamento da comunidade no acolhimento ao doente mental; falta de apoio das famílias dos pacientes que não agüentam o fardo da doença; falta de planificação do processo em etapas progressivas; dificuldade de coordenação dos diversos setores dos serviços oferecidos; a taxa muito alta de pacientes para cada profissional; falta de integração entre os serviços comunitário e hospitalar; o acompanhamento dos pacientes muito restrito e de curta duração; falta de treinamento para as habilidades da vida diária e preparação dos pacientes desinstitucionalizados para viver em comunidade; as diferenças ideológicas entre os membros das equipes multidisciplinares; a ignorância da parte dos profissionais de saúde mental sobre a extensão e a gravidade dos déficits dos doentes mentais; a falta de continuidade do acompanhamento e a interrupção da medicação psiquiátrica (BANDEIRA, 1991; BANDEIRA *et alii*, 1998).

Como conseqüência de todos esses problemas, a qualidade de vida dos pacientes desinstitucionalizados tem sido alvo de críticas acirradas nos EUA,

Canadá e Itália. O doente mental é frequentemente pobre, desempregado, sem instrução, errante, isolado e explorado pelos outros. Segundo WALLOT (1988)⁷, certas acomodações comunitárias são simplesmente, na melhor das hipóteses, unidades hospitalares com designação diferente. De acordo com BANDEIRA (1991), duas instituições principais têm recolhido os doentes mentais desinstitucionalizados e errantes: de um lado, as prisões e de outro, a igreja.

Segundo BONOVIKZ & BONOVIKZ (1981)⁸, na Califórnia, os incidentes com pacientes psiquiátricos comunicados à polícia aumentaram 227% de 1975 a 1979. Outro trabalho também citado por MORGADO & LIMA (1994) e resumido na tabela 1.1, “evidenciou que o ‘serviço’ mais usado pelos crônicos na comunidade foi a polícia _bem mais que o serviço social comunitário, de enfermagem e organizações filantrópicas de ajuda” (MORGADO & LIMA, 1994: 24).

Tabela 1.1: Problemas com a polícia em 1 ano (1977) sofridos por 102 pacientes crônicos (idade 20 – 39 anos) vivendo na comunidade, depois da desospitalização

Tipo de ocorrência policial	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Suspeito de cometer delito	105	65,6	54	40,0	159	54,6
Vítima de queixa	16	10,3	33	24,4	49	16,8
Perdido de casa	2	1,3	16	11,9	18	6,2
Fugiu de casa	8	5,1	9	6,7	17	5,8
Averiguação, total suicídio, levar para hospital	25	16,0	23	17,0	48	16,5
Total	156	100,0	135	100,0	291	100,0

Fonte: FINLSYSON *et alii* (1983), *apud* MORGADO & LIMA (1994).

⁷ *Apud* BANDEIRA (1991).

⁸ *Apud* MORGADO & LIMA (1994).

1.3.2. Pontos positivos

Após a exposição de todas estas críticas e problemas relacionados à desinstitucionalização em vários países, nos perguntamos se realmente a desospitalização é a melhor política de saúde mental.

Segundo LAMB (1993), o debate, nos EUA, sobre os fracassos da desinstitucionalização no país tem obscurecido os benefícios do tratamento comunitário para a grande maioria dos pacientes há longo tempo internados, e agora desinstitucionalizados, e que não necessitam de uma assistência 24 horas por dia.

“Some chronically dysfunctional and mentally disordered individuals gradually, over a period of years, succeed in their strivings, for independence, a vocation, intimacy, and a sense of identity. Deinstitutionalisation, for them, has become a triumph. Moreover, we have learned much about what good community care should consist of. There should be a comprehensive and integrated system of care for the chronically mentally ill, with designated responsibility, accountability, and adequate fiscal resources (LAMB, 1993: 589).”

A partir dos erros iniciais, LAMB (1993) propõe que os novos serviços comunitários para doentes mentais contemplem:

- a) um adequado número e vastas opções de alojamentos comunitários supervisionados e graduados segundo o grau de autonomia dos pacientes e sua evolução;
- b) serviços psiquiátricos e de reabilitação adequados, amplos e acessíveis, provisionados de forma assertiva e diretiva, indo ao encontro do paciente quando necessário;
- c) serviços para contenção de crises disponíveis e acessíveis;
- d) um esquema de responsabilização pelo paciente crônico que vive em comunidade, que garanta que cada paciente tenha um profissional ou uma equipe multiprofissional que lhe é responsável pelos tratamentos psiquiátrico e medicamentoso por tempo ilimitado (formulando, em conjunto com o paciente, um tratamento individualizado e um plano de reabilitação, incluindo a própria medicação, monitorando o paciente e

dando-lhe assistência na busca de emprego ou na relação com outros agentes sociais).

Outra ressalva de LAMB (1993) é que se devem respeitar as vontades daqueles pacientes que não querem ser desospitalizados, ou são extremamente dependentes, ou precisam ser controlados. O autor salienta que os profissionais da saúde mental devem prestar atenção se suas observações clínicas confirmam ou não suas crenças e desejos.

Essas propostas sintetizadas por LAMB (1993), na verdade, representam opiniões de vários autores e centros de pesquisa que, a partir dos erros e limites das primeiras experiências de desinstitucionalização, começaram a implementar novos programas de tratamento comunitário intensivo e assertivo para doentes mentais, buscando uma maior efetividade para esses pacientes. Dois exemplos são o Programa de Tratamento Comunitário Assertivo (PACT), desenvolvido na cidade de Madison nos anos 70 e hoje espalhado por aproximadamente 300 cidades dos EUA, e o Programa Bridge, desenvolvido em Chicago também nos anos 70 e que se especializou na clientela de mais alto risco, que são os pacientes psiquiátricos itinerantes (BANDEIRA *et alii*, 1998).

Segundo BANDEIRA (1991), no início do movimento de desmanicomialização, a razão estava longe das preocupações com a efetividade dos tratamentos, mas se relacionava mais a questões de ordem econômica ou política. Somente a posteriori, pesquisas foram realizadas com o objetivo de avaliar a efetividade relativa da hospitalização versus os programas alternativos comunitários e os resultados têm demonstrado, em geral, a superioridade do segundo ou uma igualdade entre os dois.

Atualmente, o programa de acompanhamento intensivo na comunidade tem sido o programa de serviços de saúde mental mais pesquisado e tem apresentado maior evidência de ser eficaz no tratamento de pessoas portadoras de distúrbios psiquiátricos graves e persistentes (SANTOS *et alii*, 1995 e BANDEIRA *et alii*, 1998).

É interessante notar que, na maioria dos estudos avaliativos sobre os programas de tratamento intensivo na comunidade, os resultados são avaliados

em vários aspectos da vida dos pacientes, como sintomas, comportamento, independência de moradia, habilidades para funções diárias e convívio social, relação familiar, satisfação com a vida etc.

A seguir, organizamos a tabela 1.2 que mostra os resultados de vários estudos avaliativos do tratamento intensivo na comunidade para pacientes graves. Em todas as pesquisas mencionadas, os resultados do tratamento intensivo e assertivo na comunidade são melhores que os serviços tradicionais oferecidos pelo Estado.

Tabela 1.2: Resultados do tratamento comunitário intensivo e assertivo (TCIA) versus os serviços públicos tradicionais para portadores de doença mental severa (estudos randômicos):

Pesquisa	Período	Região	Período entre as avaliações (meses)	Fase da doença dos pac.	Resultados clínicos e psicossociais
Marx et alii (1973)	1970 - 1972	- Madison, Wis.	5	agudos	TCIA mais efetivo na redução do uso de hospitais e salas de emergência; na melhoria do padrão residencial e na preservação do padrão ocupacional.
Stein, Weisbrod, Test (1980)	1974 - 1978	- Madison, Wis.	12	agudos	TCIA mais efetivo na redução do uso de hospitais, "nursing homes" e instituições penais; na melhoria do padrão residencial, da sociabilidade, das habilidades p/ funções cotidianas e dos sintomas.
Hoult et alii (1983)	1979 - 1981	- Sydney, Austrália	12	agudos	TCIA mais efetivo na redução do uso de hospitais e salas de emergência e na melhoria das habilidades p/ funções diárias, dos sintomas, do padrão residencial e das ocupações.
Mobray & Muldar (texto não publicado)	1982 - 1985	- Grand Rapids, Mich.	30	crônicos	TCIA mais efetivo na redução do uso de hospitais e instituições penais e na melhoria das habilidades p/ funções diárias e do padrão residencial.
Bond et alii (1988)	1986 - 1988	- Três centros de saúde mental em Indiana	6	crônicos	TCIA mais efetivo na redução das reospitalizações em duas das três regiões.
Bond et alii (1990)	1984 - 1987	- Chicago	12	crônicos	TCIA mais efetivo na redução das reospitalizações e na melhoria das habilidades para funções diárias, da satisfação com a vida e do padrão residencial.
Jerrell & Hu (1989)	1985 - 1988	- Santa Clara, Calif.	24	crônicos	TCIA mais efetivo na redução do uso de hospitais e salas de emergência; mudanças positivas nas habilidades e qualidade de vida nos primeiros 12 meses (não presentes ao final dos 24 meses).
Muijen et alii (1992) Test (1992)	1985 - 1990 / 1978 - 1990	- London / - Madison, Wis.	36 / 24	crônicos / crônicos	TCIA mais efetivo na redução das reospitalizações e na melhora dos padrões residencial e de sintomas.
Dicin et alii (1993)	3 anos	Nd.	12	crônicos	TCIA mais efetivo na redução das reospitalizações
Essock & Kontos (1995)	1,5 ano	Três regiões do Estado de Connecticut	18	nd.	TCIA mais efetivo na redução dos dias de reospitalização (50% mais baixa) e do tempo passado sem residência fixa (33% mais baixo)
Lafave et alii (1996)	1 ano	Ontário, Canadá	12	crônicos	TCIA mais efetivo na redução das reospitalizações; com mais pac. vivendo de maneira independente, maior controle do ambiente onde vivem e maior qualidade de vida.
Alness (1997)	7 anos	Madison, Wis.	Nd.	nd.	TCIA mais efetivo na redução do tempo de reinternações e do uso de instituições penais; menos tempo em itinerância e mais tempo em emprego e moradias independentes; maior grau de satisfação e menor desconforto subjetivo; não diferença em relação à taxa de suicídio, nem à sociabilidade.

Baseada em SANTOS *et alii* (1995) e BANDEIRA *et alii* (1998)

1.3.3. Custos

A avaliação de um programa de tratamento não é completa sem uma análise dos custos deste programa, ou seja, além de saber a efetividade terapêutica e de reabilitação psicossocial, é importante avaliar a viabilidade econômica do programa.

Geralmente, nos estudos sobre a efetividade dos programas alternativos de saúde mental, as medidas de custo abrangem uma perspectiva social, isto é, incluem custos dos serviços de saúde mental, de outros serviços da rede, instituições penais e judiciais e outros custos para a família e a sociedade.

A pesquisa de custo-benefício realizada por WEISBROD *et alii* (1980) entre 1974 e 1978, em Madison (Wisconsin), é um exemplo de um estudo que englobou vários aspectos do custo social dos pacientes: custos do tratamento, custos das agências de serviço social e do setor privado, custos legais, custos de manutenção, custos da carga familiar e outros custos que foram quantificados mas não transformados em valores pecuniários. Além disso, os autores procuraram valorar, também na perspectiva social, os benefícios para os pacientes, familiares e comunidade do tratamento intensivo na comunidade.

No referido estudo, o custo social do programa experimental de tratamento intensivo e assertivo na comunidade foi de U\$ 8.093 / paciente por ano, maior que o custo do tratamento convencional (hospitalização mais acompanhamento pós-alta = U\$ 7.296 / paciente por ano)⁹. Ou seja, o programa alternativo intensivo e assertivo se mostrou U\$ 797 mais caro que o tratamento tradicional. Há de se notar que os custos específicos dos tratamentos (sem contar os custos de outros serviços que os pacientes demandaram), tanto do hospitalar quanto do comunitário, foram os maiores responsáveis pela diferença entre os dois programas, sendo o custo do tratamento tradicional igual a U\$ 3.138 / paciente por ano e o custo do tratamento intensivo e assertivo comunitário igual a U\$ 4.798 / paciente por ano.

⁹ Dados em dólares de 1979.

No entanto, os benefícios monetários (renda) dos pacientes no programa experimental foram de U\$ 2.364 / paciente por ano, e dos pacientes inseridos nos serviços convencionais, U\$ 1.168 / paciente por ano, isto é, U\$ 1.196 a mais no programa experimental. Os resultados finais mostraram uma economia de recursos sociais de aproximadamente U\$ 400 / paciente por ano do tratamento intensivo e assertivo na comunidade sobre o tratamento tradicional. Os autores ainda acrescentam que outros benefícios e custos que foram quantificados mas não valorados, mostram vantagens adicionais ao programa de tratamento intensivo na comunidade.

Outra pesquisa sobre custos na saúde mental é o estudo de FASTORE *et alii* (1996a). Os autores não chegam a fazer uma análise de custo-benefício, nem abrangem todas as categorias do custo social do tratamento, mas analisam detalhadamente os custos institucionais, em 1995, de todos os pacientes inseridos nos serviços de saúde mental da cidade de Livorno, que é um dos centros de referência em saúde mental na Itália. Para saber as diferenças de custo entre os diferentes tipos de pacientes, foi levantado o percurso deles pelos serviços e atividades da rede de saúde mental da cidade e somado o custo de cada serviço ou atividade ofertados a cada paciente durante o ano. O custo dos procedimentos foi calculado pela carga horária dos profissionais envolvidos, já que os gastos com recursos humanos representavam 66% do custo total dos serviços. Os serviços analisados foram as casas de residência e reabilitação; o hospital psiquiátrico da cidade, que é usado na contenção de crises; o centro de formação e ocupação profissional e os centros de saúde mental que constituem o coração da unidade operativa de saúde mental de Livorno, com atenção 24h / dia todos os dias.

Os autores classificaram os pacientes (2.083 pacientes) a partir do ano de inserção na unidade de saúde mental da cidade e do seu diagnóstico principal. Os resultados foram:

Tabela 1.3: Custo dos pacientes em Livorno (1995) por ano de inserção na rede de saúde mental.

Ano de inserção	Custo médio anual (em US\$ de 95)	Porcentagem de casos
antes de 1990	10.020,32	11,0%
1990	3.704,36	9,1%
1991	2.866,32	6,0%
1992	3.260,72	4,1%
1993	2.251,43	8,6%
1994	1.890,25	11,4%
1995	505,61	49,8%
Total	2.408,50	100,0%

Fonte: PASTORE *et alii*, 1996a.

Através da tabela 1.3 percebemos que metade da população tratada em Livorno se inseriu no último ano da pesquisa nos serviços e envolveu os menores custos. Já os pacientes há mais de 6 anos na rede de psiquiatria perfizeram 11% dos pacientes e representaram os maiores custos (4 vezes maiores que a média).

Tabela 1.4: Custo dos pacientes em Livorno (1995) por diagnóstico.

Diagnóstico	Custo médio anual (em US\$ de 95)	Porcentagem de casos
Esquizofrenia	8.698,01	11,2%
Distúrbio de personalidade	6.079,50	4,1%
Psicose afetiva	4.576,79	13,1%
Psicose reativa	3.377,85	2,3%
Estado Paranóide	2.866,34	3,9%
Retardo Mental	1.595,48	4,4%
Dependência por álcool	1.248,20	2,3%
Psicose orgânica	840,73	8,5%
Dependência por drogas	325,16	0,7%
Neurose	441,50	43,1%
Outros	570,81	6,4%
Total	2.408,64	100,0%

Fonte: PASTORE *et alii*, 1996a.

Na tabela 1.4 notamos que os pacientes que representaram os maiores custos para a unidade foram os que possuíam diagnóstico de esquizofrenia,

seguidos pelos que possuíam distúrbio de personalidade. 43% da população eram constituídos por neuróticos (pacientes menos graves) e estes representavam um custo médio anual de US\$ 441,50 / paciente.

Cruzando os dados, os autores detectaram que os 11% dos pacientes que entraram antes de 1990 na rede de saúde mental de Livorno consumiam quase 50% dos recursos totais da saúde mental na cidade. Dentro deste grupo de pacientes de longo prazo, 2/3 dos recursos eram gastos com os pacientes com esquizofrenia e psicose afetiva.

Em outro estudo (PASTORE, 1996b), os mesmos autores analisam o quartil de pacientes mais caros em Livorno (507 pacientes) no ano de 1995. Esses 507 pacientes consumiram 96% dos recursos da saúde mental em 1995 e representaram um custo médio de US\$ 11.600 / paciente por ano. Desses, 84% estavam inseridos nos centros de saúde mental, 11% estavam internados naquele ano e 5% residiam nas moradias de reabilitação. Os autores separaram os pacientes inseridos nos centros de saúde mental (CSM) em pacientes de custo alto (50%) e de custo altíssimo (34%). Os custos médios anuais por paciente encontrados foram:

Tabela 1.5: Custo e recursos financeiros por classe de custo dos pacientes mais caros em Livorno (1995)

Classe de custo	Custo médio anual por paciente (em US\$ de 95)	Porcentagem de casos	Porcentagem de recursos financ. consumidos
Hospital	\$ 4.763,88	2,7%	4,4%
Moradias	\$ 58.505,14	1,2%	22,9%
Pac. de custo alto nos CSM	\$ 2.905,83	12,1%	12,0%
Pac. de custo altíssimo nos CSM	\$ 20.084,57	8,3%	56,8%
Total do percentil	\$ 11.608,46	25%	96,1%
Total	\$ 2.408,50	100%	100%

Baseada em PASTORE *et alii* (1996b).

Através da tabela 1.5, percebemos que os pacientes das moradias de

reabilitação (em sua maioria idosos, inseridos no serviço há muitos anos e com diagnóstico de esquizofrenia) foram os mais caros (por demandarem tratamento intensivo). Embora só representassem 1,2% do total da população, consumiram 23% dos recursos financeiros da unidade operativa de saúde mental de Livorno. Outros 57% dos recursos foram gastos com os pacientes de custo altíssimo inseridos nos centros de saúde mental (em sua maioria com diagnósticos de esquizofrenia e psicose afetiva, também inseridos há mais de 6 anos no serviço), que representavam 8,3% dos pacientes atendidos e tinham um custo médio anual de US\$ 20.084.

Também nas pesquisas de PASTORE *et alii* (1996a, 1996b), os autores detectaram um custo maior para pacientes graves inseridos nos serviços alternativos que para os pacientes hospitalizados. A parcela destes pacientes que requerem atenção integral em serviços alternativos é muito pequena quando comparada com o total da população atendida, entretanto, esta parcela que consome a maior parte dos recursos. Infelizmente, os autores não conseguiram avaliar a efetividade dos serviços

Finalmente, a última pesquisa de custo na saúde mental que temos à disposição é um estudo de LESLIE & ROSENHECK (1999) que analisaram o custo de todos os beneficiários de seguros de saúde privados nos EUA que demandaram atenção psiquiátrica entre os anos de 1993 e 1995. O estudo coincide com o período em que o “*managed care*” estava se ampliando nos EUA e, segundo os autores, os seguros privados em conjunto com as consultas e hospitalizações particulares representavam cerca de 40% dos gastos com saúde mental no país. O objetivo da pesquisa era avaliar a contenção de custos feita pelas prestadoras privadas para aumentar seus lucros com o “*managed care*”.

Foram separados três grupos de indivíduos, de uma média de 200 mil pessoas por ano que demandaram atenção em saúde mental: usuários do tratamento hospitalar (7%), usuários dos tratamentos hospitalar e comunitário (5,5%) e usuários apenas de serviços comunitários (87,5%). Os resultados foram:

Quanto aos pacientes que só usaram os serviços hospitalares, o custo médio por paciente passou de US\$ 8.246 para US\$ 5.739 entre 1993 e 1995. Esta

redução de 30,4% foi consequência, principalmente, da diminuição do tempo de internação dos pacientes (redução de 19,9% nos dias de internação) e também do custo diário do tratamento (redução de 9,1%). Pacientes diagnosticados com depressão moderada foram os que mais sofreram redução nos seus custos (42,8%) e os diagnosticados com esquizofrenia sofreram a menor redução (23,5%).

Já quanto aos pacientes que, além de receberem tratamento hospitalar, demandaram também acompanhamento extra-hospitalar (considerados pelos autores os pacientes mais graves), o custo médio só do tratamento comunitário passou de US\$ 1.748 para US\$ 1.511 por paciente, entre 1993 e 1995, representando uma redução de 13,6%. Esta redução pode ser dividida entre a redução no custo do tratamento (7,1%) e a redução na quantidade de serviços extra-hospitalares prestados por ano (4,7%). Aqui também os pacientes que tiveram as maiores reduções do custo do tratamento extra-hospitalar foram os menos graves, ou seja, aqueles com depressão moderada e outras desordens emocionais.

Com relação aos pacientes que só usaram os serviços comunitários, o custo médio por paciente passou de US\$ 946 para US\$ 808, entre 1993 e 1995. A redução do custo por paciente por ano nestes casos foi de 14,6%, sendo que houve reduções de 20,2% no custo do tratamento ambulatorial e de 1,7% no tempo dos tratamentos. Mais uma vez, os pacientes com esquizofrenia foram os que tiveram as menores reduções de custo.

Os autores concluem que, na média, o custo por paciente psiquiátrico dos seguros de saúde privados nos EUA¹⁰ passou de US\$ 9.470 (em 93) para US\$ 6.838 (em 95), representando uma redução de 27,8% no período¹¹. No entanto,

¹⁰ Os autores salientam duas limitações do estudo: 1) Os empregados (beneficiários dos seguros) podem ter receio de demandar atenção psiquiátrica pelo seguro e ser posteriormente discriminados no emprego; assim, alguns preferem pagar separadamente o tratamento. 2) Os planos de saúde geralmente limitam a quantidade de serviços oferecidos e as demandas acima destes limites podem ter ido para os serviços públicos (LESLIE & ROSENHECK, 1999).

¹¹ Na mesma direção, LAMB (1993) afirma que, durante a década de 80, em vários níveis de governo, houve a redução de verbas para a saúde mental devido aos déficits orçamentários. A conclusão do autor é que os governantes não enfrentam mais a inflexibilidade de custos da saúde mental, como acontecia quando os pacientes estavam ainda nos hospitais.

exceto pelos pacientes com toxicodependência, as reduções foram muito maiores para os pacientes que só demandaram tratamento hospitalar, principalmente no que diz respeito à quantidade de dias de hospitalização. Para os autores, a diminuição dos serviços hospitalares não foi acompanhada por uma maior utilização dos serviços extra-hospitalares, até mesmo no caso de pacientes graves que requerem hospitalização. "*Managed care has not caused a shift in the pattern of care but an overall reduction of care*" (LESLIE & ROSENHECK, 1999: 1250).

Independentemente das conclusões dos autores e para os nossos objetivos aqui expostos de comparar os custos dos tratamentos hospitalares com os comunitários, percebemos que o custo do tratamento comunitário (oferecido para a maioria da população que demanda atenção psiquiátrica) é mais baixo que o do tratamento hospitalar e um pouco maior que o tratamento extra-hospitalar para pacientes que também foram internados (considerados mais graves e que precisam de atenção mais intensiva)¹². Se analisássemos o custo total dos pacientes que demandaram atenção hospitalar e comunitária, provavelmente chegaríamos a um custo maior que o custo daqueles que foram apenas hospitalizados.

Observamos, através da última pesquisa exposta que, pelo menos entre as seguradoras privadas de saúde norte-americanas, não há uma preocupação com a melhoria da qualidade do tratamento comunitário, mas sim com a redução de custos, diferentemente do sistema de saúde mental de Livorno e de alguns programas de tratamento psiquiátrico intensivo e assertivo nos EUA, como o programa analisado por WEISBROD *et alii* (1980). De qualquer forma, podemos fazer a seguinte escala de custos crescentes entre os tratamentos de saúde mental: serviços comunitários tradicionais, serviços hospitalares, serviços de atenção intensiva e assertiva na comunidade para pacientes graves. Resta saber o que está sendo oferecido no Brasil em termos de tratamentos psiquiátricos alternativos, com que qualidade e a que custos.

¹² Provavelmente, são estes os pacientes da porta giratória, ou seja, pacientes graves que não encontram tratamentos adequados (intensivos e assertivos) na comunidade e são constantemente rehospitalizados.

1.4. Considerações finais

Neste capítulo, primeiramente, mencionamos brevemente a história das reformas psiquiátricas internacionais. Há uma tendência mundial à diminuição dos leitos psiquiátricos, com gastos hospitalares gradativamente caindo em contraposição ao aumento, nem sempre nas mesmas proporções, dos gastos ambulatoriais na saúde mental. Entretanto, vimos que, no início do processo de desinstitucionalização nesses países, os pacientes mais graves foram relegados a segundo plano, o que aumentou o número de *homeless* e de rehospitalizações.

Em seguida, descrevemos o debate sobre a normalização, em nível nacional, da reforma psiquiátrica no Brasil através dos projetos de lei em tramitação no Congresso. Citamos alguns dados sobre a queda do número de leitos psiquiátricos e o aumento de estabelecimentos do tipo hospital-dia, caps e naps, cuja criação está sendo estimulada pelo Ministério da Saúde, mas que não representa uma mudança significativa no perfil hospitalocêntrico da saúde mental brasileira. Percebemos que, no país, o debate sobre a desinstitucionalização ainda está no nível político-ideológico, faltando avaliações mais rigorosas sobre as poucas (mas existentes) experiências municipais que poderiam colaborar no debate e planejamento sobre a criação de serviços de saúde mental alternativos no contexto brasileiro.

Finalizando o capítulo, organizamos as avaliações já realizadas no contexto internacional sobre os resultados da desinstitucionalização psiquiátrica. Notamos que as maiores críticas, ou pontos negativos, dizem respeito às primeiras experiências ou àquelas que estão sendo feitas sem nenhum planejamento de atenção mais intensiva aos pacientes graves, o que aumenta as taxas de rehospitalização, *homeless* com doença mental, ocorrência com a polícia ou a justiça, suicídio, roubo, abuso de álcool e drogas etc. Segundo LAMB (1993), estes pacientes representam menos da metade do total da população de doentes mentais que demandam atenção psiquiátrica e têm obscurecido os pontos positivos da desinstitucionalização. Para a grande maioria dos pacientes, o processo foi um sucesso em termos de conquista de autonomia, emprego, renda,

satisfação com a vida, noção de sujeito etc. Para os pacientes mais graves, a partir dos erros e limitações das primeiras experiências de desinstitucionalização, têm-se desenvolvido, principalmente nos EUA, novos programas de tratamento intensivo e assertivo na comunidade que também têm demonstrado resultados positivos quando comparados com outros tratamentos comunitários para este tipo de pacientes.

Expomos também três pesquisas que mostram os custos dos tratamentos alternativos. Apenas WEISBROD *et alii* (1980) tratam de uma pesquisa de custo-benefício numa perspectiva social. Os outros autores, PASTORE *et alii* (1996a, 1996b) e LESLIE & ROSENHECK (1999), calculam, respectivamente, os custos institucionais de tratamentos alternativos para o setor público da cidade de Livorno (Itália) e os gastos das seguradoras privadas nos EUA com pacientes psiquiátricos que utilizam serviços hospitalares e comunitários. Notamos que, em todas as pesquisas, o tratamento intensivo comunitário para pacientes mais graves chega a ser mais caro que os tratamentos hospitalares. Para WEISBROD *et alii* (1980), embora o custo direto de tratamento alternativo seja maior, o custo social mais benefícios monetários destes pacientes é maior que o resultado monetário dos pacientes graves inseridos nos serviços tradicionais. Entretanto, para a maior parte dos pacientes psiquiátricos, aqueles menos graves, o custo do tratamento comunitário não chega a um décimo do custo do tratamento hospitalar.

Em Livorno, em 1995, os pacientes graves, ou seja, os crônicos, moradores das residências extra-hospitalares (maioria idosos com diagnóstico de esquizofrenia) e os “novos crônicos” tratados nos centros de saúde mental (em sua maioria com diagnósticos de esquizofrenia e psicose afetiva, também inseridos há mais de 6 anos no serviço), que receberam um tratamento intensivo na comunidade, representaram 9,5% da população de pacientes psiquiátricos atendidos em Livorno, mas consumiam 80% das verbas destinadas à saúde mental na cidade. A partir destes dados e da revisão bibliográfica feita neste capítulo, parece-nos que uma reforma psiquiátrica que atenda na comunidade as demandas dos pacientes mais graves e crônicos não reduz drasticamente os

custos na saúde mental. Ela apenas rearranja muitos gastos para muitos, para mais gastos para poucos.

Concluimos, assim, que estudos avaliativos sobre os resultados para os pacientes e os custos diretos e sociais da desinstitucionalização são extremamente valiosos para o aprendizado sobre as falhas ou conquistas dos tratamentos alternativos, o que pode ajudar na correção e no planejamento das reformas psiquiátricas em voga.

No Brasil, estudos desse tipo, que analisassem os custos e os resultados dos serviços comunitários já implantados seriam muito importantes para indicar caminhos, ajudar no planejamento e oferecer dados para a definição do custeio do processo de desinstitucionalização que está em trâmite no Congresso Nacional.

Nossa proposta é, então, fazer um estudo de caso de um serviço alternativo de saúde mental em Campinas, Estado de São Paulo. Antes disso, organizamos no capítulo 2, um adendo sobre as metodologias de avaliação em saúde.

CAPÍTULO 2: METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

2.1. Questões metodológicas da avaliação em saúde

Segundo STENZEL (1996), os dois objetivos fundamentais da avaliação são produzir conhecimento sobre a ação e contribuir para o processo de formulação de políticas e tomada de decisões.

A autora considera que os objetos da avaliação no campo da saúde são de duas ordens:

- os estados ou condições de saúde das comunidades ou populações (objeto desenvolvido principalmente pela epidemiologia) e
- as intervenções ou práticas de saúde sobre estas comunidades ou populações, que podem ser abordadas no nível individual ou no coletivo.

Quanto às questões metodológicas, a avaliação, para STENZEL (1996), enquanto campo de pesquisa, coloca em evidência grandes questionamentos metodológicos das Ciências Sociais, das quais faz parte.

2.1.1. Objetividade x Subjetividade

Primeiramente, sendo o objeto da avaliação a ação humana visando à mudança social, objeto localizado no campo subjetivo dos valores, é praticamente impossível evitar “influências sócio-políticas” no processo de produção do conhecimento.

“Além disto, a própria concepção da avaliação implica em um alto grau de subjetividade _ formular um juízo de valor sobre uma intervenção _, mesmo que o esforço avaliativo esteja dirigido para buscar elementos da realidade objetiva, visando fundamentar este juízo através da medição e comparação dos efeitos desta intervenção.

Enfim, tanto por seu objeto, quanto por seu contexto e sua finalidade, a pesquisa em avaliação põe em evidência, de forma crucial, o conflito entre

subjetividade e objetividade que permeia a discussão sobre a produção do conhecimento em Ciências Sociais” (STENZEL, 1996: 59).

2.1.2. Metodologias quantitativas X qualitativas

A segunda questão metodológica, decorrente da primeira, é a divergência entre as metodologias quantitativas e qualitativas na avaliação.

O princípio fundamental das metodologias quantitativas é o “objetivismo”, no qual o que é considerado “real” é o que pode ser contado ou medido. O conceito central nestes estudos é a “variável” e o modelo ideal de estudo é o experimental, em que “o pesquisador deveria ter o controle da variável independente (intervenção), podendo decidir sobre o tipo de intervenção a ser feita (o quê), a forma de sua aplicação sobre a população em estudo (o como), o momento desta aplicação (o quando) e bem como poder fazer uma distribuição aleatória de quem (o quem) vai ser submetido à intervenção _ o grupo experimental _, ou não vai ser _ o grupo de controle” (STENZEL, 1996: 74).

No campo da saúde é muito difícil realizar estudos experimentais. Assim, alternativas apresentadas pela literatura clássica são os modelos quase-experimentais (séries temporais, séries temporais múltiplas e grupo de controle não-equivalente) e modelos não experimentais (avaliação antes e depois de um programa, avaliação unicamente depois e avaliação depois com grupo de comparação) (COHEN & FRANCO, 1995).

A coleta de dados nos modelos de metodologias quantitativas é feita através da medição direta ou da coleta de informações dos indivíduos, aplicando-se questionários estruturados ou fazendo-se entrevistas com perguntas pré-codificadas. Esses dados são analisados através da estatística descritiva ou analítica.

Já nas metodologias qualitativas, o princípio fundamental é a “objetivação”, que implica, “primeiro, que a objetividade é sempre relativa; segundo, que toda ação humana tem significado e a realidade social é uma construção do homem, logo, não basta medir ou contar o ‘dado objetivo’, é preciso

compreender o seu significado; terceiro, que tanto o investigador quanto o investigado são 'sujeitos' na produção de conhecimento" (STENZEL, 1996: 77).

Os conceitos fundamentais na perspectiva qualitativa são a "palavra" e as "representações sociais". Não há modelos padronizados de metodologia qualitativa e a coleta de dados não é uma maneira pela qual o investigador retira, das pessoas investigadas, dados "objetivos" a respeito dos fenômenos sociais, mas uma forma de ambos tomarem consciência dos mesmos. "O produto final são 'depoimentos', 'narrativas', 'discursos', que evidentemente não podem ser analisados através de procedimentos estatísticos" (STENZEL, 1996: 80).

Atualmente, observa-se um movimento a favor da integração entre as metodologias quantitativas e qualitativas, entendidas como complementares, principalmente nos estudos de casos e nos estudos comparativos.

2.1.3. Validade científica

A terceira questão metodológica inerente ao campo das Ciências Sociais é a validade científica do conhecimento produzido. Para a referida autora, este é o principal problema da pesquisa em avaliação, isto é, "a tentativa de reduzir a subjetividade dos juízos de valor, buscando apreender a realidade através da 'medição' mais exata possível do fenômeno que está sendo avaliado" (STENZEL, 1996: 89).

Do ponto de vista quantitativo, um estudo, primeiramente, precisa ter validade externa (passível de generalização) e interna (corresponder ao estado verdadeiro dos fenômenos que estão sendo medidos). Para se ter validade interna é preciso evitar os vieses de seleção do grupo de estudo, de confusão de variáveis e de aferição ou medida das variáveis. Este último viés é evitado através da validade e confiabilidade da medida, sendo que a validade só é completa quando os instrumentos de coleta de dados "contemplam todas as dimensões do fenômeno ou atributo que se quer medir (validade de conteúdo), que as medidas concordem com outros métodos tomados como referência (validade de critério) e que exista uma teoria estabelecida que permita correlacionar o conceito que está

sendo medido com a medida empírica gerada pelo processo de mensuração (validade de construção)” (HARTZ & CAMACHO: 1996 *apud* STENZEL, 1996: 97).

Quanto aos dados qualitativos, de acordo com CHIZZOTTI (1991), estes deverão ser validados pelos seguintes critérios: “fiabilidade (independência das análises meramente ideológicas do autor), credibilidade (garantia de qualidade relacionada à exatidão e quantidade das observações efetuadas), constância interna (independência dos dados em relação a acidentalidade, ocasionalidade etc.) e transferibilidade (possibilidade de estender as conclusões a outros contextos)” (CHIZZOTTI, 1991: 90; *apud* STENZEL, 1996). Segundo STENZEL, estes critérios guardam uma certa correspondência com aqueles das metodologias quantitativas, mas, para a autora, assim como para outros autores pesquisados por ela, o principal critério de validação da avaliação qualitativa é a “crítica intersubjetiva”, ou seja, o debate e as opiniões de vários autores e pesquisadores de determinada época e lugar sobre o conhecimento produzido.

2.1.4. Questões metodológicas específicas da análise avaliativa

Finalmente, as questões metodológicas específicas do campo da avaliação dizem respeito ao destinatário, ao objeto e à finalidade da avaliação.

Na maioria das vezes, há freqüentes disparidades entre os requisitos de rigor da avaliação e as demandas práticas ou ideológicas dos destinatários.

COHEN & FRANCO (1995) afirmam que em algumas situações a avaliação não tem sentido, como no caso em que já foram tomadas todas as decisões sobre o projeto, e não existe possibilidade de incorporar os resultados que derivam da avaliação; ou quando os objetivos do projeto são tão ambíguos que fica impossível apresentá-los de forma precisa.

“É característico da avaliação constituir uma pesquisa social encaixada em um contexto de poder e política. Isto tem pelo menos dois significados: a avaliação deve ser centrada em questões relativas à aplicação de políticas e programas, ou seja, deve ter interesse prático; e segundo, se bem feita, sugerirão mudanças que podem ameaçar a alguma parcela daqueles que estão relacionados com o projeto

avaliado, o que obviamente fará com que estes resistam a sua realização” (COHEN & FRANCO, 1995: 280 – 281).

2.2. Tipologia das avaliações em saúde

Quanto à tipologia das avaliações em saúde, STENZEL (1996) menciona a separação histórica entre a avaliação de programas, voltada para as intervenções coletivas e a avaliação de qualidade ou garantia de qualidade, voltada para o cuidado à saúde prestado individualmente (prática clínica).

Posteriormente, desenvolveu-se um modelo integrado da avaliação em saúde, a partir da junção da tradicional abordagem da avaliação de qualidade com a da avaliação de programas, o que deu origem à “Avaliação Normativa” e à “Pesquisa Avaliativa” (STENZEL, 1996).

“A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas” (CONTANDRIOPOLOS *et alii*, 1992 *apud* STENZEL: 1996: 130). Pode ser realizada pelos próprios responsáveis pelo programa.

Já a pesquisa avaliativa busca examinar, através de um procedimento científico, as relações entre os diferentes componentes de uma intervenção, enfocando principalmente o impacto final da mesma, buscando estabelecer relações de causa-efeito entre a intervenção e seus resultados e visando a emitir um juízo final sobre a mesma. Requer, geralmente, o trabalho de um profissional de avaliação, por exigir rigor e distanciamento (STENZEL, 1995).

Segundo CONTANDRIOPOULOS *et alii* (1992,1994), a pesquisa avaliativa pode ser de seis tipos, como mostra o quadro abaixo:

Quadro comparativo entre o tipo de análise, as questões e os tipos de estudo nas pesquisas avaliativas

TIPO DE ANÁLISE	QUESTÕES DA PESQUISA AVALIATIVA	TIPOS DE ESTUDO
Análise Estratégica	Justifica-se a intervenção em relação ao problema da população? É pertinente que seja este interventor que a assuma?	– Análise de necessidades – Métodos de determinação de prioridades – Análises de mercado – Análise de carteira
Análise da Intervenção	A intervenção se propõe a alcançar os objetivos de maneira satisfatória?	Extrapolção dos métodos para apreciar a qualidade de um instrumento (confiabilidade e validade) para métodos que permitam apreciar a qualidade de um modelo teórico (veracidade e generalidade)
Análise da Produtividade	Os recursos são alocados de maneira que otimizem os serviços produzidos?	Modelos derivados dos métodos econômicos e métodos de contabilidade analítica
Análise dos Efeitos	Quais os efeitos que podem ser atribuídos à intervenção?	Muitos métodos: quantitativos e qualitativos; pesquisa experimental ou pesquisa sintética
Análise do Rendimento	Com que custos são obtidos os efeitos da intervenção?	– Custo-benefício – Custo-eficácia – Custo-utilidade
Análise da Implantação	Como e por quê os efeitos variam entre os meios nos quais a intervenção é introduzida?	Estudos de caso

Fonte: CONTANDRIOPOULOS *et alii* (1992, 1994) *apud* STENZEL (1996: anexo XVII). Grifo nosso, por ser este nosso objeto de estudo.

No quadro anterior, percebemos que os tipos de pesquisas avaliativas mencionados por CONTANDRIOPOULOS *et alii* (1992, 1994)¹³ são uma junção de métodos quantitativos e qualitativos. Cada tipo de pesquisa busca sanar um tipo de questão referente à implantação de um programa ou política. Os dois últimos tipos de análises (Análise de Rendimento e Análise da Implantação) buscam avaliar os resultados das intervenções. Como o objetivo de nossa pesquisa é um estudo de caso onde faremos uma avaliação dos custos e dos efeitos de um determinado serviço de saúde, passemos a melhor detalhar as metodologias de análise de rendimento, ou análise econômica, a qual é o objeto de nossa dissertação.

2.3. A metodologia da análise econômica aplicada à saúde

Não há muito sentido em saber o custo de determinado programa de saúde sem uma análise sobre sua efetividade, eficácia ou qualidade e vice-versa. Neste item do capítulo, baseados no guia do *Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment* (CCOHTA, 1997), faremos uma breve exposição sobre os vários tipos de análises econômicas que relacionam de um lado os custos e, de outro, os resultados de, por exemplo, um tratamento com uma droga específica, um serviço ou um programa de saúde. Este tipo de análise exige sempre uma comparação com outro tratamento, ou outro programa, ou mesmo outra alternativa, mesmo que seja o nada fazer.

2.3.1. Minimização dos custos

A análise de minimização dos custos, também chamada análise de eficiência¹⁴, é a comparação entre as relações existentes entre os produtos e os custos dos insumos dos programas. Portanto, "o resultado será sempre o custo de uma unidade de produto final recebida por um beneficiário em certa unidade de tempo" (COHEN & FRANCO, 1998: 104).

¹³ *Apud* STENZEL (1996).

¹⁴ Ver definição de eficiência e produtividade no item 2.3.4.

Este tipo de análise é usado quando dois processos apresentam resultados semelhantes. Então, o melhor é aquele que apresenta os custos menores, ou seja, onde os insumos são melhor aproveitados. No entanto, é muito limitado o universo de políticas que resultam em produtos ou resultados semelhantes, principalmente no campo das políticas sociais.

2.3.2. Análise de custo-conseqüência

São listados, o mais desagregadamente possível, os custos e as conseqüências (resultados, efeitos) dos processos analisados. Não são feitas hipóteses e a análise cabe especificamente aos gerentes.

2.3.3. Análise de custo-benefício

Quando tanto os custos quanto os resultados são quantificados monetariamente, a diferença entre o resultado e o custo é tida como benefício líquido ou prejuízo econômico de uma política sobre a outra. Embora seja uma ferramenta de análise que possibilita a comparação de políticas que apresentam resultados diversos, esse método não é tão adequado à avaliação de políticas de saúde em que os benefícios não são facilmente quantificados monetariamente.

Nas análises de custo-benefício, em geral, os valores monetários dos benefícios são calculados baseados na teoria do capital humano ou em pesquisas sobre a disposição a pagar da população para tal produto.

- De acordo com a **teoria do capital humano**, o valor monetário de um tratamento ou de uma política de saúde é equivalente aos dias que o indivíduo ou a população ganha (ou não perde) de trabalho. O valor dos benefícios, então, são os salários ganhos após uma intervenção (considerados que são uma medida da produtividade).
- Pesquisas sobre a **disposição a pagar** buscam auferir o valor que as pessoas estão dispostas a pagar para terem determinado serviço ou resultado (valoração contingente).

2.3.4. Análise de custo-efetividade

Os custos são comparados com unidades físicas dos resultados. Essas unidades podem ser desde medidas de evolução clínica, até dias evitados de mal estar, vidas salvas, anos de vida ganhos, dias de hospitalização, indicadores de independência e satisfação com a vida etc.

Neste ponto cabe diferenciar **custo-efetividade** de **custo-eficácia**.

Encontramos várias definições sobre efetividade, eficácia, eficiência, custo-eficácia e custo-efetividade, muitas não convergentes e outras até não coerentes. Parece haver uma confusão e um uso inadequado dos conceitos, o que nos dificultou até mesmo a escolha do título desta dissertação. As melhores definições, em nossa opinião, foram as de COHEN & FRANCO (1998):

Para os autores, **eficiência** é semelhante ao conceito de produtividade, ou seja quanto se produz com uma quantidade determinada de insumo. Mas a produtividade considera os recursos em unidades físicas, enquanto a eficiência traduz os insumos a unidades monetárias, ou seja, em custos (COHEN & FRANCO, 1998). Portanto, não existe análise de “custo-eficiência”, pois seria uma tautologia.

“Operacionalmente, a **eficácia** é o grau em que se alcançam os objetivos e as metas do projeto na população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados” (COHEN & FRANCO, 1998: 102, grifo nosso).

De acordo com os autores, a definição de eficácia tem dois aspectos fundamentais: metas e tempo. Assim, citam a seguinte notação:

$$A = \frac{L \cdot T_p}{M \cdot T_r} \text{ em que:}$$

$$M \cdot T_r$$

A = eficácia

L = unidades de metas obtidas

M = unidades de metas programadas

T_r = tempo real para chegar ao resultado obtido

T_p = tempo planejado para alcançar a meta total

Extrapolando o conceito de eficácia para o conceito de custo-eficácia teríamos: o grau em que se alcançam os objetivos e as metas do projeto na população beneficiária, em um determinado período de tempo e a um determinado custo.

No caso de nossa dissertação, a terminologia custo-eficácia não se adequaria porque, embora estejamos analisando a relação entre os custos e os resultados de uma intervenção, neste serviço (como se verá no capítulo 3) a alocação dos recursos não está programada para a consecução de metas específicas e preestabelecidas.

Já a **efetividade**, segundo COHEN & FRANCO (1998) é a relação entre os impactos e os objetivos dos projetos ou programas.

$$\text{Efetividade} = \frac{\text{Impactos}}{\text{Objetivos}}$$

“A efetividade tem duas dimensões em função dos fins perseguidos pelo projeto. É a medida do impacto ou o grau de alcance do objetivos. A distinção entre as duas dimensões permite realizar a Análise de Custo-Efetividade” (COHEN & FRANCO, 1998: 107).

Sendo assim, a análise de custo-efetividade é a relação entre os custos e a efetividade dos programas:

$$\text{Custo-Efetividade} = \frac{\text{Impactos}}{\text{Objetivos}} \times \text{Custos}$$

Percebemos por esta definição que a análise de custo-efetividade tem uma abrangência maior que a de custo-eficácia, por avaliar todos os efeitos do programa ou política de saúde (“impactos”¹⁵), ao invés de só medir se as metas foram cumpridas ou não. Sendo assim, levando-se em conta a definição deste conceito e a proposta de nosso estudo de caso, escolhemos a terminologia custo-efetividade como título de nossa dissertação.

Cabe agora salientar, de acordo com os autores anteriormente citados, as diferenças entre objetivos, metas, impactos e efeitos.

¹⁵ Ver definições a seguir.

O **objetivo** é a “situação que se deseja obter ao final do período de duração do projeto, mediante a aplicação dos recursos e da realização das ações previstas” (COHEN & FRANCO, 1998: 88).

A **meta** pode ser definida como um objetivo (por exemplo, a redução da febre amarela) para o qual “se estabeleceu o sujeito da ação (o Estado Apure), se quantificou o objetivo (redução em 10%) e se determinou o prazo para atingi-lo (dois anos)” (BOISIER, 1976: 88, *apud* COHEN & FRANCO, 1998: 90).

“**Efeito** é todo comportamento ou acontecimento que se pode razoavelmente dizer que sofreu influência de algum aspecto do programa ou projeto” (COHEN & FRANCO, 1998: 91). Por definição, um projeto deve ter efeitos procurados, previstos, positivos e relevantes. Entretanto, podem existir efeitos não procurados que sejam ao mesmo tempo, previstos ou não, positivos ou negativos.

Já o **impacto** é definido como um resultado dos efeitos de um projeto (ONU, 1984). A determinação do impacto exige o estabelecimento de objetivos operacionais e de um modelo causal que permita vincular o projeto com os efeitos resultantes de sua implantação. “ (COHEN & FRANCO, 1998: 92)

2.3.5. Análise de custo-utilidade

É um tipo de análise de custo-efetividade, em que os resultados são medidos, geralmente, em termos de ganhos nos “quality-adjusted life years” (QALY). Os QALYs são indicadores que medem variações na quantidade e na qualidade de vida independentemente do tratamento e da doença. Os fatores de ajuste da qualidade de vida refletem as preferências agregadas dos indivíduos pelos produtos ou resultados. Estes fatores são medidas diretamente apuradas com os pacientes ou com o público em geral, tomadas de publicações ou estimadas pelos profissionais de saúde (CCOHTA, 1997).

O Guia do CCOHTA menciona quatro tipos de medidas de resultados usadas nas análises de custo-utilidade:

- QALY: multiplicam-se os anos de vida após um tratamento versus a qualidade de vida desses anos, dada em indicadores que variam de 0 a 1 (morte e saúde perfeita). Estes índices são captados

independentemente do tratamento ou da doença que se quer avaliar e são geralmente baseados nas preferências da população quanto a situações de vida e de saúde. Os indicadores podem ser negativos representando situações consideradas piores que a morte.

- **DALY** (“disability-adjusted life years”): igual ao QALY, mas ajustado pela idade dos pacientes envolvidos no tratamento;
- **HYE** (“health years equivalent”): medida adaptada ao tempo de duração de um estado de saúde e as várias modificações que podem ocorrer neste estado.
- **SAVE** (“saved young life equivalents”): medida baseada em *trade-offs* que possibilita uma melhor noção do valor social dos programas de saúde. Pergunta-se às pessoas se, com a mesma quantidade de dinheiro, elas escolheriam um programa A ou B.

2.4. Metodologias de custo em saúde

Nas análises econômicas, assim como há vários métodos para se medir os resultados de tratamentos, programas e políticas de saúde, há também várias formas de se calcular os **custos** dessas intervenções.

Em qualquer tipo de análise econômica, é muito importante deixar claro sob qual perspectiva os custos e os resultados estão sendo considerados; se uma perspectiva da sociedade como um todo, do pagador, do serviço ou do usuário. Dependendo da perspectiva, é necessário incluir o custo do tempo perdido (do paciente e do acompanhante) quando este procura um serviço¹⁶, os custos de oportunidade dos bens de capital etc. DARLING (1997) chega a diferenciar a análise econômica da análise financeira de acordo com a perspectiva adotada. Para este autor, o campo da análise econômica é o país como um todo e o enfoque da análise financeira é institucional.

No presente estudo denominamos como **custos sociais**, o que DARLING (1997) chama de custos econômicos, ou seja, os custos calculados para toda

¹⁶O custo do tempo perdido pode ser calculado pela teoria do capital humano ou por pesquisas de disposição a pagar.

sociedade: custos institucionais dos serviços de saúde, de outros serviços e instituições usados em decorrência do tratamento, custos monetários (manutenção, remédios, benefícios previdenciários etc.) e não monetários (faltas no emprego, *stress* familiar, despesas com viagens, incômodo para vizinhos etc.) vistos sob o ponto de vista dos serviços, das instituições de apoio, dos pacientes, dos familiares, da comunidade e do Estado. Geralmente, nas análises de custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade, são calculados os custos sociais das intervenções em saúde, comparados com os resultados, também, para toda a sociedade.

Em qualquer uma das análises econômicas mencionadas é importante esclarecer o espaço temporal da análise e, dependendo do caso, incluir os custos e os benefícios futuros. Estudos de sensibilidade sobre as hipóteses adotadas também são recomendados.

Especificamente com relação aos custos institucionais ou financeiros, MÉDICI & MARQUES (1996) dividem os sistemas de aferição destes custos em três grandes blocos: sistema de custeio departamental (por absorção), sistema de custeio por procedimento e sistema de custeio por patologia ou por paciente.

2.4.1. Custeio departamental

O sistema de custeio departamental procura identificar os custos dos vários departamentos no interior de cada serviço de saúde. Estes departamentos são identificados como centros de custos e correspondem a unidades independentes de produção.

“Nesse sentido, o que se procura conhecer é quanto cada centro de custos absorve, em valor, de outros centros de custo ou de fornecedores externos. A essa absorção é incorporado um novo valor, criado por intermédio do esforço produtivo do próprio centro de custos. A soma do que é absorvido com o que é criado corresponde ao produto do centro de custos em consideração, cujo valor pode ser absorvido por um outro centro (no caso de produtos intermediários) ou

expresso como custo final do produto (no caso de o produto ser de demanda final)” (MEDICI & MARQUES, 1996: 54).

Segundo os autores citados, os sistemas de custeio departamental são a base para o estabelecimento dos sistemas de custeio por procedimento e dos sistemas de custeio por patologia.

2.4.2. Custeio por procedimento

Os sistemas de custeio por procedimento servem para o levantamento dos custos de determinadas intervenções médicas ou cirúrgicas.

“O ponto de partida é a criação de uma classificação de procedimentos e o conhecimento de seus insumos e componentes, na medida em que o próprio procedimento pode ser considerado um produto.

(...) A observação dos custos levantados para um mesmo procedimento, num conjunto relativamente homogêneo de estabelecimentos de saúde, permite conhecer a variância e a média associada a esse custo; parâmetros que podem ser usados como valor de referência para o pagamento por serviços estabelecidos em contratos” (MEDICI & MARQUES, 1996: 56).

2.4.3. Custeio por patologia (ou por paciente)

O sistema de custeio por patologia, enfermidade ou diagnóstico é um derivativo do sistema de custeio por procedimento, pois, em tese, toda doença envolve um conjunto de procedimentos cujos custos formariam o custo da doença ou enfermidade.

Entretanto, “cada indivíduo reage de forma diferenciada a uma determinada patologia, segundo seu estado prévio de saúde. Em alguns indivíduos, uma enfermidade pode provocar ou estar associada a outra, e assim torna-se difícil conhecer isoladamente o custo da patologia considerada. Pode-se dizer que muitos países têm substituído o custo por patologia por uma medida de custo do próprio trajeto do paciente na sistema de saúde.” (MEDICI & MARQUES, 1996: 56-57)

Os autores observam que qualquer um dos três tipos de sistemas de custeio é meramente descritivo de um quadro ou situação efetivamente encontrada nos serviços de saúde e que a introdução de formas de padronização de custos, por procedimentos ou patologia, com revisões periódicas, tem sido um dos meios para utilizar as informações de custo como critério de pagamento de serviços de saúde.

O quadro a seguir, baseado na publicação do CCOHTA (1996), sintetiza alguns métodos de levantamento de custos por procedimento e por paciente ordenados do menos ao mais preciso:

Métodos	Vantagens e Desvantagens
a) Custo de procedimentos genéricos por dia (ex.: cirurgia, assistências hospitalar, ambulatorial, domiciliar etc.)	Dados genéricos. Como são médias, não representam bem os custos de tipos específicos de procedimentos e geralmente omitem os custos de capital das instituições.
b) Custo de procedimentos por especialidade por dia	Custos médios de procedimentos separados por especialidades (ex.: procedimentos da ginecologia, da cardiologia etc.).
c) Custo de casos específicos (<i>Case Mix Groups, Diagnosis-Related Groups</i>) por regiões ou serviços	Captam com certa extensão os recursos utilizados por grupos de pacientes com mesmo diagnóstico.
d) Custo de pacientes específicos	Pode ser usado para medir impactos nos custos de determinados pacientes qd. o serviço oferecido muda. Calcula-se acompanhando a trajetória do paciente na rede de saúde. É necessário um sistema de informação integrado e padronizado entre os serviços de saúde.
e) "Micro costing"	É um método de quantificação e valoração dos recursos utilizados na produção de um serviço específico, calculando, por exemplo, o tempo que os profissionais dispensam em cada atividade e/ou a quantidade de atividades/procedimentos oferecidas aos pacientes. Capta todos os recursos utilizados e serve como instrumento de gerência e planejamento.

Adaptação de CCOHTA (1996).

2.5. Exemplo de análise econômica aplicada à saúde mental

Aqui descrevemos mais detalhadamente o estudo de custo-benefício, já citado nos itens 1.3.2. e 1.3.3., realizado entre 1972 e 1975 no *Mendota Mental Health Institute* (EUA) (WEISBROD, 1981; WEISBROD *et alii*, 1980), o qual nos ajudou a delimitar o escopo e a metodologia desta dissertação de mestrado.

Os pesquisadores compararam dois tipos de serviços de tratamento de doentes mentais, um de enfoque tradicional hospitalar, que foi chamado de Programa de Controle C e outro de tratamento intensivo e assertivo comunitário, que foi denominado Programa Experimental E. Convém salientar que tal pesquisa se aproximou também de uma análise de custo-efetividade, pois vários resultados foram medidos de forma não pecuniária.

As características do Programa E eram:

- 1) Evitava-se a hospitalização;
- 2) Os profissionais trabalhavam com os pacientes em suas casas ou nos lugares de trabalho dando apoio ou ensinando como conviver em comunidade;
- 3) Os profissionais tentavam diminuir o número de pacientes que abandonavam prematuramente o tratamento e tentavam maximizar sua participação no trabalho e em outros aspectos da vida comunitária de forma responsável e independente.

Enfim, do ponto de vista econômico, o Programa E era um sistema que confrontava o paciente com os custos sociais de suas ações, o que significava que, dependendo de sua conduta, ele poderia enfrentar a ira do caseiro, a perda do emprego, a prisão etc.

O Programa C consistia num tratamento hospitalar de curto prazo (menos de 30 dias), após o qual o paciente continuava em acompanhamento nos serviços comunitários de saúde mental.

As questões condutoras deste estudo estavam relacionadas à desinstitucionalização psiquiátrica, ou seja: Havia problemas de infração da lei quando os pacientes eram tratados na comunidade? Os ambientes comunitários eram mais efetivos para o tratamento da doença mental? A desinstitucionalização

diminuía os custos ou simplesmente repassava os custos das instituições para outras formas de tratamento?

WEISBROD (1981), salienta que os métodos típicos de valoração dos benefícios em análises de custo-benefício têm limitações na saúde mental porque os valores monetários baseados nos ganhos e nas perdas de produtividade ou na disposição a pagar dos pacientes e seus familiares são incompletas, dado que os pacientes não encontram emprego no mercado competitivo, bem como a impossibilidade deles tomarem decisões bem informadas. Outro problema é o próprio conceito de doença mental e o que é a melhora nesse caso. Como a doença mental tem vários efeitos para a sociedade, uma análise de custos e benefícios precisou considerar não só os pacientes, mas as pessoas que conviviam com eles.

Neste estudo, adotaram-se as hipóteses de que a “melhora” na saúde mental estava relacionada ao aumento dos ganhos derivados do trabalho, a outros indicadores de atuação no trabalho, aos gastos com consumo que refletiam uma maior planificação do futuro, à satisfação expressa pelos próprios pacientes, à diminuição dos sintomas clínicos e ao aumento do convívio social.

Foram formados aleatoriamente dois grupos de 65 pacientes (grupos C e E) que demandaram hospitalização no *Mendota Mental Health Institute* (MMHI) a partir de outubro de 1972. Os grupos não possuíam diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, sexo, estado civil e tempo passado anteriormente em instituições psiquiátricas. Cada paciente foi acompanhado durante 12 meses.

No quadro abaixo, são listados os custos e os benefícios considerados no estudo:

Custos	Benefícios
1) Tratamento primário	1) Melhoria da saúde mental
MMHI	2) Melhoria da saúde física
Paciente interno	3) Melhoria da produtividade do trabalho
Paciente externo	4) Maior eficácia na tomada de decisões de consumo
2) Tratamento secundário	
Serviços sociais (instituições públicas)	
Outros hospitais	
Pensões protegidas	
Outros serviços comunitários	
Instituições privadas	
3) Custos com a justiça ou relacionados ao não cumprimento da lei	
Polícia	
Tribunais	
Danos à propriedade, lesões físicas a pessoas	
4) Manutenção (alimentação, moradia etc.)	
5) Conseqüências para os familiares	
Perdas de propriedades e salários	
Perdas psíquicas	
6) Conseqüências para outras pessoas	
7) Mortalidade dos pacientes	

Tradução e adaptação de WEISBROD (1981: 278).

Para transformar os custos diretos do tratamento primário obtidos pelas informações do MMHI em custos sociais, foram adicionados o custo de oportunidade do terreno (8% do valor do terreno) e a depreciação baseada no custo de reposição dos edifícios e descontado o custo das atividades de pesquisa no hospital. Isso tornou o custo do MMHI mais comparável ao custo do serviço experimental.

Em relação aos custos secundários e aos custos com a justiça ou relacionados ao não cumprimento da lei, por falta de informação, foram adotadas as estimações dadas pelas instituições provedoras destes serviços.

Quanto aos custos adicionados a outras pessoas, foram feitas algumas entrevistas com os familiares para se tentar captar estes custos. Perguntava-se, por exemplo, se os familiares tinham faltado ao trabalho ou à escola por causa do paciente, se este perturbava as rotinas domésticas, se a doença fazia com que o paciente deixasse de colaborar com as despesas da casa, se a família havia pago o tratamento do paciente etc. O custo para vizinhos, companheiros de trabalho etc. não foi possível captar.

Cabe ressaltar que alguns custos não foram valorados, como a mortalidade dos pacientes e algumas conseqüências para os familiares.

Quanto aos benefícios, poucos foram transformados em valores pecuniários. Por exemplo, para se medir a melhora na saúde mental dos pacientes usaram-se indicadores quantitativos, mas não pecuniários, como: número de visitas a grupos sociais no mês anterior à entrevista, ausência ou presença de sintomas de doença mental, evolução da enfermidade, avaliação do próprio sujeito acerca de sua satisfação com a vida em geral, etc.

No que tange à melhoria do comportamento produtivo dos pacientes, mesmo com todas as limitações da aplicação da teoria do capital humano neste caso, o aumento dos salários foram interpretados como um benefício diferencial dos programas e foram considerados tanto o aumento do salário por hora quanto o aumento da jornada de trabalho¹⁷. Mediu-se também (mas não monetariamente) a estabilidade no emprego, contabilizando-se as faltas, as mudanças de emprego etc.

Adotou-se a hipótese de que os gastos com seguros ou a abertura de poupanças refletem uma preocupação mais saudável com o futuro. Assim, os

¹⁷A consideração do aumento da jornada de trabalho como benefício partiu da hipótese de que, para o paciente, estar com outras pessoas no ambiente de trabalho e realizar uma função reconhecida socialmente é benéfico.

gastos com seguros e o número de pacientes com poupanças foram contabilizados.

Resumindo, os resultados do estudo foram: 1) os custos sociais médios de um paciente por ano em qualquer um dos dois serviços era de, em média, U\$ 7.800 e apenas metade destes custos eram custos com tratamento primário; 2) os custos do Programa E foram cerca de 10% maiores que os do Programa C. Entretanto, os pacientes do grupo E tiveram benefícios adicionais ao grupo C de cerca de U\$ 1.200; 3) a relação custo-benefício (em termos sociais) foi favorável ao Programa E em cerca de U\$ 400 anuais; 4) no Programa E, os pacientes aumentaram sua capacidade de planificação e tomada de decisões, diminuíram os sintomas da doença mental, ampliaram o convívio social e aumentaram sua satisfação com a vida.

Estes resultados se aplicaram aos pacientes com diversos diagnósticos. Entretanto, quando grupos de esquizofrênicos, outros psicóticos e pessoas com distúrbio de personalidade foram analisados separadamente, o Programa E só não apresentou uma relação favorável de custo-benefício no último grupo.

WEISBROD (1981) conclui salientando que é muito importante a perspectiva dos custos e dos benefícios adotada, pois pode haver grandes diferenças, por exemplo, entre um estudo com perspectiva social e um estudo com perspectiva de um serviço de saúde. O caso analisado mostrou que a desinstitucionalização psiquiátrica não representa uma política mais barata de simplesmente transferir o doente mental para a comunidade tratar. Pelo contrário, o paciente desospitalizado, segundo a lógica do tratamento intensivo e assertivo na comunidade, representa um esforço de tratamento amplo que, embora seja mais caro, apresenta maiores benefícios para a sociedade.

2.6. Considerações finais

Neste segundo capítulo descrevemos, baseados no trabalho de STENZEL (1996), as questões metodológicas da avaliação em saúde, ou seja, aquelas inerentes às Ciências Sociais e as específicas do campo da avaliação. Também, a partir do referido trabalho, apresentamos uma tipologia das pesquisas avaliativas em saúde, na qual a análise econômica é uma forma de se comparar os custos com os efeitos das intervenções em saúde.

Sendo assim, detalhamos as metodologias de análise econômica, ou análise de rendimento, bem como as formas de apuração de custos aplicadas à saúde. Estes tipos de estudo são de extrema utilidade pois servem como instrumental para a racionalização da gestão, a formulação de políticas e a avaliação das práticas no campo da saúde desde a perspectiva do usuário ou do ofertante, até a perspectiva da sociedade como um todo.

No caso da saúde mental no Brasil, haja vista a heterogeneidade dos novos serviços de tratamento psiquiátrico e de reabilitação psicossocial, o debate político-ideológico em torno da desmanicomialização psiquiátrica e a falta de avaliações rigorosas sobre as já existentes experiências municipais de serviços alternativos comunitários, fazem-se ainda mais necessárias análises que comparem a eficiência com a efetividade destes novos serviços no contexto brasileiro. Como já dito no capítulo 1, análises econômicas dos serviços alternativos já implantados ajudariam no aprendizado sobre as falhas ou as conquistas do processo, na correção de caminhos e no planejamento e definição das formas de custeio da reforma psiquiátrica no Brasil.

No item 2.5, descrevemos um exemplo de análise econômica na área da saúde mental. Trata-se de um estudo de custo-benefício na região de Wisconsin nos EUA, na década de 70, comparando um tratamento psiquiátrico alternativo de atenção intensiva na comunidade com um tradicional.

A partir deste exemplo citado, tendo em mente os vários tipos possíveis de análise econômica, as divergências de definições dos conceitos e as questões metodológicas inerentes ao campo das Ciências Sociais, definimos como objeto de nossa dissertação de mestrado a análise de custo-efetividade de um serviço de

saúde mental localizado em Campinas, no estado de São Paulo, que se propõe a oferecer tratamentos mais comunitários para as diferentes clientela da saúde mental.

Voltando, então, ao conceito de custo-efetividade, nossa pesquisa busca medir o grau de alcance dos múltiplos objetivos do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (formulados através do projetos terapêuticos de cada paciente) comparativamente a seus custos, e medir marginalmente o impacto do serviço no âmbito da saúde mental em Campinas, por ser praticamente impossível isolar apenas os efeitos do serviço na melhoria dos sintomas e da qualidade de vida dos usuários.

Buscamos auferir da melhor maneira possível os custos (monetários e não monetários) e os resultados para os usuários, os familiares, a comunidade e outros serviços de saúde mental do município de Campinas. Ou seja, procuramos aferir o “custo social” do tratamento nos serviços escolhidos. O custo institucional foi calculado a partir do custo departamental e das atividades de rotina dos pacientes, buscando-se chegar o mais próximo possível de uma análise de *micro costing*.

Como última ressalva, é importante dizer que o estudo aqui exposto corresponde a uma junção de metodologias quantitativas e qualitativas. A metodologia adotada possui limitações decorrentes do contexto em que foi aplicada e, em nenhum momento, propõe-se a oferecer medidas generalizáveis de custos e qualidade de vida para outras situações.

Escolhemos analisar três unidades do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, consideradas como os serviços mais comunitários oferecidos pela instituição. Estas unidades atendem usuários de perfis muito diferentes e, conseqüentemente, possuem objetivos divergentes, sendo não comparáveis entre si. O objetivo foi analisar os custos e os resultados do tratamento nestes serviços levando-se em conta os usuários, familiares e os serviços de saúde mental, no ano de 1999, a fim de nos aproximarmos dos problemas, resultados positivos e negativos e despesas com serviços de saúde mental alternativos no município de Campinas.

A coleta de dados foi feita através de medição direta (balancetes, prontuários, carga horária, grade horária, dados da prefeitura municipal) e da coleta de informações dos indivíduos através de entrevistas roteirizadas a partir de questionários estruturados com perguntas abertas (Anexos).

Se na avaliação em saúde, área das Ciências Sociais, o “objetivismo” é praticamente impossível, na saúde mental, que trata de resultados no campo do subjetivo, esta questão é varias vezes ampliada. Dessa forma, nos preocupamos em “qualificar” nossas conclusões e compreendermos seus significados juntamente com os profissionais dos serviços analisados, que se interessaram pela pesquisa, debateram e colaboraram na delimitação do projeto, responderam a todos os questionários aplicados e, o mais importante, usaram os dados e avaliações oferecidos pela pesquisadora como ferramenta de planejamento e discussão dos serviços.

CAPÍTULO 3: ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE APLICADA AO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL “DR. CÂNDIDO FERREIRA”

3.1. O setor da saúde mental em Campinas

O município de Campinas, localizado no interior do estado de São Paulo, conta atualmente, no setor da saúde mental, com:

- Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, instituição filantrópica não lucrativa;
- Hospital Psiquiátrico Tibiriçá: hospital privado lucrativo conveniado ao SUS;
- Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, com 16 leitos;
- Enfermaria de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da PUCC, com 10 leitos;
- 2 Caps (Centros de Atenção Psicossocial) em bairros periféricos da cidade (Caps Integração e Caps Aeroporto);
- 16 Centros de Saúde com equipes de saúde mental, espalhados por todas as regiões da cidade; e
- CRIAD (Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição).

As enfermarias de psiquiatria nos hospitais universitários possuem um total de 26 leitos que funcionam para a contenção de crises agudas. Nos dois hospitais psiquiátricos da cidade, conveniados ao SUS e à Prefeitura Municipal de Campinas, há 68 leitos no Hospital Tibiriçá e 50 no Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, destinados a pacientes em crise aguda que permanecem internados, em média, 30 dias. Há também nestes hospitais leitos preenchidos com pacientes moradores (antigos crônicos), sendo 35 no Hospital Tibiriçá e 140 no Cândido Ferreira. Destes 140 pacientes do Cândido Ferreira, cerca de 50 estão alojados em moradias extra-hospitalares.

Além das moradias extra-hospitalares, o Cândido possui cerca de 80 vagas no Hospital-Dia e 100 vagas no Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT), todos serviços de caráter comunitário. Os outros serviços ambulatoriais de saúde mental, tidos como comunitários, são os dois Caps, 16 Centros de Saúde que possuem equipes de saúde mental e o CRIAD. Além dos serviços citados, a Secretaria de Saúde em conjunto com as Secretarias de Educação e Assistência Social coordenam outros tipos de serviços que também dão assistência aos doentes mentais da região.

Entre os serviços que oferecem atenção comunitária no município, os três serviços do Cândido Ferreira (Hospital-Dia, NOT e Moradias Extra-Hospitalares) são considerados os que ofertam um acompanhamento mais intensivo e de longo prazo, com equipes responsáveis pelo projeto terapêutico de cada usuário, as quais procuram respaldar os pacientes em suas relações familiares e com outros agentes sociais quando necessário.

3.2. Apresentação do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”

O “Cândido”, como é chamado pelos pacientes e pelos profissionais da rede de saúde municipal, foi criado em 1924 com o nome Sanatório Dr. Cândido Ferreira e a seguinte descrição: “Hospício para Dementes Pobres do Arraial de Sousas”. Desde maio de 1990, estabeleceu-se uma parceria de co-gestão entre a prefeitura municipal e o hospital, momento em que este passou a se chamar Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF). A partir do convênio com a Secretaria Municipal de Saúde em 1990, o SSCF passou a ser parte fundamental da rede pública de saúde mental de Campinas.

O serviço tem caráter público, apesar de ser de propriedade privada não lucrativa (filantrópico), pois somente assiste a pacientes do SUS, é financiado por verbas públicas e há a participação social no controle e na determinação das metas do serviço.

ONOCKO (1998), discutindo a questão público/privado no Cândido e a sua relação com o Estado diz:

“Essa característica de público não estatal e a multiplicidade de parceiros estatais têm permitido à instituição superar as crises decorrentes das mudanças políticas e manter o rumo do projeto inicial. Resistindo às mudanças de cenário local, o Cândido tem conseguido preservar uma certa estabilidade que contribuiu para o desenvolvimento do processo de transformação.” (ONOCKO, 1998:11)

O Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, além de ser um hospital psiquiátrico, depois do contrato de co-gestão com a prefeitura municipal, passou a oferecer também oficinas de trabalho, hospital-dia e, recentemente, moradias extra-hospitalares, ou seja, vem buscando substituir paulatinamente o tratamento hospitalar por tratamentos comunitários. Atualmente é constituído por cinco unidades (ou serviços) assistenciais independentes: Unidade de Internação, Hospital-Dia, Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT), Unidade de Reabilitação dos Moradores e Núcleo Clínico Geriátrico. Embora sejam serviços independentes, grande parte dos pacientes inscritos no Cândido frequenta mais que uma unidade ou sai da Unidade de Internação com encaminhamento para o Hospital-Dia ou o NOT. A Unidade de Reabilitação dos Moradores procura não aceitar mais pacientes internados por longas datas, além dos já inscritos na unidade que perderam os vínculos familiares. Em qualquer inserção em um dos serviços da instituição, busca-se a co-responsabilização da família pelo tratamento.

A divisão de trabalho nas unidades assistenciais assenta-se em equipes multiprofissionais, eliminando os departamentos verticais tradicionais (médico, de enfermagem, etc.). O Colegiado de Gestão, formado pelos gerentes das várias equipes das unidades assistenciais, gerentes das unidades de apoio e administrativas, supervisor, diretor clínico etc. e o Conselho Diretor, formado por representantes do colegiado, da prefeitura municipal, da comunidade e familiares dos usuários são os órgãos responsáveis pela gestão do serviço.

O modelo assistencial proposto pelo SSCF valoriza as demandas específicas de cada usuário, tentando abranger suas necessidades biológicas, subjetivas e de cidadão (CAMPOS, jun./1998).

Desta forma, no Cândido, são formulados Projetos Terapêuticos Individuais (PTI's) para cada usuário do serviço, conforme as necessidades e

demandas de cada caso e em acordo com as condições e recursos existentes à disposição das equipes.

Outro aspecto do modelo de atenção à saúde mental do Cândido Ferreira, e também comum aos novos tratamentos intensivos na comunidade, é o “Sistema de Referência” entre profissionais e clientela, ou seja, cada técnico (ou um pequeno grupo de técnicos chamado de “mini-equipe”) tem uma clientela adscrita mais ou menos fixa pela qual é responsável. O objetivo desta diretriz é criar um modelo de atendimento mais singularizado e mais personalizado e também permitir que um mesmo profissional acompanhe melhor, no tempo, o processo saúde / enfermidade / intervenção de cada paciente (CAMPOS, jun./1998). O sistema de referência também significa uma valorização das “tecnologias leves de saúde” (MERHY, 1998)¹⁸, que se reflete na produção de vínculo entre o profissional (ou a equipe de saúde) e o paciente.

Entretanto, cada grupo de paciente não participa de atividades ofertadas apenas pelo profissional (ou equipe) de saúde mental que lhe é referência. Outros profissionais da mesma unidade ou de outras unidades assistenciais do Cândido também são solicitados para ampliar o tratamento e melhor cobrir as demandas de cada usuário (CAMPOS, jun./1998).

Como última observação quanto ao modelo assistencial do Cândido Ferreira, cabe salientar que os vários profissionais do serviço não ofertam apenas procedimentos dos seus núcleos de competência profissional, mas também atividades lúdicas, de lazer, comunitárias, de treinamento para atividades de vida diária etc. que não são dos seus núcleos de competência, as quais são chamadas de “atividades de campo” (CAMPOS, jun./1998).

Enfim, sintetizados a história do SSCF, a forma de gestão e o modelo de atenção, passemos a descrever as unidades principais de assistência à saúde mental no serviço:

¹⁸ O referido autor classifica as tecnologias usadas no campo da saúde como “tecnologias duras” (equipamentos e materiais), “tecnologias leve-duras” (normas de procedimentos específicos) e “tecnologias leves” (relação de escuta e vínculo entre profissional e paciente).

3.2.1. Unidade de Internação para pacientes agudos

A Unidade de Internação oferece tratamento para 50 pessoas, homens e mulheres. O perfil psicopatológico dos pacientes é predominantemente de psicóticos, neuróticos graves, alcoolistas, drogadictos em crise aguda e deficientes mentais (em número bastante reduzido).

Os pacientes atendidos nesta unidade permanecem em média 30 dias no serviço e são encaminhados para acompanhamento terapêutico em outras unidades da rede (Caps ou centros de saúde) ou do próprio SSCF (Hospital-Dia ou Núcleo de Oficinas e Trabalho).

A unidade está organizada em “mini-equipes” de referência que são responsáveis pelo projeto terapêutico (de curto prazo) de um grupo de pacientes, pelo acompanhamento e discussão destes casos no período em que estiverem internados e pelo, posterior, encaminhamento para outros serviços da rede de saúde mental do município.

3.2.2. Hospital-Dia (HD)

Os usuários do HD são predominantemente pacientes psicóticos de primeiro surto, alcoolistas, usuários de drogas, neuróticos e pacientes jovens que passaram por internações psiquiátricas. O objetivo maior do HD é evitar internações de longo prazo para que esta clientela não perca seus vínculos sociais e familiares.

O HD funciona 8 horas por dia, de segunda a sexta-feira, e atende cerca de 80 pacientes que o freqüentam no mínimo 4 e no máximo 40 horas semanais, dependendo do caso e do PTI (Projeto Terapêutico Individual).

Algumas das atividades oferecidas na unidade são psicoterapia individual e em grupo, oficinas terapêuticas e de artes, grupos de medicação, atendimento familiar, acompanhamento terapêutico etc.

Os profissionais do HD buscam um tratamento integrado com as famílias dos pacientes, pois estas têm um papel fundamental para que o projeto terapêutico de cada usuário seja satisfatoriamente desenvolvido.

3.2.3. Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT)

Os objetivos do NOT são a reabilitação para o trabalho, inserção social e a reabilitação psicossocial. A maior parte dos usuários deste serviço vem encaminhada da Unidade de Internação ou do Hospital-Dia do Cândido Ferreira e são, geralmente, pacientes com grau de autonomia maior para a vida comunitária e para o trabalho.

O NOT funciona 8 horas por dia, de segunda a sexta-feira, e oferece cerca de 130 vagas para trabalho profissionalizante, com remuneração, em sete oficinas: culinária (15 vagas), gráfica (15), papel reciclado (15), mosaico (10), vitrais (15), marcenaria (15) e agrícola (35); responsabilizando-se ainda pela terceirização de alguns ex-pacientes nas unidades de apoio da instituição, como lavanderia e higienização.

3.2.4. Unidades de Reabilitação dos Moradores / Núcleo Caps

Esta unidade atende cerca de 110 usuários com história de longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos (denominados antigamente por “crônicos”). Destes, a metade não possui qualquer contato familiar ou documentação própria. Para a assistência, a unidade conta atualmente com 2 alas na instituição (Primavera e Paraíso), com quase 60 usuários, e 13 moradias extra-hospitalares (casas alugadas na comunidade) onde moram cerca de 50 pacientes desinstitucionalizados. Alguns pacientes inscritos nesta unidade também trabalham no Núcleo de Oficinas e Trabalho.

O projeto de desinstitucionalização dos pacientes moradores do Cândido Ferreira começou em dezembro de 1991, com a implantação do, então, chamado “Lar Abrigado”, onde passaram a residir seis pacientes com autonomia suficiente para prescindir de monitoramento constante por parte da equipe da unidade. A segunda moradia extra-hospitalar foi implementada em janeiro de 1995, sendo denominada “Pensão Protegida”. Esta moradia foi concebida para abrigar nove pacientes, menos autônomos que os do Lar Abrigado¹⁹, com monitoramento 24h

¹⁹ Com diagnósticos de oligofrenia (maioria) e esquizofrenia.

por dia por uma “governanta”. Dois auxiliares de enfermagem completavam o quadro de funcionários que acompanhavam diretamente a moradia (FURTADO, J. & PACHECO, R., 1996).

O objetivo era tornar a casa um espaço de reabilitação psicossocial e sociabilização, resgate da cidadania e das regras culturais perdidas. Estes usuários seriam estimulados a realizar atividades da vida diária, administrar seu dinheiro, utilizar o transporte público etc.

Após uma profunda revisão do projeto destas duas moradias, no final de 1995, os profissionais da unidade decidiram descentralizar administrativa e financeiramente a condução do Lar Abrigado, ou seja, as compras passaram a ser feitas diretamente pelos moradores e o grupo passou a ser estimulado a suprir demandas que até então eram delegadas ao SSCF, como manutenção do jardim e aquisição de bens semi duráveis etc. Quanto à Pensão Protegida, foi detectado o limitado potencial para a reabilitação psicossocial da clientela oligofrênica e as dificuldades no convívio entre estes e os pacientes com diagnóstico de psicose. Sendo assim, houve o retorno à instituição de pacientes com diagnóstico de retardo mental, privilegiando a entrada de pacientes psicóticos, o que implicou na redução do monitoramento da funcionária e no fim das atividades de auxiliares de enfermagem.

A partir destas experiências de moradias extra-hospitalares, em 1997, a equipe da unidade começou a implantar mais amplamente o projeto de desinstitucionalização dos outros pacientes moradores da instituição, treinando-os para as atividades de vida diária (auto-cuidados, alimentação, uso de transporte coletivo) e tarefas necessárias para o funcionamento de uma casa (culinária, faxina, manutenção de jardim). No final de 1999, a equipe já contabilizava 13 moradias externas que alojavam cerca de 50 usuários do serviço. Todas as casas implementadas contavam com um técnico referência do grupo para tarefas da casa, além de cada paciente (inclusive os moradores internos da instituição) possuir um profissional responsável pelo seu projeto terapêutico individual e acompanhamento.

Atualmente, o projeto dos profissionais da unidade é também desinstitucionalizar os 60 usuários classificados como semi-dependentes que estão alojados nas duas alas restantes da unidade (moradores internos). O objetivo é criar mais moradias extra-hospitalares que funcionem em regime aberto, misto, organizadas de acordo com o nível de autonomia dos pacientes e com monitoramento freqüente de acordo com as demandas de cada um. Após a desospitalização de todos os seus pacientes, a unidade se transformará num Caps (Centro de Atenção Psicossocial) que atenderá intensivamente os usuários das moradias extra-hospitalares e outros da rede municipal de saúde mental de Campinas.

Outro projeto, também comum às outras unidades assistenciais do SSCF, é a obtenção da documentação de alguns pacientes que não a possuem e inserção destes em um programa do governo federal que prevê o pagamento mensal de um salário mínimo a portadores de deficiência destituídos de outras fontes de renda (Benefício de Ação Contínua).

3.2.5. Núcleo Clínico Geriátrico

Essa unidade foi recentemente criada, fruto da separação de uma ala da Unidade de Reabilitação dos Moradores, a antiga Casa Branca. Nessa unidade, encontram-se cerca de 30 pacientes, cujas funções de vida diária (alimentação, locomoção e higiene pessoal) estão bastante comprometidas. A maioria é composta por pessoas idosas, sem documentos pessoais e sem vínculos familiares, como consequência dos vários anos de institucionalização pregressa.

Para estes 30 pacientes, a proposta é mantê-los na instituição e assegurar-lhes a melhoria de suas vidas, buscando atingir os graus máximos de autonomia possível, de acordo com cada PTI.

3.2.6. Outras unidades assistenciais

Além dessas quatro unidades assistenciais, há ainda dois equipamentos substitutivos: o Centro de Convivência e o Centro Cultural.

O Centro de Convivência oferece atividades como ateliê de pintura (cujas obras foram premiadas em várias mostras nacionais), oficinas de argila, biblioteca, um centro de comunicação integrada para confecção, entre outros materiais informativos, do jornal Cândia, um salão de beleza e salas de reuniões para trabalhos de grupo, eventos, palestras e festas de confraternização.

Já o Centro Cultural, uma parceria do SSCF com a FUMEC (Fundação Municipal de Entidades Comunitárias), está localizado fora do espaço da instituição e oferece oportunidade de alfabetização e formação primária para 60 alunos entre usuários do "Cândido" e adultos da comunidade, além de cursos de acompanhamento terapêutico, capoeira, teclado, massagem etc. para os usuários e a comunidade.

O serviço constitui ainda campo de estágio e formação para alunos de diferentes áreas (em média, 175 estagiários de terapia ocupacional, psicologia, enfermagem e profissionais de nível médio, técnicos e auxiliares de enfermagem).

3.3. A escolha do serviço

Escolhemos o Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" (SSCF) para aplicar os fundamentos da análise econômica por se tratar de um serviço de saúde mental que vem buscando, desde 1990, além de oferecer assistência hospitalar para pacientes em crise aguda e para os antigos pacientes moradores da instituição, implementar novos serviços alternativos à hospitalização (Hospital-Dia, Núcleo de Oficinas e Trabalho e Moradias Extra-Hospitalares) tentando não retirar o doente mental da comunidade.

A nosso ver, o Cândido Ferreira é uma pequena amostra da configuração da rede de saúde mental no Brasil, pois abrange, dentro de uma mesma instituição, uma ala para internação de curto prazo para pacientes em crises agudas; duas alas para pacientes moradores; 13 moradias extra-hospitalares; um hospital-dia, como alternativa à internação, e o núcleo de oficinas de trabalho, serviço alternativo de reinserção social e fonte de renda.

É óbvio que se trata de uma amostra circunscrita a seu contexto, o que envolve coesão de objetivos e valores semelhantes entre os profissionais do

serviço; supervisões freqüentes que visam a garantir que o modelo assistencial seja centrado nas demandas dos usuários do serviço; gestão colegiada e democrática; certa autonomia política por se tratar de uma instituição filantrópica; proximidade entre os serviços (exceto moradias extra-hospitalares), que estão localizados numa área de aproximadamente 543 mil m²; o contexto sócio-cultural da região onde o SSCF está estabelecido (Distrito de Sousas), onde existe um elevado padrão de qualidade de vida e a instituição parece ter conquistado uma imagem favorável na comunidade²⁰; e o financiamento adicional da Prefeitura Municipal de Campinas que representa quase 10% das receitas financeiras da instituição.

Além do caráter heterogêneo e amplo do serviço que reflete, até certo ponto, a oferta de serviços de saúde mental no país, há uma grande disponibilidade de dados no “Cândido” (balancetes, prontuários, PTI’s, carga e grade horária dos profissionais etc.), aos quais tivemos acesso com muita facilidade. Mas o mais importante na escolha deste serviço para o estudo proposto foi o fato que tanto os profissionais como os gerentes das unidades assistenciais ficaram interessados na pesquisa e se propuseram a trabalhar em conjunto²¹.

No segundo semestre de 1998, foi feito, junto com as equipes de profissionais do Cândido e colaboração de alunos do Curso de Aprimoramento em Planejamento em Saúde coordenados por professores do Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP, o primeiro levantamento sobre os custos de cada usuário inscrito no Hospital-Dia, NOT e Unidade de Reabilitação dos Moradores. Como a metodologia adotada baseou-se na captação de todas as atividades oferecidas aos pacientes para se chegar aos custos, estes dados também serviram para que as equipes discutissem e reformulassem alguns problemas detectados na organização do processo de trabalho e na oferta de

²⁰ O Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” foi construindo, ao longo dos últimos nove anos, uma boa imagem na comunidade, fruto das freqüentes exposições de trabalhos artísticos de alguns de seus usuários, reportagens nos meios de comunicação regionais e por ser objeto de estudo e intervenção de vários pesquisadores.

²¹ Em 1997, entramos em contato com o outro hospital psiquiátrico de Campinas (Hospital Tibiriçá), com a intenção de fazer um estudo comparativo de custo-efetividade entre os dois serviços, mas os administradores da época não se interessaram na pesquisa.

serviços em cada unidade assistencial. O levantamento dos custos individuais refletiu a assistência e serviu para ampliar a base de dados sobre os custos das moradias extra-hospitalares para as quais, na época, estava-se negociando a transferência de verbas municipais e discutindo-se um projeto federal de apoio à desospitalização.

Neste estudo, não foi possível calcular o custo de cada paciente inscrito na Unidade de Internação de Agudos, porque a rotatividade dos pacientes neste serviço, como já dito, é muito alta e a metodologia adotada não foi adequada a esta especificidade. Sendo assim, abandonamos a idéia de analisar as relações de custo-efetividade para os pacientes da Unidade de Internação.

Durante o ano de 1999, empenhamo-nos na captação dos resultados para amostras de pacientes (e seus respectivos familiares) inseridos no HD, NOT e Unidade de Reabilitação dos Moradores. Uma avaliação sobre a evolução dos pacientes no ano também foi feita com os profissionais referências. As informações que havíamos coletado nas entrevistas com os usuários e os familiares foram passadas para os profissionais referências que valorizaram as informações e utilizaram-nas para melhorar a atenção às demandas de cada caso.

Nas amostras escolhidas, constaram pacientes que precisaram ser internados na Unidade de Internação do SSCF ou em outros hospitais psiquiátricos. Como os acompanhamos, acabamos também analisando os resultados dos serviços hospitalares usados na contenção de crises; mas, quanto ao custo das internações, foram usados custos médios, calculados através dos balancetes da instituição.

Enfim, após todo o processo de discussão sobre a pesquisa e a metodologia a ser adotada, pudemos definir nosso objetivo como sendo o de relacionar dentro de cada unidade (HD, NOT e Moradores) os resultados para os pacientes, sob o ponto de vista deles próprios, dos familiares e dos profissionais referências e os seus custos para o SSCF, para outros serviços de saúde mental da cidade e para seus familiares. O objetivo foi, levando-se em conta perfis de usuários diferentes, descobrir quais são os problemas e as conquistas de serviços

como os analisados e quais tipos de pacientes se beneficiam mais com estes serviços considerando os seus custos. Será que os pacientes mais caros para o SSCF seriam os mais caros também para a sociedade como um todo?

3.4. A metodologia

Optamos por fazer uma análise de custo-efetividade para, primeiro, apurarmos o custo dos pacientes inseridos nos serviços ofertados pelo S. S. “Dr. Cândido Ferreira”, comparando com as informações internacionais sobre custos em saúde mental, o que até poderia nos ajudar a pensar formas de financiamento adequadas à realidade dos serviços alternativos.

Como em toda análise de custo de políticas sociais, é necessário também proceder a uma avaliação dos resultados do programa, nosso segundo objetivo, não menos importante, foi apurar os resultados dos serviços, medidos de forma quantitativa e qualitativa (por isso efetividade) para três atores envolvidos com os usuários da saúde mental: os próprios usuários, os profissionais do serviço e os familiares.

Quanto à metodologia da apuração de custos, calculamos os custos das atividades ofertadas no SSCF e buscamos dados sobre os custos em outros serviços públicos e privados de saúde mental da região de Campinas (não computamos custos de outros serviços públicos que não estivessem estreitamente relacionados à saúde mental, como, por exemplo, atenção básica de saúde). Nas entrevistas com os familiares dos usuários, pesquisamos também os gastos que estes têm com os pacientes, ou seja, os custos monetários das famílias com o doente.

Trata-se, portanto, de uma perspectiva abrangente de apuração de custos, mas que não poderíamos afirmar ser uma perspectiva totalmente social, pois, não levamos em conta o custo de outras políticas sociais, como previdência social, saúde básica e terciária, educação etc. Não consideramos também o valor de uso e de reposição do terreno e nem a depreciação do imóvel e dos equipamentos do

SSCF; não computamos o valor de impostos e contribuições patronais²² dos serviços analisados por tratarem-se, na sua maioria, de instituições públicas; e, nas entrevistas com os familiares, buscamos levantar os custos com a manutenção do paciente sem considerar os custos de mercado da habitação²³.

No entanto, para esta dissertação, mencionaremos custos sociais quando estivermos falando dos custos para o SSCF, outros serviços de atenção à saúde mental e familiares.

No início de 1999, foram feitas três amostras aleatórias dos usuários inscritos no NOT, no Hospital Dia e na Unidade de Reabilitação dos Moradores, os quais seriam acompanhados até o final do ano, independentemente de saírem ou não do SSCF.

O tamanho da amostra foi calculado a partir de um estudo piloto, realizado em outubro e novembro de 1998, sobre os custos de todos usuários inscritos no período nessas três unidades. Esse estudo serviu para testar a aplicabilidade da metodologia de *micro costing* no SSCF, ou seja, as atividades oferecidas foram valoradas a partir dos recursos humanos e materiais que eram utilizados.

Tendo em mãos os custos, de novembro de 98, de toda a população inscrita nas três unidades analisadas, pudemos calcular uma variância aproximada dos custos dos pacientes. A partir daí, usando a fórmula sugerida por DANIEL (1991)²⁴ para populações pequenas e escolhendo um valor de distância da média dos custos dos pacientes que não iríamos considerar como significativa ao final da pesquisa, chegamos ao tamanho da amostra para cada unidade a ser analisada.

²² Só computamos os encargos salariais. A única instituição privada conveniada ao SUS, para a qual conseguimos dados (Hospital Psiquiátrico Tiberiçá), também só paga encargos sobre a folha de pagamento. Caso estas instituições pagassem contribuição patronal de INSS, ISS e IR, isto acrescentaria cerca de 30% aos seus custos.

²³ Em grande parte dos casos, as famílias moravam em casas próprias.

²⁴
$$n = \frac{N z^2 \delta^2}{d^2 (N-1) + z^2 \delta^2},$$

em que n = tamanho da amostra, N = tamanho da população, z = 1,96 para erro de 5%, δ^2 = variância da população e d = distância da média a desconsiderar como significativa.

No **NOT**, supondo uma variância do custo diário dos pacientes igual a R\$ 18,00 e não considerando a diferença de R\$ 2,00 da média do custo diário como significativa, chegamos a uma amostra de **15 usuários**.

No **Hospital Dia**, considerando 3 dias por semana a frequência média dos usuários no serviço, a variância dos custos diretos dos pacientes da unidade em torno de R\$ 5.101,16 mensais e a distância da média do custo mensal a ser desconsiderada de R\$ 28,00 (14 dias por mês vezes R\$ 2,00 de diferença desconsiderada do custo diário), chegamos a uma amostra de **20 usuários**.

Já na **Unidade de Reabilitação dos Moradores**, supondo a variância do custo diário da população em torno de R\$ 18,28 e a distância da média de R\$ 2,00 / dia como diferença insignificativa ao final da pesquisa, chegamos a uma amostra de **23 usuários**.

Sabendo o tamanho da amostra, estratificamos a população inscrita em março de 99 em cada serviço. Para isso, utilizamos critérios diferentes, pois os cuidados e a clientela de cada unidade assistencial são diferentes. Estratificada a população, escolhemos aleatória e proporcionalmente a cada grupo, os usuários que foram acompanhados durante o ano de 1999 (Anexos). (DROESBEKE, J.J & FINE, J., 1997)

Focamos nosso estudo no SSCF, por ser onde a maior parte da amostra permaneceu sendo assistida no ano de 1999. A metodologia escolhida para a apuração dos custos dos serviços foi a de apurar os custos dos recursos utilizados pelos pacientes durante o ano. Isto é, foram levantadas as atividades ou intervenções oferecidas pelos profissionais aos pacientes e o tempo médio dispensado em cada uma delas. A partir dos custos com recursos humanos (salários mais encargos), que representam em torno de 75% dos custos de cada unidade assistencial, acrescentamos 25% referentes aos outros custos (medicamentos, materiais etc.) e chegamos aos custos das atividades por pacientes.

No entanto, como os pacientes freqüentam uma instituição e há os custos indiretos das unidades administrativas e de apoio (refeitório, transportes, higienização, lavanderia etc.), tivemos que ratear estes custos para as unidades

assistenciais. Para isso, como se verá em seguida, adaptamos o sistema de custeio do SSCF, o qual se baseia num rateio departamental por absorção dos custos das unidades administrativas e de apoio para as unidades assistenciais.

Os custos de outros serviços de saúde mental da rede pública de Campinas também foram apurados tendo em mãos o custo das horas de cada especialidade de profissionais e o quanto os pacientes selecionados demandaram estes serviços. Foram acrescentados 70% de custos com pessoal de apoio, medicamentos e custos administrativos da prefeitura, média a qual chegamos depois de analisarmos o SSCF, alguns dados do Centro Cultural FUMEC (que serve de escola para alguns pacientes), dos Caps e dos centros de saúde com equipes de saúde mental de Campinas

Quanto à efetividade, geralmente as pesquisas deste tipo buscam medir a melhoria na qualidade de vida ao usufruir determinado serviço, vista sob vários aspectos e sob a ótica de vários atores. É lógico que é impossível isolar na qualidade de vida só os efeitos decorrentes de um determinado tratamento. Entretanto, as pesquisas captam indicadores dos resultados mais relacionados aos objetivos dos serviços analisados. Na saúde mental, geralmente se medem os resultados na sintomatologia, atividades ocupacionais, bem-estar psicológico, comportamento, relações sociais, renda, atividades de vida diária, expectativa e satisfação com a vida (PITTA, 1999; BANDEIRA, 1998; WEISBROD, 1981).

Dessa forma, para aferir a efetividade dos tratamentos pelos quais os pacientes passaram durante o ano e outros aspectos do custo social deles (como as despesas das famílias com eles etc.), criamos questionários e formulários que foram preenchidos através de pesquisas nos prontuários dos pacientes, entrevistas com os profissionais responsáveis, com familiares e com os próprios usuários. Na verdade, esses questionários foram elaborados a partir de adaptações da bibliografia referente a métodos de aferição de efetividade de serviços e qualidade de vida para pacientes psiquiátricos e de uma adequação aos limites de tempo dos profissionais, de autonomia dos usuários e culturais dos familiares.

Através destes questionários, os quais possuíam perguntas abertas e direcionadas, buscamos pesquisar a evolução dos pacientes em termos de sintomas da doença mental e clínicos, comportamento, atividades de vida diária, relações interpessoais e convívio social, convívio familiar, desempenho no trabalho e renda, consumo e autonomia (Anexos). Tais questionários, como dito, não são validados por órgãos de saúde reconhecidos internacionalmente, mas isso não invalida que o objetivo de comparar, entre os pacientes das amostras, os resultados ou a efetividade para os usuários dos serviços analisados não tenha sido cumprido.

Com relação aos pacientes escolhidos que obtiveram alta, abandonaram o serviço ou foram encaminhados para outros serviços, entrevistamos os familiares e eles próprios, além de buscarmos dados na prefeitura sobre os custos de outros equipamentos de saúde mental para sabermos sobre sua evolução fora do SSCF e sobre os custos que estão representando em outros serviços ou para seus familiares. Dessa forma, procuramos uma visão ampla sobre a clientela da saúde mental na rede municipal de saúde e conhecer melhor as questões da desinstitucionalização psiquiátrica.

Seguindo os exemplos da matriz de custo-efetividade de COHEN & FRANCO (1998) e da matriz de custo-benefício de WEISBROD (1981), fizemos uma adaptação ao nosso estudo de caso e criamos a seguinte matriz de custo-efetividade:

Matriz de Custo –Efetividade:

Usuários	Perfil	Efetividade			Custos		
		SSCF	Família	Usuários	SSCF	Família	Outros serviços
1							
2							
3							
...							
N							

Para cada amostra de usuários de cada unidade assistencial do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” (SSCF), foi criada uma matriz de custo-efetividade nos moldes desta. No entanto, cada coluna desta matriz é outra matriz mais detalhada sobre os resultados ou os custos em vários aspectos e sob diferentes pontos de vista: dos profissionais do SSCF, da família dos usuários, dos próprios usuários e de outros serviços de saúde mental em Campinas. Passemos, então, a analisá-las.

3.5. Perfil dos usuários selecionados

3.5.1. Hospital-Dia

Na tabela 3.1, temos os dados coletados sobre o perfil da amostra de usuários do Hospital-Dia, inscritos em março de 1999 no serviço.

Percebemos que 65% da amostra são do sexo masculino e 35% do sexo feminino e a idade média é um pouco maior que 36 anos. Dos usuários da amostra, 75% são solteiros, 10% viúvos, 10% separados e 5% amasiados.

Quanto à escolaridade dos 20 pacientes, 5% freqüentam a APAE, 35% não completaram o 1º grau, 5% concluíram o 1º grau, 20% têm o 2º grau incompleto, 20% têm o 2º grau completo, 10% não terminaram o 3º grau e 5% concluíram o 3º Grau (um economista). Percebemos, assim, que mais de 50% da amostra receberam mais que a educação básica (1º grau).

Quanto ao diagnóstico 50% são psicóticos, 25% neuróticos, 10% alcoolistas, 5% drogadictos e 10% têm outros diagnósticos. O tempo médio de doença destes pacientes é de 19 anos.

Tabela 3.1.: Perfil da amostra de usuários do HD

Usuários	Sexo	Idade	Est. Civil	Escolaridade	Diagnóstico	Tempo de doença	Conv. c/ família	Data de inserção	Alta	Anos de HD	Intern. após HD	Intern. antes do HD	INSS	Emprego	Ocupações anteriores	Ocorrências c/ polícia ou comunidade
A.C.S.	M	47	solteiro	Primário	Esquiz. Herbifrênica	35	S	03/06/91	-	7,5	-	4 (+ de 12 anos)	N	N	serviços esp.	sim (prisão)
L.C.V.	M	36	solteiro	2o. Grau	Esquiz. Paranóide	19	S	25/11/91	-	7	3	7 (+ de 3 anos)	S (invalidez)	N	serviços esp.	sim (prisão)
N.O.S.	F	45	solteira	2o. Grau	Esquiz. Residual	28	S	03/01/94	-	6	-	+ de 8 (16 anos)	N	S (casa)	prof. Música, contr. de estoque	não
Z.B.	M	36	solteiro	2o. Grau incomp	Esquiz. Paranóide	21	S	17/02/95	-	5	-	2	N	N	serviços esp.	sim (prisão)
R.T.	M	45	solteiro	3o. Grau	Esquiz. Residual	24	S	09/04/96	-	4	4	5 (+ de 10 anos)	S (invalidez)	N	estagiário de economia	sim
L.S.	M	46	solteiro	2o. Grau incomp	Esquiz. Paranóide	22	S	03/04/96	-	4	-	+ de 3	S (invalidez)	N	técnico em computação	sim
A.A.S.	M	53	solteiro	1o. Grau	Esquiz. Paranóide	-	N	02/12/96	-	3	1	6 (+ de 6 anos)	N (p)	S (garçom)	garçom	não
M.B.L.S.A.	F	31	separada	2o. Grau incomp	Episódio Depressivo	24	S	30/11/98	05/07/99	0,5	1	1 noite	N	S (casa, artesanato)	corretora	sim (prisão)
C.M.S.A.	F	27	solteira	2o. Grau	Transtornos Neuróticos	18	N	07/04/97	-	3	2	1	S (aux. doença)	S (NOT, casa)	fast food	sim
F.E.S.M.	F	44	viúva	Primário	Depressão Psicótica	-	S	03/09/97	01/11/99	2	-	6	S (pensão)	S (casa)	doméstica	não
L.S.A.	F	50	solteira	Primário	Psicose não orgânica	23	S	18/02/98	20/07/99	1,5	1	10	N	N	serviços esp.	sim (prisão)
C.R.	M	24	solteiro	2o. Grau incomp	Esquiz. Paranóide	4	S	15/09/98	-	1	-	1	N	N	nunca trabalhou	sim (prisão)
J.S.N.L.	M	31	amasiado	1o. Grau incomp.	Sind. Dep. Alcool	3	S	08/09/98	30/03/99	0,5	1	3	N	N	marceneiro, aj. pedreiro	sim (prisão)
M.M.S.	M	28	separado	2o. Grau incomp	Sind. Psic. por Droga	4	S	09/10/98	-	1	-	-	N	N	concessionária, operário	sim
J.A.G.	M	18	solteiro	Primário	Transt. de personalidade	-	S	10/02/99	-	1	-	-	N	S (entregador)	serviços esp.	sim
E.N.	F	41	solteira	3o. Grau incomp.	Transt. Afetivo Bipolar	20	S	18/02/99	abr. / 99	0,25	-	12	S (pensão do pai)	N	cabeleireira, aux. escritório	sim (prisão)
A.R.M.	M	28	solteiro	2o. Grau	Esquiz. Paranóide	12	S	02/03/99	mai. / 99	0,25	-	-	N	S (loja do pai)	estágio em computação	não
A.A.M.	M	20	solteiro	APAE	Oligofrenia Moderada	20	S	02/03/99	-	1	-	3	N	S (NOT: higienização)	nunca trabalhou	sim
S.G.P.	M	45	viúvo	Primário	Sind. Dep. Alcool	30	N	05/04/99	-	1	2 (3,5 meses)	+ de 7	N (p)	S (NOT: marcenaria)	pintor, pedreiro, operário	não
I.O.	F	33	solteira	1o. Grau incomp.	Transt. Afetivo Bipolar	-	S	08/04/99	-	1	-	3	S (aux. doença)	S (NOT: higienização)	faxineira	sim

A tabela 3.1 mostra que 85% dos pacientes da amostra moram com os familiares e 5 usuários tiveram alta ²⁵ no ano de 1999. O tempo médio de permanência no Hospital-Dia, para esta amostra, é de 2 anos e meio, sendo que 15% estão há mais de 5 anos no serviço, 20% estão de 3 a 5 anos no HD, 10% freqüentam de 2 a 3 anos o serviço, 5% ficaram 1 ano e meio e a grande maioria (30%) estão no HD há 1 ano. 20% obtiveram alta ²⁶ em menos de 6 meses.

Entre os 11 pacientes da amostra que permaneciam (ou permaneceram) no serviço por menos de 2 anos, 4 já tinham sido internados após a inserção no HD. A média de internações antes do HD gira em torno de 4 a 5. Considerando os dados disponíveis de anos de internação, para os pacientes que estão há mais de 3 anos no Hospital-Dia, a média de anos de internações anteriores ao serviço é em torno de 11 anos (comparados com os 25 anos de média do tempo de doença desses mesmos usuários). Convém ainda salientar que 15% da amostra nunca foram internados e 10% se inseriram no serviço através de encaminhamento após 1ª internação.

Observamos que 65% dos usuários selecionados não são beneficiários do INSS e 35% recebem aposentadoria por invalidez, ou auxílio doença, ou pensão. Quanto ao emprego, 50% não trabalham, 25% trabalham em casa (afazeres domésticos) ou para a família, 20% trabalham no Núcleo de Oficinas e Trabalho do SSCF e 10% estão no mercado informal (e desprotegido, o que é um bom indicador no sentido terapêutico).

Analisando as ocupações anteriores desses pacientes, 15% já se ocuparam em atividades científicas ou técnicas, como estagiários de formação universitária e técnicos em computação; 10% já se ocuparam em atividades classificadas arbitrariamente como administrativas (corretagem e controle de estoque); 20% se ocuparam no que denominamos como serviços (cabeleireira, vendedor, garçom e *fast food*); 20% faziam trabalhos braçais (pintor, pedreiro, marceneiro, doméstica); 25% tiveram alguns serviços esporádicos e 10% nunca trabalharam.

²⁵ Incluídas as altas por transferência e abandono.

²⁶ Idem.

Um último dado que queremos salientar sobre o perfil dos usuários do Hospital-Dia, e que também servirá para cômputo da efetividade do serviço posteriormente, são as ocorrências com a comunidade, a polícia ou a justiça anteriores ao ingresso no serviço. Do total da amostra, 30% não haviam tido ocorrências, 35% já tiveram ocorrências leves e 35% já passaram pelo menos uma noite na delegacia, geralmente por incômodos à sociedade.

Enfim, trata-se de uma amostra extremamente heterogênea em termos de escolaridade, diagnóstico, tempo de permanência no serviço, história progressiva de internações, ocupações atuais e anteriores.

3.5.2. Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT)

Na tabela 3.2., mostramos algumas variáveis do perfil dos usuários do Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT). Constatamos que nesta amostra de pacientes, 53% são do sexo feminino e 47% do sexo masculino; a idade média é em torno dos 44 anos; 27% são casados, 40% solteiros e 33% separados (nota-se a maior proporção de casados e separados no NOT, em comparação com a amostra do Hospital-Dia, e a idade média destes usuários também é maior que a do HD).

Quanto ao grau de escolaridade, dos 15 usuários pesquisados, 60% têm o 1º grau incompleto, 13% concluíram o 1º grau, 20% cursaram o 2º ou 3º grau²⁷ e 7% são analfabetos. Comparando novamente com o HD, percebemos que o grau de escolaridade desta amostra é bem menor que o do Hospital-Dia, o que pode significar um menor nível de renda e, conseqüentemente, uma maior necessidade do serviço que oferece emprego remunerado.

Na variável diagnóstico o perfil do NOT também difere do HD: 27% são psicóticos (contra 50% no HD), 20% maniaco-depressivos, 27% alcoolistas (contra 10% no HD), 7% drogadictos e 20% possuem outros diagnósticos.

²⁷ A única que concluiu o ensino superior é economista também!

Tabela 3.2.: Perfil da amostra de usuários do NOT

Usuários	Sexo	Idade	Est. Civil	Escolaridade	Diagnóstico	Tempo de doença	Conv. c/ família	Data de inserção	Alta	Anos de NOT	Intern após NOT	Intern. antes do NOT	INSS	Oficina de Trabalho no NOT	Ocupações anteriores	Ocorrências c/ polícia ou comunidade
I.R.	F	45	casada	Primário incomp.	Sind. Dep. Álcool	29	S	24/04/92	-	8	6 ou mais	muitas	S	Culinária	doméstica	-
A.G.	M	53	solteiro	Primário	Sind. Dep. Álcool	39	S	30/11/92	-	7	6	5 (mais de 6 anos)	S	Vitrais	conferente de transporte	sim
M.J.M.G.	F	42	separada	1o. Grau incomp.	Esquizofrenia residual	-	S	11/03/93	-	7	1	12 (10 anos)	S	repcionista na FUMEC	balconista	sim
A.T.D.J.	M	34	solteiro	1o. Grau	Oligofrenia	34	S	05/11/93	-	6	0	0	S	Papel reciclado	repositor de estoque, padaria	-
M.A.A.O	F	58	casada	1o Grau	Psicose Maníaco Depressiva	38	S	13/04/94	-	6	0	mais de 13 vezes	N (p)	Culinária (cantina)	operária	sim
A.P.G.D.	F	55	casada	3o. Grau incomp.	Psicose Maníaco Depressiva	30	S	início de 95	-	5	0	24	N (p)	Gráfica	professora, doméstica, vendedora	-
M.A.A.M.	F	45	solteira	3o. Grau	Esquizofrenia Paranóide	15	S	22/11/94	-	5	0	0	S	Gráfica	auxiliar de escritório (Rec. Federal)	-
E.F.C.S	F	44	separada	Primário	Transt. Afetivo Bipolar	-	S	28/05/97	-	3	1	8	N	aux. de cozinha no SAN Agrícola	lavadeira, ajudante de cozinha	sim
J.S.	M	57	casado	Primário	Sind. Dep. Álcool	5	S	23/10/97	ago. / 99	1,5	0	1	N	Agrícola	mecânico, motorista	sim
C.R.A	F	30	solteira	analfabeta	Encefalite	30	S	16/02/98	jun. / 99	1,5	2	3	N	C. de Convivência (afastada)	serviços esporádicos	-
C.J.O	M	30	solteiro	1o. Grau incomp.	Sind. Dep. Álcool	15	S	12/03/98	-	2	2	1	N	Agrícola	aux. serviços gerais, patrulheiro	sim
A.C.S.	M	36	separado	2o. Grau	Sind. induzida por droga	-	S	23/03/98	-	2	0	1	N (p)	Vitrais	dedetizador, motorista	sim
A.R.L.	M	52	solteiro	Primário	Esquizofrenia	16	N	14/10/98	-	1	0	1 (13 anos)	S	Agrícola	almojarife, agiota, ator metalúrgico	sim
G.T.	M	49	separado	1o. Grau incomp.	Esquizofrenia Paranóide	21	S	25/11/98	-	1	1	3	S	Mosaico		sim
S.L.B.	F	28	separada	1o. Grau incomp.	Epilepsia	14	S	03/02/99	out. / 99	0,5	1	1	N (pensão informal)	Agrícola (foi afastada)	doméstica	sim

O tempo médio de doença destes usuários é de 24 anos, compatível com a maior idade média dos usuários desta unidade quando comparada com a idade média da amostra do Hospital-Dia (idade média = 44 e tempo de doença = 19 anos).

Dos pacientes selecionados, apenas 1 não mora com seus familiares.

O tempo médio em que estes usuários estão inseridos no NOT é de 4 anos (bem maior que o tempo médio de permanência no HD, sendo que as duas unidades foram fundadas na mesma época). 33% estão de 5 a 8 anos no NOT, 25% estão no de 3 a 5 anos no serviço, 40% estão ou ficaram no serviço de 1 a 2 anos e 7% ficaram apenas 6 meses no NOT. Esses dados refletem os objetivos diferentes do NOT e do HD, pois o primeiro busca a reabilitação para o trabalho, mas não consegue inserir²⁸ seus usuários no mercado formal ou informal de trabalho, fazendo com que os eles permaneçam no serviço por longos tempos e encontrem aí sua fonte de renda. Já o segundo tem a preocupação de evitar internações psiquiátricas, mas também de não "cronificar" os pacientes na unidade, dando altas ou transferindo-os para centros de saúde quando os usuários melhoram ou demandam.

A média de internações antes do NOT gira em torno de 5 a 6 internações para esta amostra de usuários, maior que a do HD até porque a idade média desta amostra é maior. 13% da amostra nunca foram internados e 33% tinham sido apenas 1 vez internados antes do NOT (estes, na sua maioria, vieram encaminhados após esta 1ª internação).

Se analisarmos as internações após a inserção no serviço, dos 8 pacientes que estavam há menos de três anos no NOT, 5 já tinham sido internados (índice maior que o do HD). Entre os usuários há mais de cinco anos no serviço, apenas os mais antigos tinham sido internados após a primeira inscrição no NOT, quase numa relação de uma internação por ano.

²⁸ Esta não inserção no mercado de trabalho pode ser explicada por vários fatores: o preconceito que há em torno de ex-pacientes psiquiátricos, a idade dos usuários e o contexto de desemprego atual.

Observamos que 47% dos usuários são beneficiários do INSS, 33% não são e 20% estão providenciando o benefício.

Quanto à distribuição nas oficinas oferecidas, atualmente a proporção da população total do NOT (130 usuários) é de 11,5% na Oficina Culinária, 11,5% na Oficina de Vitrais, 11,5% na Oficina Gráfica, 11,5% na Oficina de Papel Reciclado, 27% na Oficina Agrícola, 7% na Oficina de Mosaico, 11,5% na Oficina de Marcenaria e 7% prestam serviços ao SSCF ou à FUMEC (Fundação Municipal de Entidades Comunitárias) pelo contrato de parcerias da unidade. No entanto, em março de 1999, o número de inscritos no NOT era bem menor, pois as oficinas de marcenaria e de mosaico estavam começando a ser implantadas e constituíam uma única oficina. Dessa forma, como estratificamos nossa amostra pelo número de participantes nas oficinas em março de 1999, esta possui 13% dos pacientes que estavam inscritos na Culinária, 13% nos Vitrais, 13% na Gráfica, 7% na oficina de Papel Reciclado, 20% na Agrícola (sendo que metade foi afastada, o que é comum na oficina, por esta acolher maior número de alcoolistas), 7% na oficina de Mosaico (dos dois pacientes selecionados da oficina de marcenaria e mosaico, um ficou na oficina de mosaico e outra saiu do NOT, sendo acolhida no Centro de Convivência, outra unidade assistencial do Cândido) e 13% prestavam serviços terceirizados ao SSCF ou a FUMEC.

Observando as ocupações anteriores destes pacientes, 13% (os com grau de escolaridade superior) já se ocuparam em atividades técnicas ou científicas (auxiliar de escritório e professora); 40% já se ocuparam no que denominamos serviços: conferente de transporte, balconista, repositor de estoque, lavadeira, patrulheiro, almoxarife; 13% foram autônomos (mecânico, dedetizador), 13% operários, 13% domésticas e 7% faziam serviços esporádicos. Percebemos, também, que uma porcentagem maior desta amostra (comparada com a do HD) já havia trabalhado, ou no mercado formal ou no informal, antes da inserção no serviço.

Quanto às ocorrências com a comunidade, com a polícia ou a justiça anteriores à inserção no NOT, não conseguimos informações sobre a gravidade

delas, mas sabemos que 67% da amostra já causou algum tipo de incômodo à sociedade.

Concluindo, esta amostra de usuários do NOT é mais homogênea que a do HD em termos de idade e escolaridade. Há uma porcentagem maior de usuários que constituíram famílias e já trabalharam no mercado formal ou informal de trabalho. Outro dado importante é que apenas 27% são psicóticos (considerados os pacientes mais graves) e a grande maioria possui graus de comprometimento pouco severos, o que facilita a inserção no trabalho.

3.5.3. Unidade de Reabilitação dos Moradores

A Unidade de Reabilitação dos Moradores trata de pacientes com longas datas de vida institucional em hospitais de saúde mental e que são fruto da história do tratamento psiquiátrico no Brasil. Têm como primeira diferença em relação aos usuários dos outros serviços analisados (HD e NOT) a média de idade mais elevada, a perda do vínculo familiar e as poucas atividades, como trabalho e lazer, que realizam.

Separamos a amostra de usuários desta unidade entre Moradores Internos, Moradores Externos e Núcleo Clínico. Os primeiros ainda vivem nas dependências do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” . Já os segundos moram em casas espalhadas pela cidade de Campinas, que foram alugadas pela instituição para servir de moradias aos pacientes e, principalmente, servir de espaço para a reabilitação da vida em sociedade e das funções de vida cotidiana. O Núcleo Clínico, até meados de 1999, pertencia à unidade de reabilitação do moradores com o nome de Casa Branca. Trata de pacientes idosos e muito debilitados clinicamente.

Tabela 3.3.: Perfil da amostra de usuários da Unidade de Reabilitação dos Moradores

Usuários	Sector Moradores Internos	Sexo	Idade	Est. Civil	Docu-mentos	Escolari-idade	Diagnóstico	Contato c/ família	Data de inserção	Anos de SSCF	Internações anteriores	INSS	Trabalho	Ocupações anteriores
A.M.	Paraíso - Primavera	F	58	solteira	N	sabe ler	Esquizofrenia Paranóide	N	17/12/65	34	nd.	N	N	do lar, cortava lenha
M.M.C.	Paraíso - Primavera	F	47	solteira	S	1ª série	Esquizofrenia	N (relações rompidas)	16/07/73	26	7	S	N	prostituta, doméstica, costureira
I.M.F.	Primavera	F	58	solteira	S	2ª série	Esquizofrenia Paranóide	N	15/07/77	22	sim	S	N	doméstica
P.C.	Paraíso - Primavera - Paraíso	F	54	solteira	N	sabe ler	Esquizofrenia Paranóide	N (última visita em 82)	07/04/45	55	sim	N	N	nd.
A.L.R.	Primavera - Núcleo Clínico	M	66	solteiro	N	sabe ler e escrever	Sind. Dep. Álcool	N (sabe-se o endereço)	11/04/84	16	2 (20 anos)	N	N	plant. café, aj. de transp. em hosp. psiq.
J.P.R.M.F.	Paraíso	M	65	solteiro	S	1ª série	Esquizofrenia Residual	S (visitas do irmão 2 X mês)	03/02/94	6	3 (mais de 26 anos)	S (irmão pega e dá metade)	N	aj. de sapateiro e serviços hosp. psiq.
C.A	Paraíso	F	69	nd.	N (p)	nd.	Esquizofrenia Paranóide	N	07/02/94	6	2 (50 anos)	N (p)	N	nd.
J.B.O	Paraíso	M	52	nd.	N (p)	sabe escrever	Esquizofrenia Herbefrênica	N	09/02/94	6	3 (mais de 15 anos)	N	N	não
L.D.	Núcleo Clínico - Primavera	M	55	solteiro	S	2ª série	Esquizofrenia Residual	N (última visita da irmã 19/01/99)	10/02/94	6	3 (25 anos)	S	N	fáb. de sabão, sapato, padaria, jornaleiro
Moradores Externos														
C.A.S.D.	Vila Santana	M	56	solteiro	S	1º Colegial	Esquizofrenia Paranóide	S (visitas da mãe 2 X mês)	02/08/60	39	1 (2 meses)	S	S (faxineiro de loja)	fáb. de calçado, agric. do hosp. psiq.
M.D.D.	Santa Odila I - familiares	F	50	solteira	S	analfabeta	Def. Mental Moderada	S (vive na casa da tia)	22/03/69	30	não	S (a tia pega e dá a ela)	N (afastada do NOT)	não
A.B.G.	Imperial - Casa Verde	M	49	solteiro	S	1º Grau incomp.	Esquizofrenia Paranóide	S (visitas à casa da mãe)	27/12/72	27	3	S	N	serviços em hospitais psiquiátricos
M.A.O	Imperial (fundos)	F	54	separada	N (p)	analfabeta	Def. Mental Moderada	N	02/03/79	20	sim	N	N (trabalhou no NOT em abril)	catava papelão, cabeleireira (?)
L.F.	Primavera - Santa Odila II	F	66	separada	S	4ª série	Sind. Dep. Álcool	S (visita 1 X 40d. a irmã)	17/10/88	11	nd.	S	N	loja, do lar
A.J.S.	Imperial - Linha	M	73	solteiro	S	analfabeto	Transt. mental por lesão	N	30/11/88	11	4 (mais de 12 anos)	S	S (Of. Agrícola, NOT)	nd.
M.P.F.	Casa Verde - Jatibaia	M	60	desquitado	S	2º Grau + idiomas	Esquizofrenia Paranóide	N (sabe end., pac. n quer contato)	08/02/94	6	8 (mais de 20 anos)	S	N	escriturário e téc. de contabili// em bancos
C.F.T.	Imperial (fundos)	F	54	nd.	N	nd.	Esquizofrenia Residual	N	09/02/94	6	2 (mais de 15 anos)	N	N	lavadeira
B.P.A	Casa Verde - Jatibaia	M	48	solteiro	N	nd.	Esquizofrenia Residual	N	09/02/94	6	2 (mais de 16 anos)	N	S (Monitor do Espaço 8)	nd.
Núcleo Clínico														
A. S.	Núcleo Clínico	F	79	viúva	N	nd.	Esquizofrenia residual	N	nov. / 48	51	nd.	N	N	doméstica, aj. de cozinha no SSCF
U.G.	Núcleo Clínico	F	78	Separada	S	2ª série	Esquizofrenia residual	N	26/11/58	41	1	N	N	doméstica, aj. de cozinha no SSCF
A.M.	Núcleo Clínico	M	54	nd.	N	analfabeto	Esquizofrenia Paranóide	N	04/01/84	16	sim	N	N	colhedor de laranjas
A.C.	Núcleo Clínico	M	40	solteiro	S	analfabeto	Def. Mental Moderada	S (licenças e visitas)	06/12/84	15	15 anos	S (c/ mãe)	N	não
V.R.O	Núcleo Clínico	M	65	solteiro	S	5ª série	Polineuropatia Periférica	N	13/01/89	11	não	S	N	pedreiro, vigia

Na tabela 3.3, a primeira coluna mostra os setores ou casas onde os moradores estão alojados. Quando mencionamos mais de um setor ou casa, significa que o paciente no caso foi transferido do primeiro para o segundo, ou terceiro, no decorrer do ano de 1999.

A partir da análise da referida tabela, constatamos que 48% da amostra são do sexo feminino e os restantes 52% são do sexo masculino. A idade média dos usuários selecionados gira em torno de 59 anos, sendo que no Núcleo Clínico esta média sobe para 63 anos.

Para aqueles sobre os quais obtivemos informação quanto ao estado civil, a maioria (74%) é solteira. É interessante observar que 33% da amostra dos moradores externos chegaram a constituir um lar antes de irem para a instituição.

Um fato importante a se notar é que nem todos os pacientes desta unidade têm documentos e não sabemos se alguns dados de que dispomos para estes pacientes sem documentação são verdadeiros. Na amostra, 35% não possuem documentos, 10% estão providenciando e 55% têm seus documentos pessoais.

De modo geral, o grau de escolaridade para os usuários selecionados é muito baixo. Entre os moradores internos, o grau máximo é a 2ª série do 1º Grau. Já entre os moradores externos, 2 cursaram o 2º grau. Na amostra do Núcleo Clínico, nenhum tem o 1º grau completo. A taxa de analfabetos é alta (22% de todos os pacientes selecionados).

Quanto ao diagnóstico, a grande maioria (70%) é de psicóticos. Destes, metade está na amostra dos pacientes moradores internos. 9% são alcoolistas, 17% possuem diagnósticos de deficiência mental e um usuário (4%) não é paciente psiquiátrico (está internado por não ter família e estar paralítico).

São poucos os que possuem contato com seus familiares (26%); sabe-se o endereço dos familiares de 22% dos usuários da amostra, mas as relações entre eles e a família estão rompidas. A maior parte (52%) não sabe onde estão seus familiares. É entre os moradores externos que o número de usuários com contato familiar é maior (45%).

O tempo médio de internação na Unidade de Reabilitação dos Moradores é de 20 anos. Esta média é influenciada pela grande quantidade de pacientes que foi transferida para a unidade, em fevereiro de 1994, da Clínica de Repouso de Americana (cidade vizinha de Campinas), quando esta foi fechada. Analisando separadamente, o tempo médio de internação no SSCF entre os moradores internos é de 20 anos, entre os moradores externos, 17 anos, e, entre os pacientes do núcleo clínico, 27 anos.

Considerando o tempo total de vida institucional, isto é, somando as internações anteriores ao SSCF, para os pacientes com dados disponíveis, chegamos a uma média de 32 anos de internações em hospitais psiquiátricos, ou seja, 54% da média de idade destes pacientes. Se calcularmos o tempo de vida institucional separadamente para cada setor, temos 35 anos entre os moradores internos, 25 anos entre os moradores externos e 30 anos no núcleo clínico.

Através da tabela 3.10 observamos também que 48% dos usuários selecionados não são beneficiários do INSS e outros 52% são. Cabe lembrar que é uma política recente do SSCF mover ações para conseguir os documentos e o Benefício de Ação Contínua para os usuários moradores a fim de lhes ampliar sua autonomia e incentivar a reabilitação destes.

Percebemos que 100% das amostras dos moradores internos e do núcleo clínico não trabalham. Quanto às ocupações anteriores, notamos que, nos casos em que há informações, trata-se de serviços pouco qualificados. Entre os moradores externos, 33% trabalham ou no NOT ou no mercado informal desprotegido e, de modo geral, as ocupações anteriores destes usuários foram um pouco mais qualificadas que as dos moradores internos selecionados, dado coerente com o grau de escolaridade maior desta amostra.

Não mencionamos as ocorrências com a comunidade, polícia ou justiça, anteriores à inserção no serviço, porque as fontes foram escassas e pouco confiáveis.

Enfim, através desta análise da amostra de usuários da Unidade de Reabilitação dos Moradores, percebemos que aqueles que estão alojados nas unidades de tratamento alternativas, ou seja, nas moradias extra-hospitalares, são

os menos severos em termos de diagnósticos, escolaridade, contato com a família, anos de vida institucional e ocupações profissionais. Sendo assim, surge a pergunta:

Será possível realizar o projeto da unidade de desinstitucionalizar todos os pacientes moradores, exceto os alojados no Núcleo Clínico?

Observemos os custos que refletem os cuidados ofertados, e a evolução destes pacientes no ano de 1999.

3.6. Os custos

Como já exposto, buscamos calcular os custos dos pacientes (inscritos, no início de 1999, nos serviços alternativos do Cândido Ferreira) para o serviço, para outros serviços de saúde mental demandados por eles e para os seus familiares.

Para apurarmos os custos dos pacientes nas unidades do SSCF, precisamos nos utilizar da planilha de custos departamental da instituição, baseada no rateio por absorção dos custos das unidades de apoio e administrativas para as unidades assistenciais.

Primeiramente, adaptamos o custo departamental das unidades assistenciais do SSCF, adicionando os salários médios de outros profissionais da Prefeitura Municipal que prestam serviços na instituição, mas recebem diretamente pela prefeitura, e também corrigimos a alocação de alguns profissionais entre as unidades (por exemplo, na Unidade de Reabilitação dos Moradores, pesquisamos o quanto de horas os profissionais dispensam com os pacientes das moradias extra-hospitalares) (Tabela 3.4).

Já à primeira vista, percebemos que os custos das três unidades que prestam serviços alternativos de saúde mental (Hospital-Dia, NOT e Moradores Externos) possuem um custo médio mensal por paciente menor que o das unidades tradicionais (Internação, Moradores Internos e Núcleo Clínico). Entre as unidades tradicionais, as diferenças nos custos refletem os diferentes graus de intensidade de cuidados nas unidades: Internação _ assistência intensiva terapêutica e de enfermagem 24h, Núcleo Clínico _ assistência intensiva 24h quanto aos cuidados e necessidades básicas dos pacientes, Moradores Internos _ assistência intensiva 24h de pacientes relativamente mais autônomos que os do Núcleo Clínico e com menos atividades terapêuticas que na Internação.

Quanto ao custo das unidades alternativas, os Moradores Externos possuem um custo com recursos materiais bem maior que a média do das outras unidades, isto porque, para o funcionamento das moradias, paga-se aluguel e outras despesas de habitação. Se compararmos apenas o custo médio com recursos humanos das unidades, por paciente, chegaremos à seguinte ordem crescente de assistência aos pacientes: Moradores Externos (R\$ 135,10/mês), NOT (R\$ 178,60/mês) e Hospital-Dia (R\$ 243,40/mês). Isso reflete as diferenças entre as ofertas de serviços das unidades que possuem perfis diferentes de pacientes e mostra também que o processo de desinstitucionalização dos pacientes moradores ainda não desospitalizou os pacientes que demandariam um tratamento mais intensivo na comunidade. Os custos finais (após rateio) nestas unidades se invertem porque, proporcionalmente, os usuários do HD são em número menor e usam menos a instituição.

Enfim, através da adaptação da planilha de custo departamental do SSCF, concluímos que deveríamos adicionar aos custos diretos de cada paciente nas unidades assistenciais 38% no HD, 53% no NOT, 59% nos Moradores Externos, 47% no Moradores Internos e 44% no Núcleo Clínico, referentes aos custos indiretos da instituição. Convém mencionar que os custos com medicação, de acordo com o balancete do SSCF, representam 3% dos custos totais da instituição (menos que os 4,5% referentes às despesas com gêneros alimentícios), refletindo a política da menor medicação possível, gastos com remédios substitutos mais

baratos e subsidiados e também o caráter de assistência social do Cândido Ferreira²⁹. Estes custos estão inseridos na conta com recursos materiais de cada unidade assistencial e foram rateados de acordo com os custos com recursos humanos.

Analisemos, então, detalhadamente, os custos das amostras selecionadas não só para o SSCF, como também para outros serviços de saúde mental e para os familiares dos pacientes.

3.6.1. Hospital-Dia

Inicialmente, levantamos o Projeto Terapêutico Individual (PTI) de cada paciente selecionado, o que nos mostrou quais foram as atividades oferecidas para cada um durante o ano de 1999. Sabíamos qual era a frequência média por semana para estes pacientes e quanto tempo eles permaneceram no HD.

Calculamos os custos com recursos humanos de cada atividade oferecida para os pacientes (supondo uma taxa adicional de 25% referente às discussões de casos, preenchimento de prontuários, reuniões etc.). Adicionamos os custos de gerente, auxiliar administrativo, monitoras de TO, horas das médicas clínicas e dentista proporcionalmente à frequência de cada paciente no serviço, mais 19% de custos de materiais e outros gastos e 38% referentes ao rateio dos custos das unidades de apoio e administrativas do SSCF.

A tabela 3.5 mostra o custo anual de cada paciente selecionado no Hospital-Dia durante o ano de 1999. Nela, os custo mensais iguais a zero significam que os pacientes não estavam inseridos na unidade ou, senão, estavam internados ou participando integralmente de atividades no Centro de Convivência (considerada como unidade de apoio do Cândido, para a qual calculamos o custo específico no caso de alguns pacientes que a freqüentam integralmente).

²⁹ Proporção de medicamentos e gêneros alimentícios sobre os custos totais semelhantes para o Hospital Psiquiátrico Tibiricá.

Tabela 3.5.:

Custo do Hospital-Dia por usuário

1999

Usuário	PTI	Freq./sem.	jan/99	fev/99	mar/99	abr/99	mai/99	jun/99	jul/99	ago/99	set/99	out/99	nov/99	dez/99	Custo anual At./Pac.	
1	A.A.M.	mar.-dez.:Centro de Convivência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2	J.S.N.L.	gp. medicação (2h psiq./10)	1	102,78	102,78	102,78	-	-	-	-	-	-	-	-	308,33	
3	A.R.M.	Gp Med. (4h psiq./10), Gp Psic. (8h téc./10), Gp. TO* (4h téc./10)	2	-	-	398,85	251,46	-	-	-	-	-	-	-	650,32	
4	E.N.	Gp. Med (4h psiq./10), At. Ind.(2h téc.) e Ateliê Pintura (4h téc./10)	2	-	348,11	592,16	592,16	-	-	-	-	-	-	-	1.532,43	
5	Z.B.	psicoterapia (2h téc./10), gp.medicação (2h psiq./10), at. família* (2h téc./5)	0,5	173,41	173,41	173,41	173,41	173,41	173,41	173,41	173,41	173,41	173,41	173,41	2.080,90	
6	S.G.P.	abr.-mai: Gp. TO* e Psicodrama (12h téc./10), Gp Med.(4h psiq./10);jun-ago: idem + Internação; set-out: HD (idem abr.) + NOT (marcenaria); nov.-dez:Núcleo Clínico	5	-	-	-	554,96	554,96	-	-	947,09	947,09	-	-	3.004,12	
7	L.S.A.	jan.-jul.: gp. TO* (4h téc./10); Gp. Referência (4h téc./10), Gp. Medicação (4h psiq./10)	5	490,53	490,53	490,53	490,53	490,53	490,53	-	-	-	-	-	3.433,72	
8	J.A.G.	At. Ind. (2h téc.), psicoterapia ind. (estagiário)*	0,5	-	348,19	348,19	348,19	348,19	348,19	348,19	348,19	348,19	348,19	-	3.481,89	
9	M.B.L.S.A	jan.-mar.:Gp. Psicoterapia (12h téc./10), Gp. Med (4h psiq./10); abr.-jun.:Gp. Psic., Gp. Med, NOT (vital)	3,5	476,91	476,91	476,91	762,45	762,45	762,45	-	-	-	-	-	3.718,08	
10	A.C.S.	medicação (monitoras), 0,25h/mês:psiq	5	323,61	323,61	323,61	323,61	323,61	323,61	323,61	323,61	323,61	323,61	323,61	3.883,31	
11	I.O.	abr.-jul.: Gp. Medicação (4h psiq./10), gp. TO e culinária* (12h téc./10); ago-dez: Gp. Medicação (4h psiq./10), gp. TO* (4h téc./10) + Higienização	5	-	-	-	554,96	554,96	554,96	554,96	426,10	426,10	426,10	426,10	4.350,34	
12	L.S.	jan-jul: Gp. Med. (4h psiq./10) e at. ind. (1h psiq.); ago:Gp. Med; set-dez: Gp. Acolhimento (6h téc.+ 6h.psiq./20) e Gp. Med.	1,5	433,22	433,22	433,22	433,22	433,22	433,22	433,22	179,53	303,97	303,97	303,97	4.427,97	
13	M.M.S.	Gp. medicação (4h psiq./10), arteterapia e psic. (8h téc./10); mai.-jun.:idem + NOT (marcenaria)	2	334,42	334,42	334,42	334,42	619,96	619,96	334,42	334,42	334,42	334,42	334,42	4.584,11	
14	L.C.V.	abr: visita dom. (2h: 2 técnicos); mai-jul: at. família e telefonemas (2h: téc.); ago-set:visita med.(2h:psiq.);out-nov: visitas dom. e at. família (2h: téc.); dez: AT (8h:téc.)	0,5	-	-	-	670,36	348,19	348,19	348,19	533,40	533,40	348,19	348,19	1.314,70	
15	N.O.S.	Ateliê culinária* (6h téc./10); Gp. Medicação (3h psiq./10); Gp. Feminino (2h téc./10); Gp. Jornal* (4h téc./10)	3	425,52	425,52	425,52	425,52	425,52	425,52	425,52	425,52	425,52	425,52	425,52	5.106,26	
16	C.R.	Gp. TO* (4h téc./10), gp. Medicação (4h psiq./10), conversas c/ psic.(1h téc.); 5a.: AT (8h tercerizado)*.	2	431,07	431,07	431,07	431,07	431,07	431,07	431,07	431,07	431,07	431,07	431,07	5.172,84	
17	R.T.	gp.medicação (4h psiq./10), consersas individuais (1h psiq.)	5	615,35	615,35	615,35	615,35	615,35	615,35	615,35	615,35	615,35	615,35	615,35	7.384,25	
18	A.A.S.	jan.-ago:psicoterapia (8h téc./10), Gp. Med. (4h psiq./10), Gp. Jornal* (8h téc./10); set.-dez.: idem + Gp. Acolhimento (6h téc.+ 6h.psiq./20)	5	619,40	619,40	619,40	619,40	619,40	619,40	619,40	743,83	743,83	743,83	743,83	7.930,52	
19	F.E.S.M.	jan.-ago.: cozinha terap.*(12h téc./10); gp. Feminino (4h téc./10); 5a: gp. Medicação (4h psiq./10); set.-dez.: idem + Gp Acolhimento (6h téc.+ 6h.psiq./20)	5	619,40	619,40	619,40	619,40	619,40	619,40	619,40	743,83	743,83	743,83	743,83	7.930,52	
20	C.M.S.A.	jan.-abr.: psicoterapia ind. (4h téc.), 0,25h/mês:psiq, Gp. TO* (8h téc./10), Fumec; mal.-ago: idem+ NOT (vital); ago.- dez: psic. ind. (2h téc.), 0,25h/mês:psiq, Gp. TO* (8h téc./10), Fumec; nov.: 15 d. leito noite	3	710,75	710,75	710,75	710,75	996,29	996,29	996,29	996,29	791,62	791,62	1.298,67	791,62	10.501,67
Média			3													
Custo																
mensal**															4.213,72	
															464,12	

* Custo de estagiários não contabilizado

** Média de meses frequentados = 9

Na tabela 3.5 organizamos de forma crescente os custos anuais dos pacientes e percebemos que, até o usuário 9, a combinação entre poucos meses inseridos no HD e a baixa frequência semanal é responsável pelo baixo custo anual dos pacientes. Os pacientes 10 e 11 freqüentaram diariamente o HD e permaneceram mais de 9 meses no serviço durante o ano. Entretanto, o custo de suas atividades foi baixo porque, no primeiro caso, o paciente não participou de nenhuma atividade e, no segundo, o paciente entrou no NOT no 2° semestre, mas continuou inscrito no HD.

Os pacientes de 12 a 16 freqüentaram o HD até 3 dias/sem., permaneceram no serviço praticamente durante todo o ano, mas participaram de vários grupos ou tiveram atendimentos individuais que encareceram os seus custos para o serviço, sendo considerados os pacientes que representaram a média do custo da unidade. Os usuários 17 a 19 foram aqueles que utilizaram intensamente o serviço durante o ano todo e diariamente. Já o paciente 20 representa o maior custo anual, pois além de outras atividades teve vários atendimentos individuais e começou a trabalhar no NOT (mas se manteve inscrito na unidade).

A tabela 3.6 mostra o custo anual de cada paciente em outros serviços de saúde mental da região de Campinas. Foram computados os custos no Centro de Convivência, na Unidade de Internação e no Núcleo Clínico do SSCF, os custos com internações em outros hospitais privados conveniados ao SUS e os custos das horas profissionais de tratamentos psiquiátricos em outros serviços de saúde mental da rede pública de Campinas (Caps e Centros de Saúde com equipe de saúde mental).

Percebemos que, coincidentemente, os pacientes mais baratos para o HD representaram os maiores custos para outros serviços de atenção à saúde mental, sendo que os representantes dos maiores custos na tabela 3.6 (usuários 6 e 7) passaram 5 meses internados. O usuário 6, por falta de moradia, permaneceu internado no SSCF (Unidade de Internação e Núcleo Clínico), mas continuou freqüentando as atividades no HD. Já o usuário 7 foi internado num hospital privado conveniado ao SUS na região de Campinas.

Tabela 3.6:

Custo de outros serviços de saúde mental demandados pelos usuários do Hospital-Dia

1999

Usuário	Outros serviços públicos relacionados à saúde mental utilizados	Custo aproximado das Atividades (Prefeitura Municipal de Campinas) ¹ , Custo Internação no SSCF e hospitais privados												Custo anual Serviço/Pac.
		jan/99	fev/99	mar/99	abr/99	mai/99	jun/99	jul/99	ago/99	set/99	out/99	nov/99	dez/99	
1 A.A.M.	Acomp. Psiq. CS; CEI (4h/sem)*; mar.-dez.:Centro de Convivência	36,79	36,79	564,38	564,38	564,38	564,38	564,38	564,38	564,38	564,38	564,38	564,38	5.680,56
2 J.S.N.L.														-
3 A.R.M.														-
4 E.N.	jan.-fev.: internação no SSCF; mai.-dez.: acomp. psiq. CS	1.904,40	952,20			42,02	42,02	42,02	42,02	42,02	42,02	42,02	42,02	3.192,78
5 Z.B.														-
6 S.G.P.	jun-ago: internação no SSCF; nov.-dez.:Núcleo Clínico do SSCF						2.023,67	2.023,67	2.023,67			1.509,79	1.509,79	9.090,58
7 L.S.A.	ago.-dez.: internação em hospital privado (2)							1.590,00	1.590,00	1.590,00	1.590,00	1.590,00	1.590,00	7.950,00
8 J.A.G.														-
9 M.B.L.S.A.	jul.-ago.: acomp. Psiq. CS; set.-dez.: terapia CS							34,81	34,81	38,28	38,28	38,28	38,28	222,76
10 A.C.S.														-
11 I.O.	Jan.-jul.: acomp. Psiq. (1Xmês) e terapia em dupla (1h/sem) no CS, ago.-dez.: terapia em dupla no CS	133,71	133,71	133,71	133,71	133,71	133,71	133,71	91,11	91,11	91,11	91,11	91,11	1.391,47
12 L.S.														-
13 M.M.S.														-
14 L.C.V.														-
15 N.O.S.														-
16 C.R.														-
17 R.T.														-
18 A.A.S.														-
19 F.E.S.M.														-
20 C.M.S.A.	Escola da FUMEC (revisão da 4a. Série): 2,5h/dia, sala c/ 12 alunos	68,98	68,98	68,98	68,98	68,98	68,98	68,98	68,98	68,98	68,98	68,98	68,98	827,75
Média													1.417,80	

1 Supomos, a partir dos dados completos do SSCF e da FUMEC, que o custo da hora assistencial representa cerca de 30% do custo total da atividade para a prefeitura.

Os dados de custos com recursos humanos foram fornecidos pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas

2 Média baseada em dados de um hospital privado em Campinas

Na tabela 3.7, fizemos uma aproximação dos custos que os familiares dos pacientes mencionaram ter com eles durante o ano de 1999. Organizamos a tabela de forma decrescente e notamos que metade dos pacientes representam um custo médio para seus familiares entre R\$ 1.000 e R\$ 2.000 por ano (famílias de renda baixa e média, as quais são, geralmente, as demandantes de serviços públicos de saúde). É interessante perceber que, de forma geral, os pacientes que representaram maiores custos nos serviços de saúde mental foram os que menos gastos deram aos seus familiares. Um dado que não foi considerado e que poderá ser visualizado quando tratarmos dos resultados para os pacientes é o de suas rendas, inclusive os benefícios previdenciários que recebem.

Os quatro primeiros pacientes que representaram os maiores custos para seus familiares pertencem a famílias de classe alta e média alta e os familiares mencionaram o pagamento de mensalidades de seguros de saúde privados. Os sete últimos pacientes, exceto E.N., que representam os custos menores a seus familiares, vivem em condições extremas de pobreza, sendo que os últimos dois já haviam recebido Renda Mínima em anos anteriores.

É importante observar que os pacientes L.S.A. e S.G.P., ao serem internados, representaram uma grande queda de seus custos para seus familiares.

Tabela 3.7.:

Custo anual para os familiares dos usuários inseridos no Hospital-Dia

1999

Usuários	Gastos c/ ele	jan/99	fev/99	mar/99	abr/99	mai/99	jun/99	jul/99	ago/99	set/99	out/99	nov/99	dez/99	Custo anual
A.R.M.	R\$ 128: UNIMED, out.-dez.: R\$ 250: remédio imp., R\$ 19: UNIODONTO + manutenção (R\$ 160)	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	550,00	550,00	550,00	4.350,00
L.S.A.	jan.-jul.: 210,00 remédio, UNIMED (R\$ 120) + R\$ 60: salgado, refr. doce, cigarro; ago. - dez.: idem - remédio e manutenção + 30,00 viagem visita	450,00	450,00	450,00	450,00	450,00	450,00	450,00	210,00	210,00	210,00	210,00	210,00	4.200,00
Z.B.	manutenção + UNIMED (R\$ 100) + trat. dentário (6X R\$135)	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	385,00	385,00	385,00	385,00	385,00	385,00	3.810,00
R.T.	R\$ 130: cigarro, coca, café, salgado + manutenção	280,00	280,00	280,00	280,00	280,00	280,00	280,00	280,00	280,00	280,00	280,00	280,00	3.360,00
M.B.L.S.A.	Manutenção dela e dos 2 filhos.	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	150,00	150,00	300,00	300,00	300,00	300,00	3.300,00
L.C.V.	R\$ 50: bar + manutenção (pouco)	246,00	246,00	246,00	246,00	246,00	246,00	246,00	246,00	246,00	246,00	246,00	246,00	2.952,00
J.A.G.	Manutenção + R\$ 500: moto	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	650,00	25,00	25,00	25,00	1.925,00
N.O.S.	manutenção + óculos, dentadura (parcelas de R\$ 30) + cigarro (R\$20?)	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	1.800,00
C.R.	Manutenção	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	1.800,00
A.A.M.	Manutenção + R\$ 50: roupas, tênis + R\$ 10: coisinhas	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	1.800,00
L.S.	R\$ 12: salgado, coca + manutenção	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	1.800,00
A.C.S.	R\$ 30: cigarro + manutenção (R\$ 130,00/mês)	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	1.560,00
J.S.N.L.	R\$ 60: pinga e cigarro + manutenção	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	1.440,00
S.G.P.	jan.-mai.: 3 cestas básica (R\$ 45) + R\$ 130 p/ dona da casa + roupa + R\$ 20: doce; jun.-dez.: R\$ 10: doce, cigarro + R\$ 10: ônibus p/ visitá-lo + R\$20: passoquinha	195,00	195,00	195,00	195,00	195,00	40,00	40,00	40,00	60,00	30,00	40,00	40,00	1.265,00
M.M.S.	Manutenção + R\$ 20: coisinhas, cigarro	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	80,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	1.180,00
A.A.S.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C.M.S.A.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E.N.	Roupas, higiene pessoal, coisinhas: maquiagem, salgados	(50,00)	(50,00)	(50,00)	(50,00)	(50,00)	(50,00)	(50,00)	(50,00)	(50,00)	(50,00)	(50,00)	(50,00)	(600,00)
F.E.S.M.	-	(116,00)	(116,00)	(116,00)	(116,00)	(116,00)	(116,00)	(116,00)	(116,00)	(116,00)	(116,00)	(116,00)	(116,00)	(1.392,00)
I.O.	-	(135,00)	(135,00)	(135,00)	(135,00)	(135,00)	(135,00)	(297,00)	(297,00)	(297,00)	(297,00)	(297,00)	(297,00)	(2.592,00)
Média														1.597,90

Resumindo, a tabela 3.8. soma todos os custos para os serviços e os familiares dos pacientes.

A média do custo social destes pacientes foi de R\$ 7.222, sendo que os dois mais caros passaram grande parte do período internados e os mais baratos, de modo geral, utilizaram pouco o Hospital-Dia em 1999.

Comparemos na tabela 3.9 este custo “social” com a renda anual de cada paciente, inclusive benefícios previdenciários, o que pode ser considerado como um custo negativo do paciente. A análise completa de custo-efetividade será feita no próximo item.

Tabela 3.8.:

Custo total dos pacientes inseridos inicialmente no Hospital-Dia

1999

Usuário	jan/99	fev/99	mar/99	abr/99	mai/99	jun/99	jul/99	ago/99	set/99	out/99	nov/99	dez/99	Custo anual
J.S.N.L.	222,78	222,78	222,78	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	1.748,33
I.O.	(1,29)	(1,29)	(1,29)	553,67	553,67	553,67	391,67	220,20	220,20	220,20	220,20	220,20	3.149,82
E.N.	1.854,40	1.250,31	542,16	542,16	(7,98)	(7,98)	(7,98)	(7,98)	(7,98)	(7,98)	(7,98)	(7,98)	4.125,21
A.R.M.	300,00	300,00	698,85	551,46	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	550,00	550,00	550,00	5.000,32
J.A.G.	150,00	498,19	498,19	498,19	498,19	498,19	498,19	498,19	998,19	373,19	373,19	25,00	5.406,89
A.C.S.	453,61	453,61	453,61	453,61	453,61	453,61	453,61	453,61	453,61	453,61	453,61	453,61	5.443,31
M.M.S.	434,42	434,42	434,42	434,42	719,96	719,96	414,42	434,42	434,42	434,42	434,42	434,42	5.764,11
Z.B.	423,41	423,41	423,41	423,41	423,41	423,41	558,41	558,41	558,41	558,41	558,41	558,41	5.890,90
L.S.	583,22	583,22	583,22	583,22	583,22	583,22	583,22	329,53	453,97	453,97	453,97	453,97	6.227,97
F.E.S.M.	503,40	503,40	503,40	503,40	503,40	503,40	503,40	503,40	627,83	627,83	627,83	627,83	6.538,52
N.O.S.	575,52	575,52	575,52	575,52	575,52	575,52	575,52	575,52	575,52	575,52	575,52	575,52	6.906,26
C.R.	581,07	581,07	581,07	581,07	581,07	581,07	581,07	581,07	581,07	581,07	581,07	581,07	6.972,84
M.B.L.S.A.	776,91	776,91	776,91	1.062,45	1.062,45	1.062,45	184,81	184,81	338,28	338,28	338,28	338,28	7.240,84
A.A.M.	186,79	186,79	714,38	714,38	714,38	714,38	714,38	714,38	714,38	714,38	714,38	714,38	7.330,56
L.C.V.	246,00	246,00	246,00	916,36	594,19	594,19	594,19	779,40	779,40	594,19	594,19	1.560,70	7.744,81
A.A.S.	619,40	619,40	619,40	619,40	619,40	619,40	619,40	619,40	743,83	743,83	743,83	743,83	7.930,52
R.T.	895,35	895,35	895,35	895,35	895,35	895,35	895,35	895,35	895,35	895,35	895,35	895,35	10.744,25
C.M.S.A.	779,73	779,73	779,73	779,73	1.065,27	1.065,27	1.065,27	1.065,27	860,60	860,60	1.367,65	860,60	11.329,42
S.G.P.	195,00	195,00	195,00	749,96	749,96	2.063,67	2.063,67	2.063,67	1.007,09	977,09	1.549,79	1.549,79	13.359,69
L.S.A.	940,53	940,53	940,53	940,53	940,53	940,53	940,53	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	15.583,72
Média													7.221,91

Tabela 3.9.: Resultado monetário (custos – renda) para pacientes inseridos inicialmente no HD

Usuário	Custo anual	Renda anual	Resultado
I.O.	3.149,82	2.783,58	366,24
E.N.	4.125,21	3.000,00	1.125,21
J.S.N.L.	1.748,33	-	1.748,33
A.A.S.	7.930,52	3.840,00	4.090,52
L.S.	6.227,97	1.632,00	4.595,97
F.E.S.M.	6.538,52	1.632,00	4.906,52
A.R.M.	5.000,32	-	5.000,32
J.A.G.	5.406,89	375,00	5.031,89
A.C.S.	5.443,31	-	5.443,31
M.M.S.	5.764,11	250,00	5.514,11
Z.B.	5.890,90	-	5.890,90
L.C.V.	7.744,81	1.632,00	6.112,81
M.B.L.S.A.	7.240,84	715,00	6.525,84
N.O.S.	6.906,26	-	6.906,26
C.R.	6.972,84	-	6.972,84
A.A.M.	7.330,56	-	7.330,56
C.M.S.A.	11.329,42	3.964,00	7.365,42
R.T.	10.744,25	1.632,00	9.112,25
S.G.P.	13.359,69	-	13.359,69
L.S.A.	15.583,72	-	15.583,72
Média	7.221,91	1.072,78	6.149,13

3.6.2. Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT)

Também no NOT calculamos o custo de cada oficina de trabalho a partir do custo com recursos humanos alocados em cada uma delas mais custos do gerente, auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem, horas dos médicos psiquiatras e clínico e dentista. Adicionamos 25% referentes aos custos com materiais e outras despesas e 53% referentes ao rateio dos custos das unidades de apoio e administrativas da instituição (o que encareceu muito o serviço)³⁰.

Como no NOT, a rotina dos usuários inscritos em cada oficina não muda muito e estes costumam permanecer durante um longo prazo no serviço (média de 11 meses de permanência no serviço para a amostra durante o ano), não demandando muitos outros serviços de saúde mental. Condensamos em uma tabela só os custos dos pacientes selecionados para os serviços de saúde mental (tabela 3.10).

³⁰ Não podemos nos esquecer da função de assistência social do serviço, ex.: alimentação diária.

Tabela 3.10.:

Custo do NOT e outros serviços de saúde mental para os usuários inicialmente inscritos no NOT em 1999

Usuário	PTI	jan/99	fev/99	mar/99	abr/99	mai/99	jun/99	jul/99	ago/99	set/99	out/99	nov/99	dez/99	TOTAL
1	M.A.A.M.	Loja do NOT, acomp. Psiq. CS												
2	E.F.C.S	Trabalho no SAN; dez.: internação e Espaço 8												
3	M.J.M.G.	Trabalho na FUMEC												
4	J.S.	jan.-jun.: Oficina Agrícola, accomp. Psiq. CS												
5	A.P.G.D.	Oficina Gráfica												
6	A.T.D.J.	Oficina de Papel												
7	A.G.	Oficina de Vitral												
8	S.L.B.	fev.-set.:Oficina Agrícola												
9	C.J.O	Of. Agrícola e Gp. Dependentes, dez: Internação (15d)												
10	A.R.L.	Oficina Agrícola												
11	M.A.A.O	Venda na Cantina, acomp. Psiq. CS												
12	C.R.A	3 meses:mosaico; depois:Centro de Convivência, accomp. Psiq. CS, nov.: internada em hosp. privado (15d.)												
13	A.C.S.	Oficina de Vitral + 1 ° sem: psicoterapia ind. (4h téc.); 2 ° sem: FUMEC orientação prof.* (4h estagiária)												
14	I.R.	Venda na Cantina + Gp. Dieta (8h téc./10)												
15	G.T.	Oficina de Mosaico + HD:psicoterapia ind. (4h estagiário)*, gp. TO* (8h téc./10) + CC.: Ginástica (4h téc/10), Gp. Leitura (0,5/sem:Débora)*; jun: Internação (15d)												
Média														7.581,86

Notamos, através da tabela 3.10, que o custo médio com serviços de saúde mental desta amostra é um pouco maior que os custos com estes serviços para a amostra do HD (R\$ 7.582 anuais para a amostra do NOT e R\$ 5.632 para a amostra do HD). Os três pacientes mais baratos são os mais autônomos e prestam serviços em outras unidades do SSCF, não necessitando de muita assistência. Já os quatro pacientes mais caros demandam muitas atividades na instituição.

Sintetizamos toda a análise de custos para esta amostra de usuários do NOT na tabela 3.11. Na terceira coluna desta tabela mostramos os custos anuais para os familiares do pacientes, o que, em média, é bem menor que os custos para os familiares dos usuários do Hospital-Dia. Aqui já percebemos um sinal da efetividade do serviço, pois há uma diminuição dos gastos dos familiares com os pacientes e um aumento da renda destes. O resultado final é um custo social menor no NOT, se comparado com o resultado final do HD, e dois pacientes tiveram benefícios líquidos com o serviço no ano de 1999.

Tabela 3.11.:

Resultados monetários (custos - renda) para pacientes inseridos inicialmente no NOT em 1999

	Usuário	Custo p/ serviços	Custos p/ família	Custos Totais	Renda	Resultado
3	M.J.M.G.	4.955,57	(3.600,00)	1.355,57	(4.949,40)	(3.593,83)
1	M.A.A.M.	4.135,97	(600,00)	3.535,97	(3.964,80)	(428,83)
2	E.F.C.S	6.516,53	(840,00)	5.676,53	(2.926,75)	2.749,78
7	A.G.	5.383,89	(720,00)	4.663,89	(2.874,00)	1.789,89
8	S.L.B.	5.967,05	(240,00)	5.727,05	(2.699,40)	3.027,65
14	I.R.	10.331,56	(2.400,00)	7.931,56	(3.240,00)	4.691,56
11	M.A.A.O	9.006,19	(1.440,00)	7.566,19	(1.742,04)	5.824,15
10	A.R.L.	8.950,58	-	8.950,58	(3.095,40)	5.855,18
9	C.J.O	9.529,84	(600,00)	8.929,84	(1.800,00)	7.129,84
4	J.S.	5.272,33	1.800,00	7.072,33	(679,32)	6.393,01
5	A.P.G.D.	5.315,54	2.400,00	7.715,54	(901,68)	6.813,86
6	A.T.D.J.	5.315,54	5.100,00	10.415,54	(3.397,20)	7.018,34
13	A.C.S.	10.230,56	600,00	10.830,56	(1.342,32)	9.488,24
12	C.R.A	9.103,75	3.600,00	12.703,75	(23,49)	12.680,26
15	G.T.	13.713,06	2.400,00	16.113,06	(1.848,00)	14.265,06
	Média	7.581,86	364,00	7.945,86	(2.365,59)	5.580,28

3.6.3. Unidade de Reabilitação dos Moradores

Nessa unidade não foi possível levantar as atividades oferecidas aos pacientes porque, primeiro, são atividades não organizadas em grades horárias e nem fixas. Segundo, a maioria dos pacientes não participa de atividades grupais. Terceiro, são ofertadas atividades de reeducação das funções de vida diária e comunitária de forma ainda não estruturada.

Sendo assim, os custos foram calculados tendo em vista os custos médios departamentais calculados pelo sistema de custeio por absorção. Apenas para alguns pacientes que mudaram de setor ou demandaram atividades fora do SSCF, os custos médios da unidade foram modificados (tabela 3.12). Portanto, as considerações anteriores sobre o grau de assistência em cada unidade e o perfil destes pacientes foram mantidas. Ou seja, os custos dos usuários do Núcleo Clínico são os maiores da Unidade de Reabilitação dos Moradores porque estes pacientes requerem uma atenção intensiva 24h quanto aos cuidados e necessidades básicas. Já os moradores internos, representam um custo um pouco menor porque também requerem atenção intensiva mas numa proporção menor que a assistência aos usuários do Núcleo Clínico. Finalmente, os moradores externos possuem os menores custos da unidade porque são os pacientes mais autônomos e que demandam relativamente menos assistência dos profissionais.

Também não foi possível entrevistar os familiares destes pacientes pois apenas dois pacientes convivem com seus familiares rotineiramente.

Usuários	Setor	Outras atividades	Custos Mensais												Custo Anual	
			jan/99	fev/99	mar/99	abr/99	mai/99	jun/99	jul/99	ago/99	set/99	out/99	nov/99	dez/99		
Moradores Internos																
A.M.	Paraíso - Primavera	N	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	14.294,62
M.M.C.	Paraíso - Primavera	N	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	14.294,62
I.M.F.	Primavera	N	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	14.294,62
P.C.	Paraíso - Primavera - Paraíso	FUMEC e CIAD*	1.260,20	1.260,20	1.260,20	1.260,20	1.260,20	1.260,20	1.260,20	1.260,20	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	14.777,47
A.L.R.	Primavera - Núcleo Clínico	N	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	14.294,62
J.P.R.M.F.	Paraíso	N	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	14.294,62
C.A.	Paraíso	N	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	14.294,62
J.B.O.	Paraíso	N	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	14.294,62
L.D.	Núcleo Clínico - Primavera	N	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	15.250,32
Média															14.454,46	
Moradores Externos																
M.D.D.	Santa Odila I - familiares	1º sem: Espaço 8 e FUMEC; set.: idem + NOT (mosaico); out.- nov.: alta; dez: 3d/sem moradora interna	937,23	937,23	937,23	937,23	937,23	937,23	937,23	937,23	937,23	1.113,70	-	-	680,70	9.292,24
C.A.S.D.	Vila Santana	N	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	9.359,02
A.B.G.	Imperial - Casa Verde	N	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	9.359,02
M.P.F.	Casa Verde - Jatibaia	N	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	9.359,02
B.P.A.	Casa Verde - Jatibaia	N	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	9.359,02
M.A.O.	Imperial (fundos)	FUMEC	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	10.186,77
A.J.S.	Imperial - Linha	FUMEC	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	10.186,77
C.F.T.	Imperial (fundos)	FUMEC	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	848,90	10.186,77
L.F.	Primavera - Santa Odila II	N	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	1.191,22	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	779,92	11.415,52
Média															9.856,02	
Núcleo Clínico																
A. S.	Núcleo Clínico	N	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	18.117,45
U.G.	Núcleo Clínico	FUMEC	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	18.945,20
A.M.	Núcleo Clínico	CIAD*	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	18.117,45
A.C.	Núcleo Clínico	FUMEC e CIAD*	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	1.578,77	18.945,20
V.R.O.	Núcleo Clínico	N	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	1.509,79	18.117,45
Média															18.448,55	

3.7. E a efetividade dos serviços?

Falta agora compararmos os custos apurados com os indicadores de efetividade dos serviços para os pacientes. Também para captarmos a efetividade foram entrevistados os três atores envolvidos: profissionais do serviço, familiares e os próprios usuários.

3.7.1. Análise de custo-efetividade para usuários do Hospital-Dia

Na tabela 3.13, organizamos as respostas dos profissionais referências dos usuários selecionados quanto à evolução destes durante o ano de 1999 em relação a vários aspectos de suas vidas, transformando os conceitos “melhorou”, “estável” e “piorou” em 1(um), 0 (zero) e -1 (menos um) respectivamente. Não demos pesos a cada item avaliado.

Para 20% de toda a amostra, os questionários de avaliação dos pacientes respondidos pelos profissionais não foram aplicados, pois 4 usuários saíram do serviço antes do segundo semestre de 1999.

Não levamos em conta a avaliação do desempenho no trabalho e nem a avaliação da evolução dos sintomas clínicos dos pacientes da amostra. Entretanto, assinalamos com (*) o resultado final em que o paciente melhorou clinicamente e com (ˆ), o resultado final em que o paciente piorou clinicamente. Na última coluna, expomos o grau de satisfação dos profissionais referências com os resultados dos pacientes de sua referência durante o ano de 1999, a fim de qualificar os resultados. Este grau de satisfação só poderia ser respondido como “bom”, “razoável” ou “ruim”.

Usuários	S. Mentais	Compor- tamento	AVD	Convívio social	Convívio familiar	Efetividade p/ profissionais	Satisfação c/ resultados
L.C.V.	-1	-1	-1	-1	-1	-5	ruim
Z.B.	0	0	0	0	1	1	ruim
L.S.	0	0	1	0	0	1	ruim
R.T.	0	0	0	0	1	1	ruim
A.A.S.	0	0	0	0	1	1-	razoável
L.S.A.	1	1	0	1	-1	2	bom
M.M.S.	1	0	0	1	0	2	ruim
C.R.	0	1	0	1	0	2	razoável
C.M.S.A.	1	0	0	0	1	2	bom
A.A.M.	1	1	0	1	0	3	bom
A.C.S.	0	0	1	1	1	3	ruim
I.O.	1	1	0	1	0	3	bom
F.E.S.M.	1	1	1	0	0	3	bom
N.O.S.	0	1	1	1	1	4	razoável
S.G.P.	1	1	0	1	1	4*	bom
J.A.G.	1	1	1	1	1	5	razoável
J.S.N.L.	na	na	na	na	na	na	na
A.R.M.	na	na	na	na	na	na	na
E.N.	na	na	na	na	na	na	na
M.B.L.S.A.	na	na	na	na	na	na	na

Numa escala de -5 a 5, na qual varia o índice de efetividade desta matriz, apenas o usuário L.C.V. apresentou resultado negativo. Trata-se de um paciente que deixou de freqüentar o Hospital-Dia em 1999, permanecendo ainda vinculado ao serviço devido às visitas domiciliares e à medicação fornecida pelo HD, mas que foi parcialmente usada pelo usuário.

De todos os usuários avaliados, 25% obtiveram 1 de resultado final; 25% obtiveram 2; 25% obtiveram 3; 13%, 4 e 6% (usuário 15) obtiveram o grau máximo da avaliação dos profissionais do Hospital-Dia.

A tabela que exporemos em seguida (tabela 3.14) foi organizada a partir das entrevistas que a pesquisadora realizou com os familiares dos pacientes da amostra. Estas entrevistas foram direcionadas e usamos um questionário (Anexo) como roteiro. Não necessariamente as respostas foram iguais a como as compilamos. No entanto, fizemos um esforço de classificação e padronização das mesmas para tornar possível a análise. Na última coluna, foram sintetizados os outros fatores que os familiares colocaram como contribuintes para a melhora da qualidade vida dos pacientes.

Não conseguimos entrevistar apenas uma família. Portanto, as porcentagens a que em seguida nos referiremos, correspondem a uma proporção sobre as 19 famílias entrevistadas.

Usuários	Evolução do ano	Relação em casa	Funções	Ajudava antes?	Convívio social	Comunidade	Ocorrências anteriores c/ justiça e comunidade	Observações	
A.C.S.	Melhoras sutis: menos agressivo, menciona importância dos remédios	Adaptaram-se: difícil ficar controlando higiene e modos dele.	Comprinhas c/ \$ trocado.	N	N	Parentes, viagens c/ família (aumentou)	Pequenos constrangimentos	sim (prisão)	Melhora foi mais uma adaptação da fam q. uma evolução do pac. Menciona importância da medicação.
L.C.V.	Piorou principalmente depois da cirurgia q. fez em março de 99	Difícil: higiene, modos, discussões	N	N	Igreja c/ o pai (diminuiu, não vai ao HD)	Um vizinho o agrediu por ele ter feito xixi no seu quintal.	sim (prisão)		
N.O.S.	Melhorou: atende telefone, insites de memória, localização, aparência	OK: discussões exp. por cigarro	Afazeres domésticos	S	Igreja, parentes, compras (aumentou)	OK: Notam a melhora.	não	Melhora em função de HD.	
Z.B.	Melhoras sutis.	Adaptaram-se: sutos de higiene, fuma em casa, pai perde paciência	N	S	Poucas comemorações familiares (n gosta), ônibus (aumentou)	OK	sim (prisão)	Melhorou bastante qd. entrou no HD. Antes, gastavam R\$ 300 só em medicação	
R.T.	Estável: sutos de lucidez, aprendeu hábitos da casa.	Adaptaram-se: difícil ficar controlando higiene, modos, atrapalha a relação do casal.	Lavar cuecas, seus talheres	N	N	Não passa c/ a família do irmão (n é convidado) (estável)	OK	sim	Melhora foi mais uma adaptação da fam q. uma evolução do pac. Crítica o HD por não darem respaldo em casa.
L.S.	Estável	Difícil: não convivem na mesma casa, pouco contato, se xingam.	N	N	Não sai (estável)	OK	sim		
A.A.S.	Estável	OK: discussões exp. por café	-	-	Igreja, padaria (vai sozinho) (estável)	OK	não	Piorou a tosse	
M.B.L.S.A.	Piorou qd. saiu do HD	Difícil: tensa, violenta, discussões c/ filhos, c/ a mãe	Afazeres domésticos	S	Poucas comemorações familiares (n gosta) (diminuiu por causa de \$)	Processos em andamento	sim (prisão)	Tensão familiar pode ter causado a irritação atual da pac.	
C.M.S.A.	-	-	-	-	-	-	sim	Mora sozinha e tem pouco contato c/ família (aumentou este contato este ano).	
F.E.S.M.	Melhorou: mais calma	OK: discussões familiares	Afazeres domésticos	S	Comemorações familiares (estável)	OK	não	Situação econômica precária.	
L.S.A.	Piorou no meio do ano: irritada, desorganizada	Difícil: mexe nas coisas e esconde-as, irrita-se c/ cachorros, nervosa.	N	S	Não sai (estável)	OK	sim (prisão)	Família gastava mais c/ pc. no HD (R\$ 210: remédios + alimentação), que no hospital Santa Fé. Menciona q. melhorou c/ medicação do HD	
C.R.	Melhorou: mais calmo	OK: não conversam	Ajuda a mãe	N	Poucas comemorações familiares (n gosta), igreja (aumentou)	Este ano, na escola quebrou coisas e agrediu uma mulher.	sim (prisão)	Se frequentar muito o HD, fica nervoso. Faz referência aos remédios.	
J.S.N.L.	Estável: não melhorou em nada	OK: discuem qd. o pac. esta embriagado.	N	S	Compras c/ mulher (estável)	Chamou a polícia pq. ele estava agressivo c/ mulher e crianças.	sim (prisão)	Não diminuiu a bebida no HD	
M.M.S.	Melhorou: mais calmo, parou de falar sozinho, parou de consumir drogas.	Difícil: padrasto e ele não se dão bem	N	S	Parentes, viagens c/ a mãe, amigas (estável)	OK	sim		
J.A.G.	Melhorou: diálogo	OK: discussões familiares	N	N	Igreja, parentes, viagens c/ fam., amigos (diminuiu por proibição dos pais)	Brigou c/ um menino na rua e a vó reclamou, vai ainda ao Juizado	sim		
E.N.	Melhorou: tá melhor q. qd. estava no HD	OK: discussões por ela não fazer nada.	N	N	Sumarê: amigos, dentista, parque (estável)	OK	sim (prisão)	Diz que saiu do HD pq. não queria ficar "naquele lugar q. só tem louco", "parada por parada preferia ficar em casa".	
A.R.M.	Estável: medo de sair aumentou, mas está mais sociável na loja. Tem consciência q. não tem mulher, carro, filhos.	OK: manias, discussões familiares	Ajuda na loja, na casa	S	Não sai (diminuiu)	OK	não		
A.A.M.	Melhoras sutis: está entendendo melhor as coisas, dá nó.	OK: padrasto e ele não se dão bem	Ajuda em casa	N	Shopping, casa do irmão, amigos, namorada (estável)	Tem sempre reclamações dos vizinhos.	sim		
S.G.P.	Piorou: apático, memória fraca. Ponto positivo: parou de beber	Difícil (não convivem, dorme no SAM): dá problemas c/ vizinhança, marido o detesta	-	N	Irmã e sobrinha (diminuiu)	Padre o expulsou do alojamento em que estava.	sim	Menciona medicação de forma neg. (apatia). Antes dava 3 cestas básica (R\$ 45) + R\$ 130 p/ dona da casa + roupa + R\$ 20: doce = R\$ 195	
I.O.	Melhorou	Difícil: não tem paciência, nem autoridade c/ filhos, agressiva nas brincadeiras	Lava roupa dos filhos	S	Parentes e amigas (diminuiu)	OK	sim	Ela e irmã foram beneficiárias da Renda Mínima durante 2 anos. Antes de entrar na higienização tinha piorado de renda.	

Através da tabela 3.14, constatamos que, sob o ponto de vista dos familiares, 37% dos pacientes da amostra melhoraram (sendo que 5% saíram do HD), 16% obtiveram melhoras sutis no ano, 26% se mantiveram estáveis (sendo que 11% saíram do HD), 21% pioraram (sendo que 11% saíram do HD e 5% estão vinculados ao serviço, mas não o freqüentam).

Quanto à carga familiar de conviver com um doente mental, 47% das famílias responderam tratar-se de problemas comuns a qualquer família, como, por exemplo, discussões esporádicas; 16% das famílias disseram que se adaptaram ao convívio com o paciente psiquiátrico e 37% consideram a relação familiar difícil.

Comparando o quanto os usuários (ou ex-usuários) do Hospital-Dia ajudam atualmente nos afazeres domésticos e ajudavam antes de se inserirem em serviços de saúde mental, percebemos que 16% da amostra ajudam mais em casa, 21% ajudam menos e 53% se mantêm com as mesmas (ou nenhuma) funções.

Em relação ao convívio social desta amostra de pacientes, segundo os familiares, 21% aumentaram seu convívio social, 47% não modificaram a quantidade e a qualidade de suas relações sociais, 21% diminuíram seu convívio social e 11% diminuíram o convívio social por motivos alheios à saúde mental.

Finalmente, quanto ao número e a gravidade de ocorrências com a comunidade, comparando com as ocorrências anteriores ao ano de 1999 com a comunidade, a justiça ou a polícia, 57% melhoraram neste aspecto, 16% nunca deram problemas segundo os familiares e 27% ainda têm ocorrências.

Considerando, então, a avaliação dos familiares quanto à evolução: 1) do comportamento, 2) do convívio social e 3) das ocorrências dos usuários (ou ex-usuários) com a comunidade³¹ e usando a mesma ponderação dos conceitos (melhorou, piorou, estável) que utilizamos na tabela 3.13, apenas adicionando 0,5 para “melhoras sutis”, construímos a tabela 3.15 que representa a efetividade ou

³¹ Escolhemos apenas essas variáveis por considerarmos serem as mais representativas da evolução dos pacientes no ano de 1999.

os resultados vistos pelos familiares. As linhas em itálico representam os indivíduos que saíram do Hospital-Dia no ano de 1999.

Os índices de efetividade desta tabela variam de -3 a 3, exceto para os pacientes M.B.L.S.A e J.A.G., cujos resultados poderiam variar de -2 a 2 mas que na realidade foram 0 e 2 respectivamente. Sendo assim, para dois usuários a efetividade do serviço foi de -3, de acordo com a opinião dos familiares. Para dois ex-usuários do Hospital-Dia, o resultado deste ano foi -1, segundo os familiares. Também para um usuário e um ex-usuário do serviço, a efetividade foi 0 (zero); para a maioria (5), a efetividade do HD foi 1; para três indivíduos, o resultado foi 2 para a família, sendo E.N. uma ex-usuária que obteve resultado positivo durante o ano. Os três pacientes melhor avaliados pela família (efetividade medida foi entre 2,5 e 3) estão há mais de três anos no serviço e nestas avaliações positivas, os familiares podem ter considerado um intervalo de comparação maior que um ano ou, o que achamos ser mais provável devido à condução da entrevista, a efetividade do serviço é cumulativa com o passar do tempo no serviço.

Usuários	Evolução do ano	Convívio social	Comunidade	Efetividade p/familiares
S.G.P.	-1	-1	-1	-3
L.C.V.	-1	-1	-1	-3
J.S.N.L.	0	0	-1	-1
A.R.M.	0	-1	0	-1
A.A.M.	0,5	0	-1	-0,5
L.S.A.	-1	0	1	0
M.B.L.S.A.	-1	na	1	0
A.A.S.	0	0	0	0
I.O.	1	-1	1	1
L.S.	0	0	1	1
C.R.	1	1	-1	1
R.T.	0	0	1	1
F.E.S.M.	1	0	0	1
E.N.	1	0	1	2
J.A.G.	1	na	1	2
M.M.S.	1	0	1	2
Z.B.	0,5	1	1	2,5
A.C.S.	0,5	1	1	2,5
N.O.S.	1	1	1	3
C.M.S.A.	na	na	na	na

Nas entrevistas com os usuários, também seguimos um roteiro de questionário (Anexo). Escolhemos como indicador da efetividade do Hospital-Dia a satisfação deles com suas próprias vidas.

Tabela 3.16.: Índices de efetividade do Hospital-Dia para os pacientes sob o ponto de vista dos próprios usuários

Usuários	Satisfeito c/ vida	Efetividade p/ usuários
R.T.	N	-1
C.M.S.A.	N	-1
<i>L.S.A.</i>	<i>N (estava internada)</i>	<i>-1</i>
A.R.M.	N	-1
S.G.P.	N (estava internado)	-1
I.O.	N	-1
L.S.	+ ou -	0
A.A.S.	+ ou -	0
<i>M.B.L.S.A.</i>	<i>+ ou -</i>	<i>0</i>
C.R.	+ ou -	0
M.M.S.	+ ou -	0
J.A.G.	+ ou -	0
N.O.S.	S	1
Z.B.	S	1
F.E.S.M.	S	1
J.S.N.L.	S	1
A.A.M.	S	1
A.C.S.	na	na
L.C.V.	na	na
<i>E.N.</i>	<i>na</i>	<i>na</i>

Na matriz acima os casos em itálico representam as pessoas ex-usuárias do Hospital-Dia. Destas, entrevistamos 4 e duas não estavam satisfeitas com suas vidas. Dos indivíduos que ainda freqüentam o HD e responderam à pergunta (13 usuários), 4 estavam insatisfeitos com suas vidas, 5 estavam razoavelmente satisfeitos e 4 estavam satisfeitos.

Um fato importante a se observar é que nem sempre a efetividade medida por esses indicadores que escolhemos, tanto do ponto de vista dos profissionais,

quanto dos familiares e dos próprios usuários ou ex-usuários, refletem resultados alcançados graças à intervenção do serviço de saúde mental. Há outros fatores que captamos nas entrevistas, como religião, medicação e emprego que também influenciam na qualidade de vida dessas pessoas.

Finalmente, então, expomos a matriz de custo-efetividade do Hospital-Dia para os pacientes inscritos na unidade no início de 1999 (tabela 3.17). Nesta tabela, nas primeiras colunas, temos os dados sobre os custos anuais para o HD, outros serviços de saúde mental, famílias, a renda dos usuários e o total destes custos. Nas colunas seguintes expomos os índices de efetividade do serviço para os profissionais do HD, as famílias e os usuários. Há que se observar que o peso da avaliação dos profissionais, por conter mais itens, é maior no resultado final (soma) da efetividade para os pacientes. Este resultado final de efetividade foi multiplicado aleatoriamente por 1000 e subtraído do total dos custos dos usuários. Chegamos assim, na última coluna, a **um indicador hipotético de custo-efetividade que serve apenas para criarmos uma escala de comparação entre os custos e os resultados de cada paciente analisado dentro de cada unidade assistencial, não representando um valor em si.**

	Usuário	Diagnóstico	Custos					Efetividade					Custo-efetividade (1-3)/1000
			HD	Outros Serviços	Famílias	Renda	Custos Sociais (1)	Profissionais	Famílias	Usuários	Efetividade (2)	Efetividade (3)=(2x1000)	
G r u p o 1	11 I.O.	Transt. Afetivo Bipolar	4.350,34	1.391,47	(2.592,00)	(2.783,58)	366,24	3	1	-1	3	3000	(3)
	8 J.A.G.	Transt. de personalidade	3.481,89	-	1.925,00	(375,00)	5.031,89	5	2	0	7	7000	(2)
	15 N.O.S.	Esquiz. Residual	5.106,26	-	1.800,00	-	6.906,26	4	3	1	8	8000	(1)
	4 E.N.	Transt. Afetivo Bipolar	1.532,43	3.192,78	(600,00)	(3.000,00)	1.125,21	na	2	na	2	2000	(1)
G r u p o 2	19 F.E.S.M.	Depressão Psicótica	7.930,52	-	(1.392,00)	(1.632,00)	4.906,52	3	1	1	5	5000	(0)
	10 A.C.S.	Esquiz. Herbefrênica	3.883,31	-	1.560,00	-	5.443,31	3	2,5	na	5,5	5500	(0)
	5 Z.B.	Esquiz. Paranóide	2.080,90	-	3.810,00	-	5.890,90	1	2,5	1	4,5	4500	1
	13 M.M.S.	Sind. Psic. por Droga	4.584,11	-	1.180,00	(250,00)	5.514,11	2	2	0	4	4000	2
	2 J.S.N.L.	Sind. Dependência Alc.	308,33	-	1.440,00	-	1.748,33	na	-1	1	0	0	2
	12 L.S.	Esquiz. Paranóide	4.427,97	-	1.800,00	(1.632,00)	4.595,97	1	1	0	2	2000	3
G r u p o 3	18 A.A.S.	Esquiz. Paranóide	7.930,52	-	-	(3.840,00)	4.090,52	1	0	0	1	1000	3
	16 C.R.	Esquiz. Paranóide	5.172,84	-	1.800,00	-	6.972,84	2	1	0	3	3000	4
	1 A.A.M.	Oligofrenia Moderada	-	5.680,56	1.800,00	-	7.480,56	3*	-0,5	1	3,5	3500	4
	20 C.M.S.A.	Transtornos Neuróticos	10.501,67	827,75	-	(3.964,00)	7.365,42	2	na	-1	1	1000	6
G r u p o 4	9 M.B.L.S.A	Episódio Depressivo	3.718,08	222,76	3.300,00	(715,00)	6.525,84	na	0	0	0	0	7
	3 A.R.M.	Esquiz. Paranóide	650,32	-	4.350,00	-	5.000,32	na	-1	-1	-2	-2000	7
	17 R.T.	Esquiz. Residual	7.384,25	-	3.360,00	(1.632,00)	9.112,25	1	1	-1	1	1000	8
	6 S.G.P.	Sind. Dependência Alc.	3.004,12	9.090,58	1.265,00	-	13.359,69	4*	-3	-1	0	0	13
Média	14 L.C.V.	Esquiz. Paranóide	4.792,81	-	2.952,00	(1.632,00)	6.112,81	-5	-3	na	-8	-8000	14
	7 L.S.A.	Psicose não orgânica	3.433,72	7.950,00	4.200,00	-	15.583,72	2	0	-1	1	1000	15
Média			4.213,72	1.417,80	1.597,90	(1.072,78)	6.156,63						

Na tabela 3.17, temos um resumo dos custos e resultados para os pacientes inscritos inicialmente no HD em 1999. Os pacientes foram organizados em ordem crescente dos indicadores finais de custo-efetividade, ou seja, os primeiros são os mais custo-efetivos (obtiveram relativamente mais resultados a custos sociais menores) e os últimos os menos custo-efetivos. Analisemos, então, o que nos mostra a referida matriz.

Analisamos os pacientes mais ou menos por quartil (grupos de cinco pacientes), considerando que os do primeiro quartil (usuários de 11 a 19) obtiveram um indicador de custo-efetividade ótimo, os pacientes de 10 a 18 (seis pacientes) obtiveram um indicador bom, os usuários 16 a 3 (cinco pacientes) um indicador de custo-efetividade razoável e os últimos quatro (usuários de 17 a 7) representaram uma relação de custo-efetividade baixa.

Os indivíduos em itálico são aqueles que saíram do serviço com menos de 6 meses de freqüência. Para estes, a análise de custo-efetividade diz respeito a suas situações de vida após a saída do HD.

Entre os pacientes do Grupo 1, os ótimos indicadores para I.O. (usuária 11) e F.E.S.M. (usuária 19) são decorrentes sobretudo da função assistencial do SSCF adicionada à atenção à saúde mental. Trata-se de pacientes que vivem em condições de extrema pobreza, já estiveram inscritas no Programa de Renda Mínima de Campinas (que oferece um salário mínimo mensal para famílias de renda muito baixa) e têm no serviço, além da terapia, alimentação e fonte de renda (no caso da paciente I.O.). Para a usuária I.O. o maior ganho no serviço foi o aumento da renda (conseqüência não do tratamento no HD, mas da inserção no Núcleo de Oficinas e Trabalho do SSCF). Já para F.E.S.M. os ganhos maiores são em termos de sintomas, atividades de vida diária e comportamento.

Para os usuários 8 e 15, os ótimos indicadores de custo-efetividade são decorrentes principalmente da boa avaliação que tiveram de seus familiares e dos profissionais do HD. Entretanto, pela entrevista, notamos que, no caso da paciente N.O.S., a avaliação levou em conta um período maior que o de apenas um ano. Já J.A.G. ficou apenas um ano no serviço e obteve um ótimo resultado (paciente com Transtorno de Personalidade, considerado pouco grave).

Na verdade, todos os pacientes deste grupo possuem diagnósticos considerados pouco graves em termos de saúde mental, exceto a paciente N.O.S. (esquizofrênica) que apresentou, no longo prazo, um bom resultado neste serviço de tratamento alternativo à internação. Coerente com o perfil do HD, onde os pacientes menos graves são mulheres, neste grupo, a maioria também é do sexo feminino.

A ex-usuária E.N. saiu do HD em abril de 1999 e, segundo familiares, continuou bem fora do HD, tendo um acompanhamento medicamentoso com psiquiatra em Centro de Saúde da região.

Os pacientes do Grupo 2 (na sua maioria esquizofrênicos), representaram um custo social abaixo da média (como no Grupo 1), freqüentaram poucas atividades do HD durante o ano de 1999 e obtiveram bons resultados de efetividade no período. Entretanto, percebemos pelas entrevistas, que as avaliações de A.C.S. e Z.B. levaram em conta os resultados de um período maior que um ano. Especificamente com relação ao usuário 10 (A.C.S.), trata-se de um ex-morador interno do SSCF que atualmente está em fase estável e não demanda nenhuma atenção ou atividade no serviço, mas conquistou melhores indicadores de convivência social e familiar a partir do momento em que voltou a morar com a família. Neste caso, provavelmente, seus custos sociais diminuíram com o fim da internação, os custos para os familiares aumentaram, mas os resultados foram melhores³².

Já a avaliação do paciente M.M.S. (drogadicto) levou em conta só o ano de 1999 (período referente ao tempo de inserção no serviço) e foi satisfatória. Os pacientes L.S. e A.A.S, obtiveram resultados pequenos no serviço, mas também seus custos sociais foram menores que os dos outros pacientes do grupo.

O ex-usuário J.S.N.L. (alcoolista) freqüentou apenas três meses o HD e, depois, não demandou outros serviços psiquiátricos, representando um custo para

³² Esta experiência nos estimula a pensar formas de subvenções monetárias às famílias que se proponham a receber de volta seus pacientes, o que poderá ser mais barato para o Estado e, talvez, mais eficiente para o paciente.

a sociedade muito pequeno e não demonstrando evolução alguma no período fora do HD.

Todos os usuários do Grupo 3 são jovens, possuem diagnósticos heterogêneos e demandaram muita atenção assistencial no SSCF, representando custos elevados e índices de efetividade satisfatórios. Especificamente com relação à paciente C.M.S.A (Transtornos Neuróticos), seu maior ganho foi o aumento de renda conseguido com o trabalho no NOT. Essa usuária representa os maiores custos da amostra do HD, o que significa que houve uma grande transferência de recursos do SSCF para essa paciente que, segundo avaliação dos profissionais, teria condições de se desvincular da instituição mas não o faz.

O indicador de custo-efetividade para os ex-usuários M.B.L.S.A e A.R.M. reflete uma avaliação da evolução destes após a saída do HD: ampliaram seus custos para as famílias e outros serviços e, em termos de resultados, segundo os familiares, pioraram durante o ano (A.R.M) ou permaneceram estáveis (M.B.L.S.A).

O Grupo 4 é constituído por pacientes que obtiveram os piores indicadores de custo-efetividade durante o ano de 1999. Destes, dois foram internados (S.G.P., alcoolista, e L.S.A., psicótica), representaram os maiores custos sociais e seus índices de efetividade foram pequenos.

O caso da usuária L.S.A. é típico de uma situação em que a família, não agüentando a carga familiar de convivência com a paciente, procurou interná-la em hospital privado, conveniado ao seu seguro de saúde, a contra gosto dos profissionais do HD e da própria usuária.

S.G.P. usou as alas de internação do SSCF como moradia, pois ficou sem habitação durante o ano analisado. Tratou-se de outro caso de abandono familiar que encareceu muito os seus custos sociais.

O usuário R.T representou um custo social alto (influenciado também pelo fato de o paciente pertencer a uma família de classe alta) e efetividade do serviço baixa (indicador também influenciado pela insatisfação do usuário com o modo de condução da sua vida atualmente).

É importante observar que os pacientes que representaram as piores relações de custo-efetividade, na sua maioria, estavam insatisfeitos com suas vidas, o que mostra que estes pacientes são capazes de fazer uma avaliação coerente de seu estado de saúde. O indicador de insatisfação com a vida da paciente I.O. foi anulado pela boa avaliação de sua evolução pelos profissionais e pelo seu ganho de renda na instituição.

O caso do paciente L.C.V. representa um quadro grave de esquizofrenia paranóide mas que o serviço não conseguiu influenciar na melhoria da qualidade de vida do paciente e dos familiares. Tal situação foi criada devido ao fato do paciente não querer freqüentar a instituição e nem tomar a medicação. Entretanto, a família preferiu mantê-lo vinculado ao Hospital-Dia a interná-lo. Este paciente representou um custo social pequeno, mas seus resultados foram negativos. A resposta do serviço para esta situação foi oferecer-lhe uma atenção mais intensiva (acompanhamento terapêutico domiciliar) a partir de 2000, o que, provavelmente, elevará o custo social deste paciente, mas poderá surtir uma melhor relação de custo-efetividade para o paciente. Este caso coloca as questões da demanda dos pacientes, o apoio da família no tratamento, a necessidade do controle da medicação e a necessidade de tratamentos mais intensivos para pacientes mais graves, o que ainda não é uma realidade do SSCF e nem de outros serviços de saúde mental alternativos no Brasil.

A título de conclusão, percebemos, por esta análise de custo-efetividade numa amostra de pacientes inicialmente inscritos no Hospital-Dia, que, de forma geral, esta unidade e outros serviços ambulatoriais de saúde mental se mostram mais custo-efetivos que as internações, ou seja, produzem, a custos relativamente baixos, resultados positivos aos seus usuários, enquanto, durante as internações, os custos são maiores e as insatisfações ou os sofrimentos (mostrados nos indicadores de insatisfação com a vida) também.

Percebemos que, para as usuárias I.O. e C.M.S.A, o aumento da renda com a inserção no NOT (Núcleo de Oficinas e Trabalho)³³ elevou bastante seus

³³ Os outros usuários com ganhos de renda são beneficiários da previdência social ou trabalham no mercado de trabalho informal (caso de A.A.S.).

indicadores de custo-efetividade, o que também reflete a mistura de assistência social e saúde mental no SSCF. Na verdade, ao se pensar a saúde mental no Brasil ou a desinstitucionalização, precisamos levar em conta o nível de renda das pessoas assistidas pelo SUS e lembrar que as políticas sociais no país estão cada vez mais apenas garantido a sobrevivência da classe baixa, não representando um direito integral à saúde, educação, habitação, emprego etc. para toda a população como (ainda acontece) nos países desenvolvidos.

Nossa intenção foi avaliar resultados de um ano desta clientela, comparando-os com seus custos; mas, para alguns pacientes, há longo prazo no serviço, os resultados são cumulativos ou só aparecem depois de alguns anos na unidade. Então, alguns indicadores de efetividade não são coerentes com seus respectivos custos, mas refletem bem o que são ganhos na saúde mental.

O contrário também ocorre. Pacientes há longo prazo no serviço estabilizam em termos de evolução, mas não são desligados do serviço pois o espaço de convivência, a estabilidade e segurança que o serviço acaba oferecendo são importantes para eles.

Surge assim um outra questão, também comum no debate da reforma psiquiátrica, que é a dos pacientes “novos crônicos”, ou seja, mesmo em regime aberto alguns pacientes precisam ser acompanhados por toda a vida em serviços de saúde mental.

Uma última ressalva é quanto ao apoio dos familiares no tratamento. Percebemos que, nos casos em que as relações familiares são mais conflituosas, os resultados em termos de custo-efetividade são menores. Cabe aqui, avançarmos um pouco além do escopo deste trabalho e expormos a hipótese de subvenções monetárias às famílias (principalmente àquelas de renda baixa), a fim de gratificá-las pela assistência aos seus doentes, diminuindo o custo para a sociedade.

3.7.2. Análise de custo-efetividade para usuários do NOT

Como fizemos para amostra de usuários selecionados no Hospital-Dia, organizamos as avaliações dos profissionais do NOT que são referências dos usuários selecionados. Os profissionais responderam a um questionário sobre a evolução desses pacientes sob vários aspectos de suas vidas (Anexos). Os conceitos “melhorou”, “estável” e “piorou” foram transformados respectivamente em 1 (um), 0 (zero) e -1 (menos um) e, a seguir, tabelados:

Usuário	S. Mentais	Comportamento	AVD	Convívio social	Convívio familiar	Desempenho no trabalho	Efetividade p/ profissionais	Satisfação c/ resultados
J.S.	0	0	-1	-1	0	0	-2	bom
M.A.A.O	-1	0	0	0	-1	0	-2	bom
E.F.C.S	0	0	0	0	-1	0	-1	bom
M.J.M.G.	0	0	0	0	0	0	0	bom
S.L.B.	-1	-1	1	-1	1	1	0	razoável
A.G.	0	1	0	0	1	0	2	bom
A.R.L.	1	0	0	1	0	0	2	bom
C.R.A	0	0	1	1	nd	na	2	razoável
I.R.	1	1	0	0	0	0	2	bom
A.T.D.J.	0	1	0	1	0	1	3	bom
C.J.O	1	1	0	0	0	1	3	bom
A.C.S.	1	1	0	0	1	1	4	bom
M.A.A.M.	0	1	1	1	1	1	5	bom
A.P.G.D.	1	1	0	1	1	1	5	bom
G.T.	1	1	1	1	1	1	6	bom

Na tabela 3.18, o sinal de – sobrescrito a alguns índices significa que a evolução foi decorrente de sintomas clínicos dos pacientes e não mentais. Acrescentamos, na última coluna, o grau de satisfação dos profissionais com os resultados dos pacientes no ano³⁴, o que qualifica, no caso do usuário A.C.S., que seus resultados poderiam ter sido melhores.

Numa escala de –6 a 6, na qual varia o índice de efetividade desta matriz, os usuários M.A.A.O e J.S. apresentaram os piores resultados, o primeiro devido ao não uso da medicação e o segundo porque teve seu convívio social e autonomia para realizar as atividades de vida diária diminuídos devido a problemas clínicos. O paciente E. F. C. S. teve problemas familiares, o que resultou, no final do ano, numa internação.

Já a tabela 3.19 mostra as avaliações dos familiares quanto à evolução dos usuários sob vários aspectos de sua vida familiar e social. Usamos um questionário como roteiro das entrevistas (Anexo), mas nem sempre as respostas foram iguais a como as compilamos. Entretanto, fizemos um esforço de padronização das mesmas para facilitar a análise.

³⁴ Podiam responder que a satisfação era “boa”, “razoável” ou “ruim”.

Usuários	Evolução do ano	Relação em casa	Funções	Ajudava antes?	Convívio social	Comunidade	Ocorrências anteriores c/ polícia e/ou comunidade	Observações
I.R.	Melhorou	OK	Cozinha, lava e passa roupa.	S	Parentes, Marília. A pac. conhece bastante gente.	OK	-	Ano passado, saíram do NOT (marido achou outro emprego), mas a pac. surtou e eles voltaram.
A.G.	Melhorou	OK: discussões exp. qd. bebe	Varre o quintal e arruma sua edícula.	S	Feira p/ primos, viagens e festas do Cândido	OK	sim	Melhorou porque caiu e quebrou a perna, agora tem medo de beber muito.
M.J.M.G.	Melhorou	OK	Lava louça, varre, arruma a cama (não faz muito bem)	N	Igreja / FUMEC	OK	sim	Menciona a importância da medicação.
A.T.D.J.	Piorou: cagueira, perdeu hábitos de higiene. Ponto positivo: crises mais fracas	Difícil: não aceita repreensão, às vezes agride a mãe, fica atrás dela.	Raramente, troca galão de água.	S	Piscina, bailes, barzinho noturno, Holambra, parentes, supermercado, colônias de férias.	Repreensões do vigia da piscina.	-	Críticas ao NOT: falta de tratamento c/ psicólogo, cachorros, banheiros sujos.
M.A.A.O	Estável	Adaptaram-se: marido discute e agride a pac. qd. esta não toma o remédio.	Afazeres domésticos	S	Festas do Cândido, moradores externos do Cândido.	Vai tirar satisfações c/ vizinhas por ciúme do marido.	sim	Melhorou qd. entrou no NOT. Menciona a importância da medicação.
A.P.G.D.	Estável: tem crise 1 X ano	Adaptaram-se: qd. está em crise briga c/ marido e filho, mas eles aprenderam a lidar c/ ela.	Esquenta a janta e faz almoço no final de semana.	S	Cândido, parque, shopping, parentes, viagens.	Conversa muito e compra fiado qd. está em crise.	-	Melhorou qd. entrou no NOT. Família aprendeu a lidar c/ pac.
M.A.A.M.	Melhorou	OK	Limpeza da casa, lava e passa sua roupa, faz almoço.	S (menos)	Excursões, parentes, Igreja, loja.	OK	-	Melhora em função da loja e da Igreja.
E.F.C.S	Estável	OK: discussões esporádicas	Lava e passa roupa, faz comida e limpa a casa.	S	Compras, bailes, viagens esporádicas.	OK	sim	Piorou um pouco porque filho fugiu de casa.
J.S.	Melhorou	OK	Ajudava na casa (antes de ficar de cama)	S	Filhos, bar (diminuiu)	OK	sim	NOT ajudou porque o ocupou.
C.R.A	Melhorou	OK: discussões exp. c/ mãe, filha, fica nervosa qd. pais discutem	Arruma o quarto, lava e passa roupa, arruma cozinha, faz comida e faxina.	S (menos)	Parentes, amigas, bailes.	Reclamações do marido da amiga.	-	
C.J.O	Melhorou	OK: discussões c/ irmão.	Raramente, lava a sua roupa.	N	Bares.	OK	sim	NOT ajudou porque distrai a cabeça, diminuiu a bebida.
A.C.S.	Melhorou	OK	Raramente, ajuda na limpeza da casa e lava roupa.	N	Tem medo de sair.	OK	sim	Melhorou também em função do HD.
A.R.L.	Melhorou	OK: discussões exp.	Café, varre, lava a louça e a roupa dele, quintal.	-	Vizinhos, Igreja (vai sozinho).	OK	sim	Melhora mais em função da Igreja.
G.T.	Melhorou	OK: melhorou	Quintal, joga tixo fora.	S	Parentes, viagens, Igreja (vai sozinho)	OK	sim	Melhora também em função da internação.
S.L.B.	Melhorou: crises diminuíram, mais calma.	Adaptaram-se: discussões entre pac. e filha.	Lava e passa roupa dela e das crianças. Às vezes, ajuda, na limpeza.	N	Igreja, amigos, parentes.	OK	sim	

Através da tabela 3.19, constatamos que, sob o ponto de vista dos familiares, 73% dos usuários da amostra melhoraram, 20% se mantiveram estáveis e 7% pioraram.

Quanto à carga familiar de conviver com um doente mental, 73% responderam tratar-se de problemas corriqueiros, comuns a qualquer família, 20% disseram que se adaptaram ao convívio com o usuário e 7% consideraram a relação familiar difícil.

Comparando o quanto os usuários do NOT ajudam atualmente nos afazeres domésticos e o quanto ajudavam antes de se inserirem num serviço de saúde mental, constatamos que 27% ajudam mais em casa do que ajudavam antes; 13% ajudam menos, sendo que 7% devido a problemas clínicos; e os restantes se mantêm estáveis quanto às funções domésticas ou a comparação não foi aplicável.

Quanto ao convívio social desta amostra de usuários do NOT, não foi perguntado às famílias se este aspecto da vida dos indivíduos melhorou ou não. Dessa forma, apenas sabemos quais são os pacientes que têm um convívio social maior que outros e não pudemos avaliar a evolução dos usuários neste aspecto segundo os familiares. Há só que se notar que os pacientes do NOT mantêm mais relações sociais que os pacientes do HD.

Quanto às ocorrências com a comunidade, a justiça ou a polícia, dos 10 familiares que mencionaram já ter tido problemas com a comunidade por causa do paciente, 9 disseram que esses tipos de ocorrências terminaram ou diminuíram atualmente.

Na última coluna da tabela 3.19, sintetizamos algumas observações que os familiares fizeram durante as entrevistas. É muito interessante notar que alguns familiares mencionaram outros fatores, além do trabalho no NOT, que ajudaram na melhoria (ou não) dos sintomas, comportamento, relações sociais e familiares dos pacientes, tais como a religião, o uso da medicação, tratamento no HD e as internações de curto prazo pelas quais alguns passaram durante o ano. Sendo assim, observamos que outros fatores, além do tratamento nos serviços, influenciam a vida destas pessoas. O NOT é visto, geralmente, mais como um

espaço de trabalho que de tratamento psiquiátrico e isso é coerente com os objetivos da unidade.

Na tabela 3.20, transformamos as avaliações dos pacientes quanto à evolução no ano, funções e convívio em casa e relações na comunidade feitas pelos familiares em números, isto é, demos valores de 1 a -1 para cada item de acordo com as informações captadas nas entrevistas.

Os índices de efetividade desta tabela, que representa um resumo da avaliação feita pelos familiares, variam de -3 a 3. Dos quinze pacientes analisados, apenas dois tiveram resultados negativos nesta avaliação e um permaneceu estável no ano. A maioria evoluiu positivamente para os familiares ou companheiros, sendo que, para três, a relação familiar melhorou muito.

Usuários	Evolução do ano	Convívio e funções em casa	Ocorrências na Comunidade	Efetividade p/ familiares
A.T.D.J.	-0,5	-1	0	-1,5
M.A.A.O	0	0	-1	-1
A.P.G.D.	0	0	0	0
E.F.C.S	0	0	1	1
I.R.	1	0	0	1
M.A.A.M.	1	1	0	2
J.S.	1	0	1	2
A.G.	1	0	1	2
C.J.O	1	0	1	2
C.R.A	1	1	0	2
A.C.S.	1	0	1	2
G.T.	1	0	1	2
M.J.M.G.	1	1	1	3
S.L.B.	1	1	1	3
A.R.L.	1	1	1	3

Finalmente, a tabela 3.21 mostra os índices de satisfação com a vida dos próprios pacientes. Escolhemos estas respostas como indicadoras da efetividade do NOT sob o ponto de vista dos usuários.

Observamos que apenas 2 estavam insatisfeitos com a condução de suas vidas no momento da entrevista, sendo que um estava afastado do NOT por motivos clínicos. Um usuário estava razoavelmente satisfeito e doze (80%) estavam satisfeitos com suas vidas (índice bem maior que o do HD, mas que não pode ser comparado sem levarmos em conta o perfil de usuários das duas unidades).

Outro fator que foi captado através das entrevistas, mas não foi contemplado na tabela de avaliação do usuários sobre o estado deles mesmos, é que entre os usuários do NOT, os planos de consumo e realizações são qualitativamente maiores que entre os usuários do HD. Ou seja, parece que a renda estimula os usuários a planejar melhor suas vidas e os faz relativizar o sofrimento da doença mental.

Usuários	Satisfeito c/ vida	Efetividade p/ usuários
J.S.	N (estava de cama)	-1
A.C.S.	N	-1
A.G.	+ ou -	0
M.A.A.M.	S	1
E.F.C.S	S	1
M.J.M.G.	S	1
A.P.G.D.	S	1
A.T.D.J.	S	1
S.L.B.	S	1
C.J.O	S	1
A.R.L.	S	1
M.A.A.O	S	1
C.R.A	S	1
I.R.	S	1
G.T.	S	1

Resumindo, enfim, as relações de custo-efetividade para a amostra de pacientes inscritos no NOT no início de 1999, temos a tabela 3.22, em que a primeira coluna mostra a oficina de trabalho ou as atividades das quais os pacientes participaram em 1999³⁵. As colunas seguintes mostram os custos anuais dos pacientes para os serviços de saúde mental que estes utilizaram, para as famílias, suas rendas e o total dos custos que representam para a sociedade. Em seguida, expomos os índices de efetividade do serviço sob a perspectiva dos profissionais do NOT, dos familiares e dos próprios usuários. Também aqui, o peso da avaliação dos profissionais é maior que o dos outros atores pesquisados porque suas avaliações contiveram mais itens.

A fim de comparar os usuários entre si em termos de custo-efetividade, multiplicamos aleatoriamente o índice final de efetividade (soma da avaliação dos profissionais, familiares e usuários) por 1000 e subtraímos este número hipotético do total dos custos dos usuários. Chegamos, assim, na última coluna, a uma escala de custo-efetividade para os pacientes da amostra que reflete o que foi oferecido (e demandado) pelos usuários (custos) e como estes responderam, em termos de resultados (efetividade).

³⁵ Escolhemos este dado como indicador do perfil do usuário porque são os custos das oficinas do NOT que mais influenciaram nas diferenças entre os custos dos pacientes.

	Usuário	Atividades	Custos			Efetividade						Custo-efetividade (1-3)/1000	
			Custo p/ serviços	Custos p/ família	Custos Totais	Renda	Total (1)	Profissionais	Famílias	Usuários	Total (2)		Total (3) (2x1000)
G r u p o 1	1 M.A.A.M.	Loja do NOT, acomp. Psiq. CS	4.135,97	(600,00)	3.535,97	(3.964,80)	(428,83)	5	2	1	8	8000	(8)
	3 M.J.M.G.	Trabalho na FUMEC	4.955,57	(3.600,00)	1.355,57	(4.949,40)	(3.593,83)	0	3	1	4	4000	(8)
	7 A.G.	Oficina de Vitral	5.383,89	(720,00)	4.663,89	(2.874,00)	1.789,89	2	2	0	4	4000	(2)
	8 S.L.B.	fev.-set.:Oficina Agrícola	5.967,05	(240,00)	5.727,05	(2.699,40)	3.027,65	0	3	1	4	4000	(1)
G r u p o 2	10 A.R.L.	Oficina Agrícola	8.950,58	-	8.950,58	(3.095,40)	5.855,18	2	3	1	6	6000	(0)
	14 I.R.	Venda na Cantina + Gp. Dieta	10.331,56	(2.400,00)	7.931,56	(3.240,00)	4.691,56	2	1	1	4	4000	1
	5 A.P.G.D.	Oficina Gráfica	5.315,54	2.400,00	7.715,54	(901,68)	6.813,86	5	0	1	6	6000	1
G r u p o 3	9 C.J.O	Of. Agrícola, dez.: Internação (15d)	9.529,84	(600,00)	8.929,84	(1.800,00)	7.129,84	3	2	1	6	6000	1
	2 E.F.C.S	Trabalho no SAN; dez.: Internação e Espaço 8	6.516,53	(840,00)	5.676,53	(2.926,75)	2.749,78	-1	1	1	1	1000	2
	13 A.C.S.	Oficina de Vitral + HD + FUMEC	10.230,56	600,00	10.830,56	(1.342,32)	9.488,24	4	2	-1	5	5000	4
	6 A.T.D.J.	Oficina de Papel	5.315,54	5.100,00	10.415,54	(3.397,20)	7.018,34	3	-1,5	1	2,5	2500	5
G r u p o 4	15 G.T.	Oficina de Mosaico + HD + CC.; jun: Internação (15d)	13.713,06	2.400,00	16.113,06	(1.848,00)	14.265,06	6	2	1	9	9000	5
	4 J.S.	jan.-jun.: Oficina Agrícola, accomp. Psiq. CS	5.272,33	1.800,00	7.072,33	(679,32)	6.393,01	-2	2	-1	-1	-1000	7
	12 C.R.A	3 meses:Of. Mosaico; depois:C.C., acomp. Psiq. CS, nov.: internada em hosp. privado (15d.)	9.103,75	3.600,00	12.703,75	(23,49)	12.680,26	2	2	1	5	5000	8
4	11 M.A.A.O	Venda na Cantina, acomp. Psiq. CS	9.006,19	(1.440,00)	7.566,19	(1.742,04)	5.824,15	-2	-1	1	-2	-2000	8
	Média		7.581,86	364,00	7.945,86	(2.365,59)	5.580,28						

Quanto à tabela 3.22, uma ressalva é que não podemos comparar os indicadores de efetividade do NOT com os do HD porque a escala de índices de efetividade para os profissionais do NOT varia de -6 a 6, enquanto a do HD varia entre -5 e 5, já que os primeiros avaliaram também o desempenho no trabalho. No entanto, mesmo se tirássemos o peso da avaliação do desempenho no trabalho, os indicadores de custo-efetividade do NOT seriam melhores que os do HD, isto porque a clientela, de modo geral, possui diagnósticos menos graves que os dos pacientes do HD e recebem uma bolsa salarial como remuneração do trabalho no NOT.

Também no NOT, a partir dos resultados da análise de custo-efetividade, organizamos os usuários em quatro grupos que representam resultados ótimos, bons, regulares e ruins dentro dos parâmetros da unidade.

Os quatro primeiros usuários da tabela 3.22 (Grupo 1), tiveram os melhores resultados porque seus custos sociais são os menores da amostra. Seus custos nos serviços são pequenos e suas rendas relativamente elevadas, pois todos, além da remuneração do trabalho no NOT, contam com pensões previdenciárias ou judiciais. Como consequência de uma renda relativamente elevada para famílias de classe baixa, os custos para os familiares destes usuários são negativos, ou seja, os pacientes ajudam nas despesas de casa ao invés de serem sustentados pelos familiares.

O ótimo indicador de efetividade da paciente M.A.A.M (esquizofrenia paranóide, 3º grau em Economia), que, junto com seu baixo custo social, a colocou em primeiro lugar na escala de custo-efetividade foi influenciado por uma análise da evolução da paciente (pelos profissionais e familiares) no longo prazo, ou seja, desde a inserção da usuária no serviço (nov. / 94). Hoje a paciente tem uma função de responsabilidade como vendedora dos produtos do NOT. Outro fator que influenciou na evolução desta paciente, constatado nas entrevistas, foi a religião, que provocou, segundo os familiares e a própria paciente, efeitos positivos para a melhoria da qualidade de vida dela e afins.

A usuária 3 (M.J.M.G., esquizofrenia residual) é prestadora de serviços à Fundação Municipal das Entidades Comunitárias de Campinas (FUMEC) através

do sistema de parceria do SSCF com a referida instituição, sua renda (inclusive benefícios previdenciários) foi a maior da amostra e seu bom indicador de efetividade foi decorrência da ótima avaliação que a família fez da sua evolução no ano.

O paciente 7 (A.G., alcoolista) também apresentou um bom indicador de efetividade decorrente não só do serviço, mas também de um acidente que repercutiu de forma positiva no comportamento do usuário e na relação familiar.

A paciente S.L.B. (epilepsia), freqüentava uma das oficinas mais caras do NOT³⁶ (Oficina Agrícola), mas que também dava uma das melhores remunerações aos pacientes. A paciente foi desligada do serviço em outubro, mas segundo seus familiares teve ótimos resultados, além da ampliação da renda, freqüentando o serviço.

O Grupo 2 (usuários de 10 a 9), de modo geral, apresentaram indicadores de custo-efetividade um pouco piores que os do Grupo 1 porque estavam inseridos nas oficinas de custos maiores (exceto A.P.G.D.)³⁷. Os usuários A.R.L. e I.R (esquizofrênico e alcoolista, respectivamente) se aproximam muito dos resultados do Grupo 1 porque, além da bolsa de trabalho do NOT, recebem aposentadoria. Já a paciente A.P.G.D (psicose maníaco-depressiva) está neste grupo, basicamente, porque obteve uma avaliação muito boa por parte do profissional referência, pois que esta saiu de uma crise aguda sem precisar ser internada. Finalmente, o paciente C.J.O. teve seus custos ampliados porque precisou ser internado devido a problemas familiares.

Os pacientes do Grupo 3 (de 2 a 15) foram considerados, a partir de nossa escala, usuários que obtiveram resultados razoáveis de custo-efetividade no NOT durante 1999, isto devido a vários motivos:

A usuária 2 (E.F.C.S.) recebe a maior remuneração da amostra (presta serviços no refeitório do SSCF) e não conta com benefícios previdenciários; no entanto, teve uma crise no final do ano de 1999, devido a problemas familiares, o

³⁶ De acordo com nosso estudo, as oficinas mais caras do NOT, devido à maior utilização de recursos humanos proporcionalmente ao número de pacientes que atendem, são Of. de Mosaico, Of. Agrícola e Of. Culinária.

³⁷ As Oficinas Agrícola e de Culinária oferecem as melhores remunerações de trabalho.

que prejudicou na sua avaliação de resultados e ampliou os seus custos para o serviço com a internação.

No caso dos usuários A.C.S. e G.T., seus custos sociais foram elevados principalmente porque utilizaram intensamente os serviços ofertados pela instituição. Entretanto, no caso de A.C.S., sua avaliação não foi melhor, porque todos os avaliadores (inclusive próprio usuário) concordaram que o usuário poderia obter um maior salto de qualidade de vida. Já G.T. representou os maiores custos da amostra do NOT e, coerentemente, os melhores resultados: o alto custo no serviço foi conseqüência do custo de Oficina de Mosaico que foi criada em 1999 e, devido ao processo de formação, ofereceu poucas vagas relativamente ao custo dos recursos humanos utilizados; o ótimo resultado foi decorrência além do trabalho no NOT, do tratamento no HD e de 15 dias de internação na Unidade de Internação do SSCF que ofereceu respaldo durante uma crise do paciente (os avaliadores afirmam, que após a contenção da crise, o paciente melhorou muito).

No caso de A.T.D.J., seus custos para a família são muito elevados (a família menciona o gasto com seguro de saúde e medicação)³⁸. O paciente não representou uma avaliação melhor de custo-efetividade porque a avaliação da família foi contraditória: em alguns pontos dizem que o paciente melhorou muito com o NOT, em outros não.

O serviço foi menos custo-efetivo para as pacientes do Grupo 4 (de 4 a 11). No caso de J.S. e C.R.A, estes freqüentaram poucos meses o NOT durante 1999 e, portanto, perderam renda. Quanto aos índices de efetividade, J.S. obteve resultados ruins basicamente por problemas clínicos (que o fez ser desligado do NOT também). Já C.R.A. representou bons resultados de efetividade do serviço que freqüentou, ou seja, o Centro de Convivência, mas seus custos foram maiores porque utiliza intensamente o centro de saúde de seu bairro e foi internada durante 15 dias devido a discussões familiares.

³⁸ No SSCF, as famílias, em alguns casos, pagam o custo de remédios de última geração que não são fornecidos pela rede pública de saúde.

Já M.A.A.O foi a paciente que obteve a pior avaliação em termos de resultados (embora seu custo social não seja tão elevado). Isto ocorreu, principalmente, porque a paciente deixou de tomar a medicação.

Temos aqui mais uma questão da desinstitucionalização psiquiátrica, ou seja, se alguns pacientes não forem supervisionados quanto ao uso da medicação, estes deixam de tomar os remédios e sofrem recaídas. No caso analisado, isso não ocorreu dentro do serviço (os profissionais entregavam diretamente a medicação à paciente), mas em casa, onde o controle não era feito.

Enfim, de modo geral, concluímos que NOT é extremamente custo-efetivo para a clientela que atende, ou seja, pacientes menos graves³⁹. O fato do serviço oferecer uma remuneração ao trabalho contribui para a elevação da renda familiar destas pessoas e, notamos, pelas entrevistas, que estes pacientes possuem objetivos de vida, convívio social e intenções de consumo futuro mais abrangentes se compararmos com as mesmas respostas dos pacientes do HD, mostrando um sofrimento em relação à doença menor.

3.7.3. Análise de custo-efetividade para usuários da Unidade de Reabilitação dos Moradores

Como nas outras unidades analisadas, organizamos as respostas dos profissionais referências dos usuários selecionados entre os moradores internos, moradores externos e do núcleo clínico quanto à evolução destes durante o ano de 1999 e em relação a vários aspectos de suas vidas, transformando os conceitos “melhorou”, “estável” e “piorou” em 1(um), 0 (zero) e -1 (menos um) respectivamente (tabelas 3.23, 3.24 e 3.25). Não demos pesos a cada item avaliado.

³⁹ Não consideramos apenas o diagnóstico na definição de um paciente grave. Outros aspectos são levados em conta, como funções da vida diária, relações sociais, sintomas etc.

Tabela 3.23.

Moradores Internos

Usuários	S. Mentais	Compor- tamento	AVD	Mais autonomia?	Convívio social	Convívio familiar	Efetividade profissionais	p/ Satisfação resultados	c/
I.M.F.	0	0	-1	0	0	na	-1	razoável	
A.L.R.	0	-1	0	0	0	0	-1	ruim	
M.M.C.	0	-1	1	0	0	0	0	razoável	
A.M.	0	0	0	1	1	1	2	razoável	
C.A.	0	1	0	1	1	1	3	bom	
J.B.O.	0	1	1	1	0	0	3	bom	
L.D.	1	0	1	1	0	0	3	razoável	
P.C.	1	1	1	1	1	1	5	razoável	
J.P.R.M.F.	1	1	1	1	1	1	5	razoável	

Tabela 3.24.

Moradores Externos

Usuários	S. Mentais	Compor- tamento	AVD	Mais autonomia?	Convívio social	Convívio familiar	Trabalho	Efetividade profissionais	p/ Satisfação resultados	c/
M.A.O.	-1	-1	1	0	1	na	-1	-1	razoável	
A.B.G.	1	0	0	0	0	0	0	1	razoável	
C.A.S.D.	0	-1	1	1	1	0	0	2	bom	
M.D.D.	0	-1	0	0	1	1	1	2	bom	
A.J.S.	0	0	1	0	1	na	1	3	bom	
B.P.A.	0	0	0	1	1	na	1	3	razoável	
L.F.	1	0	1	1	0	1	na	4	bom	
M.P.F.	1	-	1	1	1	na	0	4	bom	
C.F.T.	1	0	1	1	1	na	na	4	bom	

Tabela 3.25.

Núcleo Clínico

Usuários	S. Mentais	Compor- tamento	AVD	Convívio social	Convívio familiar	Efetividade profissionais	p/ Satisfação resultados	c/
U.G.	0	0	0	0	-1	-1	razoável	
A.M.	0	0	0	0	na	0	razoável	
A.C.	0	0	1	0	-1	0*	bom	
A.S.	0	1	0	0	na	1	razoável	
V.R.O.	na	1	0	1	na	2	razoável	

As escalas finais de índices de efetividade são a soma da avaliação dos profissionais referências quanto à evolução dos usuários em termos de sintomas da doença mental, comportamento, independência para realizar atividades de vida diária, conquista de autonomia (neste caso, transformamos as respostas positivas em 1 e as negativas em 0), convívio social, contato familiar e desempenho no trabalho. As escalas de efetividade para os moradores internos (inclusive os do Núcleo Clínico) podem variar de -5 a 5, pois levam em conta cinco destes fatores; já a escala de índices de efetividade para os moradores externos pode variar entre -7 e 7, pois leva em consideração todos estes fatores estando estes aspectos presentes na vida destes moradores. A fim de qualificar as respostas dos técnicos, na última coluna de cada tabela, expomos o grau de satisfação dos avaliadores com os resultados dos paciente no ano.

Os indicadores finais de efetividade de cada grupo da Unidade de Reabilitação dos Moradores não podem ser comparados entre si porque abrangem aspectos diferentes de vida em cada grupo. Entretanto, percebemos que há pacientes na amostra de moradores internos que representaram o grau máximo de efetividade medida do serviço, consequência, talvez, do cuidado mais intensivo para a preparação destes para viverem em moradias extra-hospitalares. Entre os moradores externos, embora haja mais itens avaliados, os resultados dos pacientes não variaram muito. Como era de se esperar, os pacientes do Núcleo Clínico foram os que tiveram as menores evoluções durante o ano.

Analisando cada grupo separadamente, entre os moradores internos, apenas três pacientes não apresentaram resultados positivos segundo a avaliação dos profissionais. I.M.F. teve sua autonomia para realizar atividades de vida diária diminuída devido a complicações clínicas. A.L.R. e M.M.C pioraram no comportamento, segundo os técnicos, sendo que o primeiro chegou a incomodar a comunidade no bairro onde está localizado o SSCF.

Entre os moradores externos, apenas M.A.O apresentou resultado negativo no ano; trata-se da paciente mais debilitada do grupo em termos de sintomas da doença mental e que teve uma recaída clínica durante o ano.

Medir a evolução dos pacientes do Núcleo Clínico é extremamente relativo, pois são pacientes idosos com um nível de comprometimento físico e mental muito grande. O paciente que melhor foi avaliado (V.R.O), como já dito, não é doente mental e está inserido no serviço há 10 anos porque perdeu o contato familiar e é deficiente físico.

Nas tabelas seguintes (3.26 e 3.27), expomos em índices as respostas dos usuários quanto a sua satisfação com a vida, considerando este indicador como representante da efetividade da unidade para eles.

Tabelas 3.26 e 3.27: Índices de efetividade da Unidade de Reabilitação dos Moradores sob a perspectiva dos pacientes

Tabela 3.26.: Moradores Internos

Usuários	Satisfeito c/ vida	Efetividade p/ usuários
A.M.	N	-1
M.M.C.	+ ou -	0
I.M.F.	S	1
P.C.	+ ou -	0
A.L.R.	+ ou -	0
J.P.R.M.F.	S	1
C.A	S	1
J.B.O	+ ou -	0
L.D.	S	1

Tabela 3.27.: Moradores Externos

Usuários	Satisfeito c/ vida	Efetividade p/ usuários
C.A.S.D.	S	1
M.D.D.	S	1
A.B.G.	S	1
M.A.O	S	1
L.F.	S	1
A.J.S.	S	1
M.P.F.	S	1
C.F.T.	N	-1
B.P.A	N	-1

A partir da tabela 3.27, observamos que 77% da amostra de moradores externos estão satisfeitos com suas vidas e 33% estão insatisfeitos (índice maior que o encontrado entre os moradores internos).

Não foi possível fazer esta mesma análise com os pacientes do Núcleo Clínico, porque, como dito, são pacientes altamente debilitados.

A tabela seguinte (3.28) resume a análise de custo-efetividade:

Tabela 3.28.:

Matriz de custo-efetividade para usuários da Unidade de Reabilitação dos Moradores

1999

Usuários	Diagnóstico	Setor Moradores Internos	Outras atividades	Custo p/ serviços	Renda (780,00)	Custo anual (1)	Efetividade			Efetividade (3)= (2x1000)	Custo-efetividade (1-3)/1000
							Profissionais	Usuários	Efetiiv// (2)		
J.P.R.M.F.	Esquizofrenia Residual	Paraiso	N	14.294,62	(780,00)	13.514,62	5	1	6	6000	8
L.D.	Esquizofrenia Residual	Núcleo Clínico - Primavera	N	15.250,32	(1.632,00)	13.618,32	3	1	4	4000	10
P.C.	Esquizofrenia Paranoide	Paraiso - Primavera - Paraiso	FUMEC e CIAD*	14.777,47	-	14.777,47	5	0	5	5000	10
C.A.	Esquizofrenia Paranoide	Paraiso	N	14.294,62	-	14.294,62	3	1	4	4000	10
J.B.O.		Paraiso	N	14.294,62	(54,00)	14.240,62	3	0	3	3000	11
M.M.C.	Esquizofrenia	Paraiso - Primavera	N	14.294,62	(1.632,00)	12.662,62	0	0	0	0	13
I.M.F.	Esquizofrenia Paranoide	Primavera	N	14.294,62	(1.632,00)	12.662,62	-1	1	0	0	13
A.M.	Esquizofrenia Paranoide	Paraiso - Primavera	N	14.294,62	-	14.294,62	2	-1	1	1000	13
A.L.R.	Sind. Dep. Álcool	Primavera - Núcleo Clínico	N	14.294,62	-	14.294,62	-1	0	-1	-1000	15
Média				14.454,46	(636,67)	13.817,79					
Moradores Externos											
C.A.S.D.	Esquizofrenia Paranoide	Vila Santana	N	9.359,02	(4.032,00)	5.327,02	2	1	3	3000	2
M.P.F.	Esquizofrenia Paranoide	Casa Verde - Jatibaia	N	9.359,02	(1.632,00)	7.727,02	4	1	5	5000	3
A.J.S.	Transtorno mental decorrente de lesão	Imperial - Linha	FUMEC	10.186,77	(2.928,00)	7.258,77	3	1	4	4000	3
M.D.D.	Def. Mental Moderada	Santa Odila I - familiares	1º sem: Espaço 8 e FUMEC; idem + NOT; out.- nov.: alta; dez: 3d/sem moradora interna	9.292,24	(1.752,00)	7.540,24	2	1	3	3000	5
L.F.	Sind. Dep. Álcool	Primavera - Santa Odila II	N	11.415,52	(1.632,00)	9.783,52	4	1	5	5000	5
A.B.G.	Esquizofrenia Paranoide	Imperial - Casa Verde		9.359,02	(1.632,00)	7.727,02	1	1	2	2000	6
B.P.A.	Esquizofrenia Residual	Casa Verde - Jatibaia	N	9.359,02	(200,00)	9.159,02	3	-1	2	2000	7
C.F.T.	Esquizofrenia Residual	Imperial (fundos)	FUMEC	10.186,77	-	10.186,77	4	-1	3	3000	7
M.A.O.	Def. Mental Moderada	Imperial (fundos)	FUMEC	10.186,77	-	10.186,77	-1	1	0	0	10
Média				9.856,02	(1.534,22)	8.321,80					
V.R.O.	Polineuropatia Periférica (não é doente mental)	Núcleo Clínico	N	18.117,45	(1.632,00)	16.485,45	2	na	2	2000	14
A. S.	Esquizofrenia residual	Núcleo Clínico	N	18.117,45	-	18.117,45	1	na	1	1000	17
A.C.	Deficiência Mental Moderada	Núcleo Clínico	FUMEC e CIAD*	18.945,20	-	18.945,20	0	na	0	0	19
A.M.	Esquizofrenia Paranoide	Núcleo Clínico	CIAD*	18.117,45	-	18.117,45	0	na	0	0	18
U.G.	Esquizofrenia residual	Núcleo Clínico	FUMEC	18.945,20	-	18.945,20	-1	na	-1	-1000	20
Média				18.448,55	(326,40)	18.122,15					

Não podemos comparar os resultados de custo-efetividade destes serviços da Unidade de Reabilitação dos Moradores porque as escalas de índices de efetividade e os perfis dos usuários são muito diferentes (comparando com a clientela do NOT e HD e entre os próprios setores da Unidade dos Moradores).

Como já mencionado, o custo institucional dos usuários em moradias extra-hospitalares é menor que o custo dos pacientes alojados dentro da instituição do SSCF, pelo menos, por enquanto, quando apenas os usuários mais autônomos, que precisam de um acompanhamento menos intenso, foram desinstitucionalizados. São também os moradores externos os que possuem as maiores rendas na média; isto porque a maioria da amostra recebe benefício de ação contínua (possui documentação para a realização do processo de solicitação do benefício) e é capaz de administrar sozinha esta renda. Sendo assim, os moradores externos representam um custo social⁴⁰ menor que o dos moradores internos da instituição.

Quanto à avaliação de efetividade do serviço, esta foi baseada sobretudo no ponto de vista dos profissionais responsáveis pelos pacientes, o que pode ser tendencioso, já que as famílias não foram localizadas e os usuários (exceto os do Núcleo Clínico) apenas colaboraram com um item na avaliação (satisfação com a vida).

Outra ressalva é quanto à avaliação dos pacientes sobre suas condições de vida. Por serem usuários mais debilitados que os das outras unidades analisadas, em alguns casos, suas respostas quanto à satisfação com suas vidas se limitam ao momento real da entrevista. No entanto, decidimos colocar as avaliações deles próprios (exceto os do Núcleo Clínico, com os quais foi impossível a entrevista) a fim de contrapor os resultados de efetividade do serviço visto pelos próprios profissionais ofertantes da atenção.

Fazendo uma análise intra-setores, percebemos que entre os moradores internos, J.P.R.M.F representou a melhor relação de custo-efetividade

⁴⁰ Lembremos que não estamos considerando os custos para a Previdência Social no que denominamos "custo social".

principalmente porque os técnicos constataram uma boa evolução do paciente no que se refere aos seus cuidados com a aparência e higiene.

L.D. representou um custo social menor que o da média do setor, por receber benefício de ação contínua (B.A.C.), e, ao passar do núcleo clínico para a ala Primavera na qual os pacientes têm mais contato social, obteve avanços em termos de qualidade de vida. No entanto, o paciente ainda não consegue administrar de forma autônoma o seu dinheiro.

P.C. representou os maiores custos do grupo de moradores internos porque participou de atividades do Centro Cultural FUMEC / Cândido Ferreira e do CIAD (Centro Integral de Atenção ao Deficiente) durante o primeiro semestre de 1999. Seus resultados foram positivos, exceto no que tange aos sintomas clínicos.

C.A. e J.B.O também apresentaram resultados positivos. Já M.M.C. e I.M.F, embora tenham representado custos sociais menores que os dos outros do grupo (recebem B.A.C.), não representaram bons resultados para o serviço. No caso de I.M.F., a paciente não acata as recomendações clínicas por livre e espontânea vontade.

A.M. apresentou uma pequena evolução no ano, mas seu sofrimento mental é grande e A.R.L. representou a pior relação de custo-efetividade para o serviço porque piorou seu comportamento na comunidade.

Na amostra dos usuários moradores externos à instituição, é importante salientar que os pacientes que representaram as melhores relações de custo-efetividade para a unidade foram aqueles mais autônomos e vice-versa: os menos autônomos representaram os piores indicadores de custo-efetividade. Isso não ocorreu por considerarmos os primeiros mais baratos que os menos autônomos, mas pela diferença de resultados (ou evolução) entre eles.

O usuário C.A.S.D. representou a melhor relação de custo-efetividade porque possui a maior renda, já que, além de usufruir de B.A.C., trabalha no mercado informal e durante a entrevista demonstrou a melhor projeção (comparando com toda amostra dos moradores) de objetivos futuros.

Por também possuir uma renda adicional (B.A.C. e bolsa trabalho na Oficina Agrícola do NOT), o usuário A.J.S. apresentou bons resultados de custo-

efetividade para o serviço. Outro fator que colaborou na sua boa resposta aos serviços foi o paciente freqüentar a escola do Centro Cultural FUMEC/ Cândido Ferreira.

M.P.F e L.F.⁴¹ obtiveram os melhores indicadores de efetividade no ano, entretanto a segunda representou um custo social maior porque foi transferida da instituição para a moradia extra-hospitalar em abril de 1999, ou seja, representou durante três meses custos de moradora interna.

M.D.D. demandou atividades em várias unidades do Cândido, por isso seu custo elevado. O seu bom resultado foi fruto do recebimento do B.A.C. que fez com que a família que estava passando dificuldades financeiras acolhesse-a de novo em casa. Aqui observamos um caso interessante de como a conquista de renda estimula as famílias a acolherem em casa os pacientes.

A.B.G. e B.P.A obtiveram resultados razoáveis de efetividade, no entanto a relação de custo-efetividade de A.B.G. é melhor porque este recebe benefício de ação contínua. No caso de B.P.A, sua avaliação não foi melhor porque o usuário se encontrava insatisfeito com a condução de sua vida, demonstrando uma autocrítica maior.

C.F.T. só não apresentou um resultado melhor de custo-efetividade porque não recebe benefício e sua insatisfação com a vida foi influenciada pelas fortes dores que sentia na época da entrevista.

M.A.O. representou a pior relação de custo-efetividade da unidade por ser a usuária mais debilitada física e psiquicamente do grupo, sendo que o serviço não conseguiu possibilitar-lhe grandes avanços no ano.

Finalmente, entre os pacientes selecionados do Núcleo Clínico, o que representou a melhor relação de custo-efetividade foi um paciente que não é doente mental (V.R.O). Este é um caso específico, mas não exclusivo caso analisássemos outros hospitais psiquiátricos. Pacientes deficientes físicos, pobres e que não têm família acabaram sendo depositados em hospitais psiquiátricos que oferecem atenção clínica e alimentação por toda a vida. Não seria de se pensar

⁴¹ Esta paciente faleceu no início de 2000 por enfarte.

em serviços mais baratos em termos de custos institucionais para pacientes deste tipo? Uma ressalva é que, se fôssemos analisar o quanto de atenção V.R.O demanda e representa de custo, este certamente seria menor que o custo de outros pacientes inseridos no Núcleo Clínico.

Considerando os outros pacientes do Núcleo Clínico, A.S. apresentou uma pequena evolução no ano, A.C. e U.G. poderiam ter representado resultados melhores se suas relações familiares não tivessem piorado durante o ano, ou seja, o contato com a família se tornou mais raro do que já era.

Enfim, através da análise de custo-efetividade da Unidade de Reabilitação dos Moradores para amostras de pacientes dos três setores desta unidade, concluímos que o serviço se mostrou, no ano analisado, mais custo-efetivo para os usuários mais autônomos e menos graves. Estes foram desinstitucionalizados e apresentaram bons indicadores de efetividade para o serviço.

Entretanto, para os pacientes mais debilitados, os resultados do serviço são menos animadores, pois estes pacientes representam custos maiores (devido à assistência 24 horas que demandam e aos custos indiretos administrativos e das unidades intermediárias que absorvem), e suas evoluções são mais lentas e num padrão mais limitado, se compararmos com usuários de outras unidades do Cândido.

Considerando, então, o objetivo da unidade de desinstitucionalizar todos os moradores internos, exceto os pacientes do Núcleo Clínico, percebemos que será necessário uma atenção muito mais intensiva no acompanhamento destes na comunidade do que a assistência atualmente oferecida aos usuários já desinstitucionalizados. Pois já percebemos que, entre os moradores das moradias extra-hospitalares, aqueles menos autônomos têm menos resultados que os mais independentes do serviço.

Assim, para garantir a qualidade de vida dos pacientes mais graves seria necessário uma assistência na comunidade provavelmente até maior que a que é ofertada atualmente dentro da instituição, o que representaria uma elevação do custo social destes pacientes. É provável também que, durante este processo de desinstitucionalização, os pacientes internos que obtiverem um cuidado mais

intensivo para a sua reabilitação para viver em sociedade representarão resultados melhores em termos de qualidade de vida, como foi o caso dos primeiros pacientes da tabela 3.28 entre os moradores internos.

Outra questão aparente é quanto à demanda destes usuários. Geralmente são pacientes muito apáticos, que precisam ser estimulados para conseguirem expressar desejos para algo. Portanto, a desinstitucionalização dos pacientes mais graves é um processo lento e dispendioso.

Quanto aos pacientes internados no Núcleo Clínico, os pouquíssimos resultados que obtêm representam grandes conquistas considerando o perfil dessa clientela. Infelizmente, não são vistas outras alternativas de tratamento psiquiátrico para esses pacientes que não a manutenção deles que são os resquícios do padrão de tratamento institucional anterior, em asilos psiquiátricos.

CONCLUSÃO E RESSALVAS

Analisamos neste estudo três unidades assistenciais do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” buscando apreender os custos por paciente dos serviços, dos familiares e de outros serviços de saúde mental que, por ventura, eles (os pacientes selecionados) demandaram durante 1999. Os resultados para a clientela atendida foram medidos em termos de indicadores de efetividade e buscou-se a avaliação dos profissionais envolvidos, dos familiares e dos próprios usuários.

Com isso, buscamos compreender o perfil da clientela demandante de atenção à saúde mental no serviço, a qual é heterogênea o suficiente para a considerarmos como um exemplo do perfil da demanda por atenção psiquiátrica no Brasil. O objetivo era saber para quais tipos de pacientes os serviços analisados eram mais custo-efetivos, ou seja, produziam relativamente melhores resultados a menores custos.

Infelizmente, não conseguimos analisar diretamente a Unidade de Internação de Agudos, ou seja, não acompanhamos uma amostra de pacientes no início de 1999 internada na unidade para avaliarmos por quais serviços de saúde mental de Campinas passaram, que custo representaram para a sociedade e quais foram seus resultados.

No entanto, acabamos abrangendo os custos médios e os resultados da internação de curto prazo quando alguns pacientes de nossas amostras precisaram ser internados ou foram encaminhados aos serviços após alta da internação.

Desta forma, pudemos perceber a importância de serviços de internação psiquiátrica de curto prazo para a contenção de crises. Ou seja, os serviços para a contenção de crises ou mesmo para alojamento temporário de pacientes vivendo problemas familiares funcionam como apoio aos serviços alternativos comunitários de saúde mental.

Também analisamos marginalmente os sistemas de referência e contra-referência da rede de saúde mental de Campinas, ou seja, captamos os efeitos (e os custos) da inter-relação e coordenação entre o SSCF, os centros de saúde regionalizados e outros serviços assistenciais ou educacionais voltados para doentes e deficientes mentais.

Concluimos, através de nosso estudo de custo-efetividade que, de modo geral, as unidades assistenciais inovadoras do SSCF (hospital-dia, NOT e moradias extra-hospitalares) foram custo-efetivas para a maior parte dos usuários a quem atenderam. Ou seja, produziram bons resultados a custos relativamente baixos quando comparados com os custos de tratamentos tradicionais, como as internações de longo prazo. No entanto, este serviço, tido como um exemplo de tratamento psiquiátrico alternativo no Brasil, ainda não foi capaz de desospitalizar seus doentes crônicos, precisando, talvez, investir mais num cuidado intensivo de saúde e respeitando os limites de cada usuário.

Especificamente quanto a relação de custo-efetividade para os diferentes tipos de clientela da saúde mental, representada em nosso estudo pela amostra de usuários do Hospital-Dia, do Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT) e da Unidade de Reabilitação dos Moradores, pudemos separar quatro grupos de usuários:

- aqueles que sofrem de problemas mentais mas que, eles ou os familiares, não se adequam às exigências dos serviços, acabando por se desligarem;
- os que permanecem por pouco tempo nos serviços, recuperam-se, têm alta e continuam fazendo um acompanhamento medicamentoso esporádico (nestes casos, a relação de custo-efetividade é alta);
- os chamados “novos crônicos”, usuários com vários tipos de diagnóstico (desde esquizofrenia até transtornos neuróticos, alcoolismo, drogadição, transtornos afetivos etc.) que, junto com os familiares, demandam a estabilidade, o acolhimento e até mesmo a subsistência que os serviços analisados oferecem permanecendo

vinculados a eles por muitos anos (também apresentam uma boa relação de custo-efetividade); e

- os pacientes aqui considerados graves, ou seja, aqueles casos inscritos para os quais os serviços não conseguem avanços substanciais em termos de qualidade de vida. É o caso de grande parte dos pacientes moradores (crônicos).

É importante ressaltar que nesta pesquisa não consideramos graves apenas os pacientes com esquizofrenia e nem todos eles, pois vimos que há vários usuários das unidades analisadas com esse diagnóstico, mas que não representam grandes problemas e demandas para os profissionais e familiares. Na verdade, consideramos como pacientes graves aqueles para os quais o serviço não consegue intervir substancialmente na melhoria da qualidade de vida. Para alguns desses casos, os profissionais do Cândido começaram a buscar um cuidado mais intensivo e qualificado, a fim de propiciar-lhes melhores resultados.

Vimos também o quanto o apoio familiar e a manutenção do uso de medicação são importantes para o bom funcionamento dos modelos de atenção comunitária. Percebemos através da amostra do NOT e de um caso entre os moradores externos que a conquista de maior renda facilita a manutenção da convivência familiar, principalmente entre as famílias de baixa renda. Além, é claro, de que a existência de uma renda já é um benefício em si para estes usuários.

Avançando, então, em uma questão marginal de nosso trabalho, qual seja, o financiamento da saúde mental no Brasil, salientamos a hipótese de oferecer subsídios às famílias de pacientes psiquiátricos que se propusessem a acolhê-los em casa quando estes não estivessem nos serviços alternativos comunitários. Na nossa opinião, os formuladores da lei de desinstitucionalização psiquiátrica em tramitação no Congresso Nacional deveriam também pensar formas de custeio diferenciado para os diferentes tipos de serviços na saúde mental levando em consideração o quanto de tratamento intensivo e qualificado alguns tipos de pacientes demandam. Por exemplo: não há ainda, no Brasil, uma verba específica para o financiamento de moradias extra-hospitalares.

Baseados na pesquisa de PASTORE *et alii* (1996a, 1996b) em Livorno, na Itália, temos que a maioria da população demandante de atenção psiquiátrica são pacientes fáceis de serem tratados em regime aberto não demandando cuidados intensivos. No entanto, uma pequena parcela desta população requer tratamentos intensivos na comunidade por longo prazo, o que significa custos elevados para a sociedade.

Sendo assim, a sociedade, além do Congresso Nacional, também deveria começar a debater o que deseja fazer com seus "loucos", pois o tratamento comunitário direcionado à melhoria da qualidade de vida de pacientes graves e, geralmente, abandonados por seus familiares requer um remanejamento de gastos, como sugerem os estudos expostos no primeiro capítulo.

Através de nosso estudo, percebemos também que os custos dos pacientes do SSCF não são menores que os custos sociais e institucionais expostos nos estudos internacionais aqui mencionados. Não podemos inferir que esta seja a realidade brasileira, pois, um exemplo, o SSCF recebe da Prefeitura Municipal de Campinas uma verba adicional ao faturamento de AIH's e procedimentos pelo SUS de quase 10% deste faturamento.

Na verdade, estudos como o proposto nesta dissertação seriam extremamente valiosos para desvendar os problemas do início da desinstitucionalização no Brasil, quem é a clientela da saúde mental no país e quanto ela custa (ou se gasta com ela). Pesquisas avaliativas de outras formas de tratamentos alternativos, como Caps e Naps, além dos tratamentos hospitalares ainda em voga no país, contribuiriam para ampliar o pequeno leque de informações que dispomos sobre o que é ofertado no campo da saúde mental no Brasil, com que qualidade e a que custo. Isso nos ajudaria no debate e formulação da reforma psiquiátrica brasileira.

Nosso estudo é um tipo de avaliação possível dos resultados dos tratamentos escolhidos. Trata-se de uma adaptação e aplicação da metodologia de custo-efetividade, a qual se mostrou adequada para nos desvendar os vários problemas e conflitos dos serviços e da clientela analisada, ou seja, os conflitos entre ofertas e demandas nos serviços de atenção à saúde mental.

Para a avaliação dos resultados ou efetividade dos serviços analisados não utilizamos questionários padrões de aferição de qualidade de vida para pacientes psiquiátricos. Construímos questionários abertos, mas direcionados, para os profissionais, usuários e familiares os quais consideramos, junto com os profissionais das unidades, serem mais adequados à realidade dos serviços e da clientela pesquisada. No entanto, mesmo sem construirmos medidas rigorosas de qualidade de vida, pudemos aferir para quais usuários os resultados eram maiores e para quais eram menores. Isso possibilitou a comparação da relação de custo e efetividade entre todos os pacientes das amostras e a construção de uma escala ou seqüência decrescente de custos e resultados para os pacientes dentro de cada unidade analisada.

Quanto à aferição dos custos, priorizamos o cálculo detalhado dos custos do SSCF seguindo a metodologia de rateio departamental por absorção de custos e apuramos o valor dos recursos humanos gastos em cada atividade demanda pelos usuários selecionados durante o ano de 1999. Dessa forma, obtivemos medidas específicas de custo de cada paciente para o serviço e adicionamos alguns dados sobre seus custos para outros serviços de saúde mental da região de Campinas e para os seus familiares. Mais uma vez, devemos lembrar que são medidas de custos circunscritas ao contexto analisado.

Outra questão que devemos mencionar é que, como toda análise em Ciências Sociais e toda avaliação, nossa pesquisa envolve valores. Estes valores, construídos a partir de leituras e do aprendizado com o serviço, sobressaem-se ao considerarmos a vida em comunidade melhor que a vida institucional (salvo em alguns casos), a renda como indicador positivo de qualidade de vida e as medidas de qualidade de vida ou de saúde sintetizadas em avaliações de sintomas, convívio social e familiar, emprego, independência para realizar funções de vida diária etc.

A partir dos nossos valores, buscamos também os valores dos profissionais envolvidos com os serviços analisados, valores dos familiares dos pacientes e dos próprios ao expressarem seus valores de satisfação com suas vidas. Tentamos com isso, não só avaliar os serviços sob o ponto de vista de seus

profissionais que tenderiam a avaliar de forma positiva seu trabalho para com os pacientes. Mas buscamos as avaliações do serviço também entre os familiares e os pacientes, a fim de expormos a realidade de um serviço de saúde mental que se propõe a oferecer, em regime aberto, atenção de qualidade e voltada para as necessidades dos usuários.

Outra especificidade do SSCF é o seu modelo de atenção baseado no sistema de profissionais de referência a grupos pequenos de pacientes, os quais são responsáveis pela formulação de seus projetos terapêuticos e os acompanham por longo prazo, formando um vínculo produtivo com eles. Isso não impossibilita que todos os membros das equipes estejam sempre discutindo e participando da evolução de cada caso. Esse sistema de referência e vínculo também é uma realidade muito distante para a maioria dos serviços de saúde no Brasil.

Uma limitação de nossa dissertação é quanto ao corte temporal de sua análise. Buscamos comparar os custos anuais dos pacientes selecionados com a sua evolução no ano. Entretanto, muitos resultados que captamos foram decorrentes de um longo prazo de tratamento, outros de apenas um ano ou alguns meses.

Como cada caso analisado encontra-se em uma fase de tratamento, acreditamos que exemplificamos adequadamente os resultados de alguns tipos de serviços de saúde mental e seus custos médios anuais. Apenas não podemos afirmar que os custos expostos sejam os custos reais destes resultados, pois há outros fatores como religião, nível de renda e instrução, desemprego, habitação, relação familiar etc. que mencionamos na análise mas não os isolamos.

Outra situação da qual não devemos nos esquecer e que circunscreve o trabalho é a situação de recessão pela qual passamos atualmente e os problemas do sistema de saúde brasileiro (assim como de todo o sistema de proteção social): poucas verbas, má distribuição e adequação do financiamento, oferta menor que a demanda etc.

Não calculamos nos custos os valores de depreciação e do uso dos terrenos porque todos os serviços analisados (inclusive os centros de saúde da

rede pública e o Hospital Psiquiátrico Tibiricá, hospital privado conveniado ao SUS) não avaliaram estes itens como custo. Como, geralmente, no setor público, não existe esse cálculo no demonstrativo de custos (quando muito existe o demonstrativo), cremos que, fazendo as devidas correções, nossos dados poderão servir para comparação.

Também não consideramos o valor de mercado do trabalho voluntário e de estagiários dos serviços. Estes oferecem um variado rol de assistência aos pacientes, que amplia a qualidade dos serviços prestados, surtindo, talvez, bons resultados. Infelizmente, não conseguimos avaliar esses custos.

Quanto à questão dos gastos com medicação psiquiátrica, tida como uma medicação cara, percebemos que, segundo dados disponíveis de alguns serviços (SSCF e Hospital Tibiricá), tais gastos não chegaram a 5% dos custos médios dos pacientes. Isso pode ser conseqüência da política de mínima medicação possível para evitar impregnações, do custo subsidiado dos remédios para instituições de saúde e da restrição orçamentária que faz com que haja nos serviços analisados os remédios substitutos mais baratos. Se olharmos alguns casos em que a família paga a medicação do paciente, percebemos que esse custo torna-se muito elevado. Isso porque, nesses casos, paga-se o valor de mercado dos remédios de última geração.

Outros custos para os familiares como stress e sobrecarga devido ao tratamento comunitário não foram valorados em termos de custos monetários, mas pesquisadas nos indicadores de efetividade dos serviços. O custo com habitação também não foi considerado. Na verdade, foi considerado como custos familiares o que as famílias mencionaram, sem questionarmos a veracidade ou não das informações. Consideramos essas respostas como indicadoras da satisfação das famílias com os resultados dos usuários em serviços alternativos.

Concluindo, nossa pesquisa avaliativa de um caso de serviço alternativo de saúde mental no Brasil não é um fim em si mesma. Os resultados da dissertação poderão ser utilizados pelo serviço analisado para o aprimoramento das intervenções oferecidas a sua clientela e também na discussão e

planejamento da reforma psiquiátrica brasileira que ainda se encontra numa fase inicial.

Terminamos com uma citação de WEISBROD *et alii* (1980) sobre as análises econômicas em saúde:

*“(They) should be seen **not** as a mechanism for deciding mechanically on the allocation of funds and resources among programs but as a structure for weighing advantages and disadvantages (that is, for organizing knowledge). (...) The question thereafter is not **whether** such analyses are desirable, for in one form or another they cannot be avoided, but **how** to do the analyses in a comprehensive and useful mannner” (WEISBROD, 1980: 405).*

**ANEXO 1: ESTRATIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS NO HOSPITAL-DIA, NOT E
UNIDADE DE REABILITAÇÃO DOS MORADORES**

Hospital-Dia: tamanho da amostra = 20 usuários

Faturamento	População em março/99	Amostra
Procedimento	39	10
AIH	37	10
<i>Total</i>	<i>76</i>	<i>20</i>

Obs.: os usuários são faturados para o SUS como procedimentos, quando vêm ao HD menos que 3 vezes por semana e como AIH quando freqüentam de 3 a 5 vezes por semana o serviço.

NOT: tamanho da amostra = 15 usuários

Oficinas	População em março/99	Amostra
Agrícola	32	4
Culinária	11	2
Papel	7	1
Gráfica	16	2
Vitrais	14	2
Marcenaria	11	2
Parcerias	9	2
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>15</i>

Unidade de Reabilitação dos Moradores: tamanho da amostra = 23 usuários

Setores	População em março/99	Amostra
Moradores externos	48	8
Moradores internos	94	15
<i>Total</i>	<i>142</i>	

**ANEXO 2: QUESTIONÁRIOS PARA A AVALIAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE PARA
20 USUÁRIOS INSCRITOS NO HOSPITAL-DIA NO INÍCIO DE 1999.**

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO dos usuários selecionados no
Hospital-Dia

Informações dos Prontuários :

Nome:

Equipe Referência:

Prontuário:

Sexo: () F () M

Data e local de nascimento:

Filiação:

Cor:

Estado civil:

Documentos:

Escolaridade:

Diagnóstico (e tempo de doença, qd. tiver):

Mora com quem:

Endereço:

Ingresso ao HD:

Quantas vezes já foi internado desde o 1º ingresso ao HD:

Internações anteriores ao ingresso ao HD :

Onde

Período

Motivo de alta

Trabalha: () Sim

NOT

afazeres domésticos

outros.....

() Não

Ocupações anteriores:

Ocorrências com a polícia:

FICHA DE AVALIAÇÃO MENSAL dos usuários selecionados no
Hospital-Dia

Informações coletadas nos Prontuários , PTI´s etc. :

1. Nome:
2. Sintomas da doença mental:
Sintomas clínicos:
Medicação:
Quem administra?
Se caso for o próprio: () usa () não usa () abusa
4. Atividades de vida diária: () para higiene pessoal e estética () alimentação () para atividades domésticas () locomoção a pé ou de ônibus () outros,
5. Convívio social: () na instituição, participa de comemorações, passeios... () na comunidade, passeios e festas no bairro, na cidade... () FUMEC,..... () Centro de Convivência, () outros,
6. Convivência com familiares: () Sim () Não Obs.: Informações sobre o convívio em casa:
7. Desempenho no trabalho: Quanto recebe mensalmente:
8. Benefício: () Não () Sim, Quanto: Como recebe:
9. Atividades terapêuticas programadas / PTI: Frequência mensal:
10. Demanda assistência de outros serviços de saúde fora do Cândia?
11. Obs.(Intercorrências / Internações):

QUESTIONÁRIO PARA A EQUIPE DE REFERÊNCIA do Hospital-Dia sobre os usuários selecionados na pesquisa de custo-efetividade:

Usar os conceitos: Melhorou, Estável, Piorou (em relação ao último ano);

1. Nome do usuário:
Nome da referência:
2. Quanto aos sintomas da doença mental:
Quanto aos sintomas clínicos:
Obs.:
3. Quanto ao comportamento, humor, relação inter-pessoal:
Obs.:
4. Quanto às atividades de vida diária (autonomia para higiene, alimentação, locomoção):
Obs.:
5. Quanto ao convívio social:
Obs.: Você acha que este usuário, no último ano, conseguiu uma maior inserção social ou no mercado de trabalho por causa dos serviços prestados pelo HD?
6. Quanto à convivência com os familiares ou na casa onde mora:
Obs.:
7. Quanto ao desempenho no trabalho:
Obs.:
8. Qual é o PTI do usuário? (Responder no verso)
Quanto ao desempenho nas atividades propostas para ele:
Quanto à frequência nestas atividades:
O fato de ele participar mais ou menos das atividades significa uma melhora ou piora? Significa uma menor ou maior necessidade do serviço?

Intercorrências?
9. Qual o grau de sua satisfação para com os resultados deste usuário no último ano? (bom, razoável ou ruim?)

QUESTIONÁRIO PARA AS PESSOAS QUE MORAM COM OS USUÁRIOS selecionados do **Hospital-Dia**

1. Nome do usuário:

Nome da pessoa entrevistada:

Grau de parentesco:

2. De um ano para cá, como evoluiu o comportamento e o humor do usuário?

3. Como é a relação com o usuário?

Ele tem funções em casa? Cumpre bem estas funções?

4. Vocês participam de comemorações, missas, festas no bairro ou na cidade?

Como é o convívio com os vizinhos?

Já tiveram problemas com a polícia ou sofreram reclamações da comunidade, por causa do paciente?

5. O usuário ajuda nas despesas de casa? Em quanto? Compra o quê?

Quais (e quantos) são os gastos que vocês têm com ele (medicação, roupas, alimentos)?

Antes do usuário ingressar no Cândido ou em outro serviço de saúde mental, ele ajudava nas despesas de casa?

O que ele fazia antes?

Trabalhava?

Qual era sua profissão?

Grau de escolaridade?

Ajudava nos afazeres domésticos?

6. (Se não houver nos prontuários) Pesquisar sobre as internações em outras instituições psiquiátricas, antes do Cândido: Onde? De quando a quando? Por que saiu?

7. Outras informações sobre a história do usuário:

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS selecionados do

Hospital-Dia:

Nome:

1. O que você gosta de fazer?
O que você faz durante a semana? E, nos finais de semana?
2. Gosta de trabalhar?
O que você faz?
Quanto você ganha?
Tem benefício?
Quer trabalhar em alguma coisa?
Procurou emprego?
Conseguiu mais renda?
3. O que você compra com o seu dinheiro?
4. Como é a vida na sua casa?
Quais são suas funções?
5. Você conhece seus vizinhos? Eles são legais?
Você sai para passear ou ir a festas no bairro ou na cidade?
Participa de atividades no Centro de Convivência, na FUMEC ou de festas no HD?
6. Já teve problemas na rua ou com a polícia?
7. Como está sua vida? Você gosta dela?
Como você queria que ela fosse?
8. Como você queria que o Cândido fosse?

**ANEXO 3: QUESTIONÁRIOS PARA A AVALIAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE
PARA 15 USUÁRIOS INSCRITOS NO NÚCLEO DE OFICINAS E TRABALHO NO
INÍCIO DE 1999.**

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO dos usuários selecionados no

NOT

Informações dos Prontuários:

Nome:

Oficina:

Referência:

Prontuário:

Sexo: () F () M

Data e local de nascimento:

Filiação:

Cor:

Estado civil:

Escolaridade:

Diagnóstico (e tempo de doença, qd. houver):

Mora com quem:

Endereço:

Ingresso no SSCF:

Ingresso no NOT:

Quantas vezes já esteve inscrito na unidade:

Quantas vezes já foi internado desde o primeiro ingresso no NOT:

Internações anteriores ao ingresso no SSCF :

Onde	Período	Motivo de alta
------	---------	----------------

Ocupações anteriores ao NOT:

Ocorrências com a polícia:

FICHA DE AVALIAÇÃO MENSAL dos usuários selecionados no

NOT

Informações coletadas nos Prontuários e nas avaliações das oficinas :

1. Nome:

2. Sintomas da doença mental:

Sintomas clínicos:

Medicação:

Quem administra?

Se caso for o próprio: () usa () não usa () abusa

3. Desempenho no trabalho: () A
() B
() C
() Em treinamento
() Mudou de oficina
() Procurou outro emprego
() Abandonou

Faltas:

Quanto recebe mensalmente: () 13°

4. Auto-cuidados:

5. Convívio social: () na instituição, participa de comemorações, passeios...
() na comunidade, passeios, compras...
() FUMEC,.....
() outros,

6. Convivência com familiares: () Sim () Não Obs.:
Informações sobre o convívio em casa:

7. Benefício: () Não
() Sim, Quanto:

Como recebe:

8. Atividades terapêuticas ou de reabilitação programadas além das oficinas / PTI:

Demanda assistência de outros serviços de saúde fora do Cândido?

Freqüência mensal:

9. Obs.(Intercorrências / Internações):

QUESTIONÁRIO PARA OS REFERÊNCIAS do NOT

Sobre os usuários selecionados:

Usar os conceitos: Melhorou, Estável, Piorou (em relação ao **último ano**):

1. Nome do usuário:
Nome da referência:
2. Quanto aos sintomas da doença mental:
Quanto aos sintomas clínicos:
Obs.:
3. Quanto ao comportamento, humor, relação inter-pessoal:
Obs.:
4. Quanto às atividades da vida diária (autonomia para higiene, alimentação, locomoção):
Obs.:
5. Quanto ao convívio social:
Obs.:
6. Quanto à convivência com os familiares ou na casa onde mora:
Obs.:
7. Quanto ao desempenho no trabalho:
Quanto à frequência na oficina:
Quanto ao valor de sua bolsa:
Obs.: É um usuário que demanda muita atenção?
Você acha que esse usuário, no último ano, conseguiu uma maior inserção social por estar inserido no NOT?
8. Qual é o PTI do usuário? (Responder no verso)
9. Quanto ao desempenho em outras atividades propostas para ele, como por exemplo, o HD:
Quanto à frequência nessas atividades:
O fato de ele participar mais ou menos de atividades fora da oficina significa uma melhora ou piora? Significa uma menor ou maior necessidade do serviço?

Intercorrências?
10. Outros comentários: Qual o grau de sua satisfação para com os resultados desse usuário no último ano? (bom, razoável ou ruim?)

QUESTIONÁRIO PARA AS PESSOAS QUE MORAM COM OS USUÁRIOS
selecionados do **NOT**

1. Nome do usuário:
Nome da pessoa entrevistada:
Grau de parentesco:
2. De um ano para cá, como evoluiu o comportamento e o humor do usuário?
3. Como é a relação com o usuário?

Ele tem funções em casa? Cumpre bem essas funções?
4. Vocês participam de comemorações, missas, festas no bairro ou na cidade?

Como é o convívio com os vizinhos?

Já tiveram problemas com a polícia ou sofreram reclamações da comunidade?
5. O usuário ajuda nas despesas de casa? Em quanto? Compra o quê?

Quais (e quantos) são os gastos que vocês têm com ele (medicação, roupas, alimentos)?

Antes do usuário ingressar no Cândido ou em outro serviço de saúde mental, ele ajudava nas despesas de casa?
O que ele fazia antes?
Trabalhava?
Qual era sua profissão?
Grau de escolaridade?
Ajudava nos afazeres domésticos?
6. (Se não houver nos prontuários) Pesquisar sobre as internações em outras instituições psiquiátricas, antes do Cândido:
De quando a quando?
Onde?
Por que saiu?
7. Outras informações sobre a história do usuário:

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS selecionados do

NOT:

Nome:

1. O que você gosta de fazer?
O que você faz durante a semana? E, nos finais de semana?
2. Gosta de trabalhar?
O que você faz?
Quanto você ganha?
Tem benefício?
Procurou outro emprego antes de vir para o NOT?
Tem vontade de trabalhar em outra coisa? Procurou algum outro emprego atualmente?
Conseguiu mais renda?
(Por que abandonou o NOT?)
3. O que você compra com o seu dinheiro?
4. Como é a vida na sua casa?
Quais são suas funções?
5. Você conhece seus vizinhos? Eles são legais?
Você sai para passear ou ir em festas no bairro ou na cidade?
Participa de atividades no Centro de Convivência, na FUMEC, festas do NOT?
6. Já teve problemas na rua ou com a polícia?
7. Como está sua vida? Você gosta dela?
Como você queria que ela fosse?
8. Como você queria que o Cândido fosse?

PLANILHA DAS ROTINAS DOS USUÁRIOS selecionados no NOT:

Nome do usuário:

Oficina:

Referência:

	2° Feira	3° Feira	4° Feira	5° Feira	6° Feira	Sábado	Domingo
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							

Quanto tempo de intervalos diários?

Obs.:

**ANEXO 4: QUESTIONÁRIOS PARA A AVALIAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE PARA
23 USUÁRIOS INSCRITOS NA UNIDADE DE REABILITAÇÃO DOS MORADORES
NO INÍCIO DE 1999.**

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO dos usuários selecionados na

Unidade de Reabilitação dos Moradores / Núcleo Caps

Informações dos Prontuários:

Nome:

Referência:

Prontuário:

Sexo: () F () M

Data e local de nascimento:

Filiação:

Cor:

Estado civil:

Documentos:

Escolaridade:

Profissão:

Diagnóstico:

Ingresso no SSCF:

Moradia:

Ingresso:

Internações anteriores ao ingresso ao SSCF :

Onde

Período

Motivo de alta

QUESTIONÁRIO PARA A EQUIPE DE REFERÊNCIA da Unidade de Reabilitação dos Moradores / Núcleo Caps

Usar os conceitos: Melhorou, Estável, Piorou (em relação ao último ano);

1. Nome do usuário:
Nome da referência:
2. Quanto aos sintomas da doença mental:
Quanto aos sintomas clínicos:
Obs.:
3. Quanto ao comportamento, humor, entusiasmo com a vida:
Obs.:
4. Quanto às atividades de vida diária:
Obs.:
5. Quanto ao convívio social:
Obs.: Houve algum incidente na rua, com os vizinhos, com os colegas, com a polícia ou alguma coisa (legal ou ruim) que não foi captada nas minhas entrevistas?
6. Quanto à convivência com os familiares:
Obs.:
7. Quanto ao desempenho no trabalho (quando trabalham):
Obs.:
8. Quanto ao desempenho nas atividades propostas para ele:
Quanto à frequência nestas atividades:
O fato de ele participar mais ou menos das atividades significa uma melhora ou piora? Significa uma menor ou maior necessidade do serviço?

Intercorrências?
É um usuário que demanda muita atenção?
9. Quanto ao recebimento de benefício:
Obs.:
10. Outros comentários:
Você acha que esse usuário, no último ano, conseguiu adquirir mais autonomia por causa do serviço ou dos cuidados da equipe com ele?
Qual o grau de sua satisfação para com os resultados desse usuário no último ano? (bom, razoável ou ruim?)

QUESTIONÁRIO PARA A FAMÍLIA dos usuários selecionados na

Unidade de Reabilitação dos Moradores / Núcleo Caps:

(Quando o endereço dos familiares mais próximos for conhecido.)

Obs.: Não necessariamente farei as perguntas da forma como estão neste questionário, mas buscarei interrogar sobre esses aspectos mencionados:

1. Nome do usuário:

Nome da pessoa entrevistada:

Grau de parentesco:

2. De um ano para cá, você notou alguma mudança de comportamento do usuário?

3. Como é a relação com o usuário? Existe um convívio entre a família e o usuário?

De quanto em quanto tempo se encontram? A família o visita ou o usuário é que a visita?

Alguma vez já pensaram em acolhê-lo em casa? Relação difícil?

Condição financeira?

Outros?

Ele tem funções quando está na casa dos familiares?

4. Vocês participam de comemorações, missas, festas no bairro ou na cidade?

Como é o convívio com os vizinhos?

Já tiveram problemas com a polícia ou sofreram reclamações da comunidade, por causa do usuário?

5. O usuário ajuda nas despesas de casa? Em quanto? Compra o quê?

Ajudam-no financeiramente ou têm gastos com ele (medicação, roupas, alimentos)? Quanto?

6. Antes do usuário ficar doente, ele ajudava nas despesas de casa?

O que ele fazia? Trabalhava?

Qual era sua profissão?

Grau de escolaridade?

Ajudava nos afazeres domésticos?

7. Obs.:

**QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS selecionados da
Unidade de Reabilitação dos Moradores / Núcleo Caps:**

Moradores Externos

Nome:

Casa:

1. Como está sua vida? Você gosta dela?
Como você queria que ela fosse?
2. O que você gosta de fazer?
O que você faz durante a semana? E, nos finais de semana?
3. Gosta de trabalhar?
Qual é o seu trabalho?
Quanto você ganha?
Tem aposentadoria?
Quer trabalhar em alguma (outra) coisa? Está procurando emprego?
Conseguiu mais renda?
4. O que você compra com o seu dinheiro?
5. Como é sua vida na casa?
Quais são suas funções?
6. Você conhece seus vizinhos? Eles são legais?
Você sai para passear, ir a festas, excursões, exposições?

Participa de atividades no Centro de Convivência, na FUMEC, festas no Cândia?
7. Já teve problemas na rua ou com a polícia?
8. Como você queria que o Cândia fosse?
9. (Para os companheiros da mesma casa):
9.1. Como é a convivência com o "fulano"?
9.2. Como é o convívio com os vizinhos da rua?

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS selecionados da
Unidade de Reabilitação dos Moradores / Núcleo Caps:

Moradores Internos

Nome:

Setor:

1. Como está sua vida? Você gosta dela?
Como você queria que ela fosse?
2. O que você gosta de fazer?
O que você faz durante a semana? E, nos finais de semana?
3. Gosta de trabalhar?
Qual é o seu trabalho?
Quanto você ganha?
Tem aposentadoria?
Quer trabalhar em alguma (outra) coisa? Está procurando emprego?
Conseguiu mais renda?
4. O que você compra com o seu dinheiro?
5. Como é sua vida no setor?
Tem amigos? Quem?
Ajuda na limpeza, cozinha?
6. Você conhece as pessoas de Sousas? Elas são legais?

Você sai para passear, ir a festas, excursões, exposições?

Participa de atividades no Centro de Convivência, na FUMEC, festas no Cândido?
7. Já teve problemas na rua ou com a polícia?
8. Como você queria que o Cândido fosse?
9. O que você acha de morar fora do Cândido?

PLANILHA DE UTILIZAÇÃO DA CARGA HORÁRIA da equipe da

Unidade de Reabilitação dos Moradores / Núcleo Caps

(Para ser usada na pesquisa de custo-efetividade realizada por Márcia, da UNICAMP)

Responder durante a semana do dia 3 a 7 de maio:

Em média, por semana, quantas horas você tem utilizado com atividades administrativas (reuniões, cursos etc.) e burocráticas (prontuários, planilha de produção etc.)? Preencher em horas OU em porcentagem.

	ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E BUROCRÁTICAS	ATIVIDADES ASSISTENCIAIS DE CARGA HORÁRIA NÚCLEO OU DE CAMPO	SEM ANÁLISE DE CARGA HORÁRIA SEMANAL
Em horas			
Em %			100%

BIBLIOGRAFIA:

- ALVES Domingos; PAULO, Fagundes; ALCANTARA, Flávia (mai./1998). *Evaluation of Public Psychiatric Care Expenses in the State of Rio de Janeiro, Brazil*. Apresentado no VI Congresso da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial. Hamburgo.
- AMARANTE, Paulo (org.) (1995). *Loucos pela vida _ A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama-ENSP.
- ATENÇÃO. São Paulo, Página Aberta Ltda. Ano 2, nº. 5. abril, 1996.
- AURELIANO, L.; DRAIBE, S. M. (1989). *A especificidade do welfare state brasileiro*. In: MPSA/CEPAL (1989). *Projeto: A política social em tempo de crise: articulação internacional e descentralização*.
- BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. (1998). Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (12): 627 – 640.
- BANDEIRA, M.; LESAGE, A; MORISSETTE, R. (1994). Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (12): 659 – 666.
- BANDEIRA, Marina (1994). Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(7): 355 – 360.
- BARTELS, Stephen J. *et alii* (1993). Substance Abuse in Schizophrenia: Service Utilization and Costs. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, nº 181, p.: 227-232.
- BELO HORIZONTE - SMSA (1993). *Relatório de Atividades*.

- BELO HORIZONTE - SMSA (1994). *Seminário: Urgência sem manicômio*. Realização Núcleo Pró-Formação e Pesquisa do CERSAM/ Barreiro.
- BELO HORIZONTE - SMSA (1995). *Seminário: Dispositivos de Tratamento em Saúde Mental na Rede Pública: Construindo um Projeto*. Realização Núcleo Pró- Formação e Pesquisa do CERSAM/ Barreiro.
- BELO HORIZONTE - SMSA (1º. sem./94). *Relatório de Atividades*.
- BELO HORIZONTE - SMSA (fev./97). *Relatório de Atividades 1993 - 1996*.
- BELO HORIZONTE - SMSA (jun/96). *Relatório de Atividades 1995*.
- BENDER, M. P. (1978). *Psicologia da Comunidade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- BOISER, S. *Diseño de Planes Regionales Métodos y Técnicas de Planificación Regional*. Madrid: Centro de Perfeccionamiento, Colégio Oficial de Ingenieros de Caminos, Canales y Huertos, 1976.
- BOND, G. R.; MILLER, L. D.; KRUMWIED, R. D.; WARD R. S. (1988). Assertive case management in three MHCs: a controlled study. *Hospital Community Psychiatry*, 39: 411- 418.
- BOND, G. R.; WITHERIGE, T. F.; DINCIN, J.; WASMER, D.; WEBB, J, DE-GRAAF-KASER, R. (1990). Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: a controlled study. *American Journal of Community Psychology*, 18: 865 – 872.
- BONOVITZ, J. C. & BONOVITZ, J. S. (1981). Diversion of the mentally ill into the criminal justice system: the police intervention perspective. *American Journal of Psychiatry*, 138: 973 – 976.
- BRASIL. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990.

- BUENO, Wanderlei Silva & MERHY, Emerson Elias (1997). *Os equívocos da NOB-96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* (Internet: [http:// www. datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br))
- BUTTER, I; MOORE, G.T.; ROBERTSON, R.L.; HALL, E. (1973). *Effects of Mampower utilization on Cost and Productivity of a Neighborhood Health Center*. In: Mc KINLAY, John. (1973). *Economic Aspects of Health Care, a selection of articles from the Milbank Memorial Fund Quarterly*. New York: Milbank Memorial Fund.
- CAMPINAS - Prefeitura Municipal (jul./96). *Convênio com o S.S. "Dr. Cândido Ferreira"*.
- CAMPOS, Gastão W. S. (jun./98). *A clínica e a Reabilitação do Sujeito e o Trabalho em Equipe*. In: CAMPOS, G. W. S. *Anti-taylor: Teoria e Método para a Práxis em Instituições*. Campinas: UNICAMP (mimeo).
- CANADIAN COORDINATING OFFICE FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. *A Guidance Document for the Costing Process*. Version 1. Ottawa: CCOHTA Publications, August, 1996.
- CANADIAN COORDINATING OFFICE FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. *Guidelines for Economic Evaluation of Pharmaceuticals: Canada*. 2.a ed. Ottawa: CCOHTA Publications, November, 1997.
- CHIZZOTTI, Antonio (1991). *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortês Editora.
- COHEN, Ernesto & FRANCO, Rolando. *Avaliação de Projetos Sociais*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CONTANDRIOPOLOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J; RAYNALD, P. (1992). *A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: LEBRUN, T.; SAILLY, J. C.; AMOURETTI, M.; GRECE, L. (eds.) (1992). *A Avaliação em termos de*

saúde: dos conceitos à prática. (Atas de colóquio). Montreal, Canadá, p. 14 – 32.

CONTANDRIOPOLOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J; POTVIN, L.; BOYLE, P. (1994). *Saber preparar um pesquisa: Definição, Estrutura, Financiamento*. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO.

CREPET, P. (1990). A transition period in psychiatry care in Italy ten years after the reform. *British Journal of Psychiatry*, 156: 27 – 36.

CROWCROFT, A. (1971). *O Psicótico: Compreensão da Loucura*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

CUFFEL, Brian J. *et alii* (1996). Treatment Costs and Use of Community Mental Health Services for Schizophrenia Age Cohorts. *American Journal of Psychiatry*, nº 153, July, p.: 870-876.

DANIEL, Wayne W. (1991). *Biostatistics : a foundation for analysis in the health sciences*. New York : J.Wiley.

DARLING, A (1997). *La diferencia entre análisis económico y análisis financeiro*. Texto interno do BID. Whashington, 5 –6 maio/1997.

DATASUS (Bando de dados do Ministério da Saúde na Internet): <http://www.datasus.gov.br>

DROESBEKE, Jean-Jacques & FINE, Jeanne (1997). *Metodologia de la encuesta*. Programme de Recherche et D'Enseignement en Statistique Appliquée, IV Seminario de Capacitación de Docentes: *Producción y tratamiento de datos de Investigación en Ciencias Humanas y Sociales*, Chile.

FINLAYSON, R.; GREENLAND, C.; DAWSON, F. D. *et alii* (1983). Chronic psychiatric patients in the community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28: 635 – 639.

- FONSECA, André L. C; BRANDALISE, Fernando; SANTANA, Elizabete M. (1998). *Custos financeiros, custos sociais: os custos das moradias*. Aula do Curso Interdisciplinar sobre Moradias Extra-Hospitalares, FEAC, Campinas, 30 out./1998.
- FOUCAULT, Michel (1978). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- FURTADO, Juarez P. & PACHECO, Ricardo A (1996). *Moradias Extra-Hospitalares para pacientes psiquiátricos em Campinas: análise de uma experiência*. (mimeo)
- GOLDBERG, D. & HUXLEY, P. (1980). *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock Publications.
- GOURNAY, K. & BROOKING, J. (1995). The community psychiatric nurse in primary care: an economic analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 22: 769 – 778.
- HARTZ, Zumira M. De Araujo & CAMACHO, Luiz A. Bastos. Formação de Recursos Humanos em Epidemiologia e Avaliação dos Programas de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1996.
- HOULT, J.; REYNOLDS, I.; CHARBONNEAU-POWIS, M.; WEEKES, P.; BRIGGS, J. (1983). Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomized trial. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 17: 160 – 167.
- IUNES, Roberto F. (1995). *Demanda e Demanda em Saúde*. In: PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, Solon M (org.) (1995). *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. (Série IPEA 149).
- JERREL, J. M.; HU, T. (1989). Cost-effectiveness of intensive clinical and case management compared with an existing system of care. *Inquiry*, 26: 224 – 234.

- KING, P. *et alii* (1982). *Valuation of Quality of Life Indicators*. Centre for Health Economics, Discussion Paper n° 43, University of York.
- KORR, Wynne S. & JOSEPH, Antoine (1995). Housing the Homeless Mentally Ill: Findings from Chicago. *Journal of social Service Research*, 21 (1), p.: 53-68.
- LAMB, Richard H. (1993). Lessons Learned from Deinstitutionalization in the US. *British Journal of Psychiatry*, 162, p.: 587 – 592.
- LESLIE, Douglas L. & ROSSENHECH, Robert (1999). Shifting to Outpatient Care? Mental Health care Use and Cost Under Private Insurance. *American Journal of Psychiatry*, 156 (8): 1250 – 1257.
- LEVAV, Itzhak; RESTREPO, Helena; MACEDO, Carlyle Guerra de (1994). A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (2): 63 – 69.
- LIGHT, Enid *et alii* (1986). *CMHC's and Elderly services: An Analysis of Direct and Indirect Services and Service Delivery Sites*. *Community Mental Health Journal*, vol. 22, n° 4, Winter, p.: 294-302.
- MARX, A. J.; TEST, M. A.; STEIN, L. I. (1973). Extrohospital management of severe mental illness: feasibility and effects of social functioning. *Archives of General Psychiatry*, 29 :505 – 511.
- MC CRONE, Paul & STRATHDEE, G. (1994). Needs not Diagnosis: toward a more rational approach to Community Mental Health Resourcing in Britain . *International Journal of Social Psychiatry*, 40 (2):79 - 86.
- MEDICI, A & MARQUES, R. M. (1996). Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. *Cadernos FUNDAP*, 19. São Paulo: FUNDAP.

- MERHY, Emerson Elias (1997). *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde*. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, Rosana (org.) (1997). *Agir em Saúde em Busca da Mudança: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- MORGADO, Anastácio & LIMA, Lúcia A. (1994). Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43 (1): 19 – 28.
- MOSHER, R. L. (1988). Italy's revolutionary mental health law, an assessment. *American Journal of Psychiatry*, 139: 199 – 203.
- MUIJEN, M.; MARKS, I.; CONNOLLY, J., AUDINI, B. (1992). Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 304: 749 – 754.
- NICÁCIO, Maria Fernanda de Sílvia (1994). *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo: PUC/ Fac. Ciências Sociais, Dissertação de mestrado.
- ONOCKO, Rosana (1998). *Análise do planejamento como dispositivo de intervenção institucional _ Campinas, Brasil (1992-1996)*. Mimeo produzido a partir de: ONOCKO, R. (1997). *O planejamento no divã*. Campinas: DPPS/FCM, UNICAMP. Dissertação de mestrado.
- OPAS/CENDES. (1965). Problemas conceptuales y metodológicos de la Programacion de la Salud. Whashington: OPAS/OMS. Publicações científicas, 111.
- PALFREY, C. et alii (1992). *Policy evaluation in the public sector: approaches and methods*. Aldershot: Avebury, caps. 3, 6 e 7.
- PASTORE, Vincenzo; BIANCO, Ivana G.; CORSINI, Antonella; Vivald, Renzo (1996a). *Costi e remunerazione delle attività dei Servizi Territoriali per la*

Salute Mentale: una ipotesi di lavoro. Dipartimento della Salute Mentale. Livorno, Itália.

PASTORE, Vincenzo; BIANCO, Ivana G.; CORSINI, Antonella; Vivaldi, Renzo (1996b). *“Lungoassistiti” e “Alti Utilizzatori”: i “percorsi di lungo periodo” tra rischi di cronicizzazione e sostegno alla vita quotidiana.* Dipartimento della Salute Mentale. Livorno, Itália.

PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, Solon M (org.) (1995). *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde.* Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. (Série IPEA 149).

PITTA, Ana Maria (1992). *Avaliando as transformações na assistência psiquiátrica brasileira.* In: RUSSO, Jane & SILVA FILHO, J. F. (org.) (1992).op.

PITTA, Ana Maria F. (1999). Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental: apresentação de um instrumento de avaliação (W-QLI). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 3. São Paulo: USP.

ROCHA, Sebastião (1998). *Senado Federal: Parecer nº. 688, de 1998 - Plen.* Brasília: Senado Federal.

RUSSO, Jane & SILVA FILHO, J. F. (org.) (1992). *Duzentos anos de psiquiatria.* Rio de Janeiro: Relume Dumará: Ed. UFRJ.

SANTOS, Alberto B.; HENGgeler, Scott W.; BURNS, Barbara J.; ARANA, George W.; MEISLER, Neil (1995). *American Journal of Psychiatry*, 152 (8): 1111 – 1123.

SERVIÇO DE SAÚDE “DR. CÂNDIDO FERREIRA” (1998). *Prestação de Contas _ Contabilidade de janeiro a agosto /98.*

SHADISH, W. R. (1984). Lessons from the implementation of deinstitutionalization. *American Psychology*, 39 (7): 725 – 738.

- SHEPPER-HUGUES, N. (1988). *Has Deinstitutionalization Failed? Caveats and Lessons from U.S. and Italy*. In: *Regards Anthropologiques en Psychiatrie*, p.: 161 –177. Montreal: Girame.
- SILVA, H. P. da (1996). *SUS: a questão do financiamento na proposta de universalização e descentralização da saúde*. Campinas: PIBIC/CNPq, Pesquisa de Iniciação Científica.
- STEIN, L. I. & TEST, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment, I: conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37: 392 – 397.
- STEIN, L. I. & TEST, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment, III: social cost. *Archives of General Psychiatry*, 37: 409 - 412.
- STENZEL, Ana Cecília Bastos (1996). *A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Dissertação de Mestrado.
- SUS. Norma Operacinaol Básica de jan./1993.
- SUS. Norma Operacinaol Básica de nov./1996
- TEST, M. A. (1992). *Training in community living*. In: LIBERMAN, R. P. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Nova York: Mac-Millan
- VALENTINI, Willians (1995). *Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” _ Co-gestão com a Prefeitura Municipal de Campinas*.(Documento interno do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” _ mimeo)
- WALLOT, H. (1988). l’Ideologie de la désinstitutionalization en psychiatrie. *Information Psychiatrique*, 64(10): 1281 – 1286.
- WEISBROB, Burton A (1981). Análisis de Beneficio-costo de un experimento controlado: el tratamiento del enfermo mental. In: HAVEMAN, Robert H. &

MARGOLIS, Julius (1992). Un análisis del gasto y las políticas gubernamentales. Mexico: Fondo de Cultura Económica.

WEISBROD, B. A.; TEST, M. A.; STEIN, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment, II: economic benefit-cost analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37: 400 - 405.

WILLIAMS, A. (1985). *Economics of Coronary Artery Bypass Grafting*. British Medical Journal, 29, August 3, 326 - 9.