SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VARGINHA - MG

SERVIÇO E ESTUDO DA DEMANDA AMBULATORIAL

1986 - 2000

JOSÉ ROBERTO SALES

ental no Município de Varginha
51)
0

GRÁFICA EDITORA SUL MINEIRA
Varginha - 2000

SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VARGINHA - MG

Serviço e Estudo da Demanda Ambulatorial

1986 - 2000

BIBLIOTECA PÚBLICA MUNICIPAL
"DR. DOMINGOS DE FIGUEIREDO"
Registro: 24.735
B869.3(151)
S163S
Ex: 2000
1
VARGINHA

JOSÉ ROBERTO SALES

Sales, José Roberto, 1957 -
Saúde mental no município de Varginha-MG: serviço e estudo da demanda ambulatorial 1986-2000. - José Roberto Sales. - Varginha: Gráfica Editora Sul Mineira Ltda, 2000.
346 p. Ilust.

Bibliografia
ISBN

1. Saúde mental-epidemiologia. 2. Saúde mental-Varginha-demanda ambulatorial.
I. Título.

CDD-362.28151

JOSÉ ROBERTO SALES
Psicólogo Clínico
Pedagogo
Especialista em Orientação Educacional
Pós-graduado em Pedagogia
Professor do ensino secundário e superior
Especialista em Saúde Pública
Coordenador Regional de Saúde Mental - SUS/MG
Secretário do Colegiado Estadual de Saúde Mental - SUS/MG

SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VARGINHA - MG

Serviço e Estudo da Demanda Ambulatorial

1986 - 2000

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

REVISÃO DE TEXTO
José Carlos Salomão
José Roberto Sales

SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VARGINHA - MG

Serviço e Estudo da Demanda Ambulatorial

1986 - 2000

José Roberto Sales

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

ANO 2000
V CENTENÁRIO
DESCOBRIMENTO DO BRASIL

Copyright © José Roberto Sales, 2000

Proibida a reprodução total ou parcial deste livro, por qualquer meio e sistema, sem o prévio consentimento por escrito do autor, exceto as citações nos veículos de comunicação e, em trabalhos científicos, com citação da fonte.
Aos infratores se aplicam as penas descritas nos artigos 180 e 184 do Código Penal e 122 da Lei 5988/73.

Gráfica Editora Sul Mineira Ltda. Varginha, MG.
Edição princeps. Tiragem: 500 exemplares.
Digitação e Capa
José Roberto Sales
Revisão da digitação
Carlos Alessandro Ramos Rosa
Tradução do Sumário
Angelina Carvalho Motta Sales
Diagramação
Paulo Roberto Alves Sabbado
Ficha catalográfica
Eliana Cristina Costa - CRB6-1474

ESCREVER

É um jeito de ficar
depois de ter ido.
Escrever
é conversar com quem
ainda não nasceu.
Escrever
é comunhão ex-temporal.
Escrever
é testemunho e partilha.

Nas minhas insônias
leio Shakespeare,
Nas minhas insônias,
escrevo.

Escrever
é a poiesis
do logos e do eros.
Escrever
é a catharsis do sonho.
Escrever
é o exorcismo da paixão.
Escrever
é a junção carnal
com a palavra.

Invenção das letras -
qual maior estética?

O tempo passado
e o tempo presente
estão ambos talvez presentes
no tempo futuro
contido no tempo passado.

T.S. Eliot

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA 21
AGRADECIMENTOS 22
PREFÁCIO 23
INTRODUÇÃO 25

Capítulo 1 - VARGINHA - MG
APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO 33
1.0 - Introdução 35
2.0 - Aspecto Jurídico-Administrativo 36
2.1 - Formação Administrativa 36
2.2 - Organização Judiciária 36
3.0 - Aspectos Físicos 36
3.1 - Localização geográfica 36
3.2 - Relevo e hidrografia 37
3.3 - Clima 38
3.4 - Vegetação 38
3.5 - Solos 38
4.0 - Notas Históricas 38
Glossário 42

Capítulo 2 - TRADIÇÃO E RUPTURA EM
SAÚDE MENTAL 45
1.0 - Introdução 45
2.0 - Histórico 46
3.0 - A tradição 47
4.0 - A ruptura 48

Capítulo 3 - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, LEI ESTADUAL ANTIMANICOMIAL E ÉTICA 51
1.0 - Introdução 51
2.0 - O binômio inclusão-exclusão 52
3.0 - Ética 53
3.1 - Ética naturalista x ética historicista 54
3.2 - Breve histórico das idéias éticas 55
4.0 - O manicômio 58
5.0 - Lei Estadual Antimanicomial nº 11.802/95 61
6.0 - Serviços de Saúde Mental 62
7.0 - Conclusão 62

Capítulo 4 - ESTUDO DA DEMANDA AMBULATORIAL DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE VARGINHA - 1989 65
Preâmbulo 65
1.0 - Introdução 66
2.0 - Objetivos 68
3.0 - Demanda 68
4.0 - Número de usuários quanto a sexo e faixa etária 70
5.0 - Afecções mais freqüentes 71
6.0 - Comentários e hipóteses 74
7.0 - Indicadores sociais 76
7.1 - Local de moradia 76
7.2 - Grau de escolaridade 78
7.3 - Ocupações 79
8.0 - Conclusão 80

Capítulo 5 - PSICODIAGNÓSTICO EM SAÚDE PÚBLICA 83
1.0 - Psicodiagnóstico em Saúde Pública - 1996 83
1.1 - Introdução 83
1.2 - Psicodiagnóstico 83
1.3 - Conclusão 85
2.0 - Psicodiagnóstico infantil - 1990 Uma atuação em saúde pública 85

2.1 - Introdução 85
2.2 - Histórico 87
2.3 - Os usuários 88
2.4 - Conceitos 89
2.4.1 - Hora de jogo diagnóstica 89
2.4.2 - Na policlínica 89
2.5 - Etapas do psicodiagnóstico 90
2.6 - A bateria de testes 91
2.7 - Tipos terapêuticos 94
2.8 - Casuística 95
2.9 - Recursos humanos e materiais 100
2.10 - Conclusão 102
2.11 - Abstract 102
3.0 - Encaminhamentos, Laudo Pericial e Atestado 103
3.1 - Encaminhamentos 103
3.2 - Laudo pericial 103
3.3 - Atestado 105
4.0 - Caso Clínico - Nanismo Hipofisário na Clínica Psicológica - 1999 105
4.1 - Introdução 105
4.2 - O corpo como queixa 106
4.3 - A mãe como obstáculo 107
4.4 - Puberdade e adolescência como impossibilidades 108
4.5 - Bateria de testes 109
4.6 - Laudo psicológico 118
4.7 - Considerações finais 119

Capítulo 6 - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS NO MUNICÍPIO DE VARGINHA - 1996 123
1.0 - Introdução 123
2.0 - Conceitos 124
2.1 - Dado 124
2.2 - Informação 124
2.3 - Sistema 125
2.4 - Sistema de Informações em Saúde (SIS) 125

3.0 - O Serviço de Saúde Mental 125
3.1 - Prontuários 126
3.2 - Arquivos 126
3.3 - Falhas no Sistema de Informações 128
4.0 - O IATM - Instrumento de Acompanhamento de Transtornos Mentais 129
4.1 - Perfil demográfico e nosológico 129
5.0 - Conclusão 129

Capítulo 7 - SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE VARGINHA - 1997 133

Capítulo 8 - INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS PELO SPS/VG 141
I - Usuários e internações - Março/1997 a Fevereiro/2000 141
1.0 - Introdução 141
2.0 - Objetivos 142
3.0 - Metodologia 142
4.0 - Internações psiquiátricas 144
4.1 - Proporções de Internação Psiquiátrica - PIP 145
4.1.1 - Proporção de internação psiquiátrica - *Pip* 146
4.1.2 - Proporção de pacientes com internação psiquiátrica - *Ppi* 147
4.1.3 - Proporção de reinternação psiquiátrica - *Prp* 148
4.1.4 - Síntese das proporções de internação psiquiátrica - PIP 148
5.0 - LIP - Livro de Internações Psiquiátricas Modelo proposto 149
6.0 - Conclusão 150
II - Perfil do paciente internado Março/1999 a Fevereiro/2000 152
1.0 - Introdução 152
2.0 - Objetivos 152
3.0 - Metodologia 152
4.0 - Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental - SUS/MG (1992) 152

5.0 - Estudo comparativo da clientela hospitalizada 153
5.1 - Conceito de alcoolista 155
5.2 - Prevalência do alcoolismo no Brasil 156
5.3 - Perfil do paciente internado 157
5.3.1 - No Relatório da Auditoria 157
5.3.2 - No Serviço Psicossocial de Varginha 157
5.3.2.1 - Reinternações 157
5.3.2.1.1 - Perfil do paciente reinternado 157
5.3.2.2 - Óbitos 158
5.4 - A internação psiquiátrica do alcoolista 158
5.5 - O alcoolista no Serviço Psicossocial de Varginha 159
6.0 - Conclusão 159

Capítulo 9 - TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS NO SPS/VG 163
I - Considerações Gerais 163
1.0 - Atender e tratar 163
2.0 - Portaria nº 189, de 19.11.1991 Secretaria Nacional de Assistência à Saúde 164
2.1 - NAPS/CAPS 165
3.0 - Saúde mental...mental? 165
3.1 - Transtornos mentais 165
3.2 - Os serviços 166
4.0 - Grupos 167
II - Os Tratamentos 168
1.0 - Introdução 168
2.0 - Tratamento psiquiátrico-medicamentoso 172
2.1 - Tabela: psicofármacos da farmácia alopática privativa do SPS/VG 174
3.0 - Tratamento psicológico 175
3.1 - Psicoterapia individual 175
3.1.1 - Conceitos 175
3.1.2 - Psicoterapia para as classes sociais de baixa renda 177
3.1.3 - Psicoterapia individual no SPS/VG 179
3.2 - Psicoterapia em grupo 180

3.2.1 - Conceitos 180
3.2.2 - Psicoterapia em grupo no SPS/VG 180
3.3 - Ludoterapia 182
3.3.1 - Conceitos 182
3.3.2 - Ludoterapia no SPS/VG 182
3.4 - Orientação psicológica (aconselhamento) 183
3.4.1 - Conceitos 183
3.4.2 - Aconselhamento no SPS/VG 183
3.4.2.1 - Caso clínico:
Juliano: História de uma morte não anunciada 185
A morte que não se anunciou 185
Conceitos:
a) O sintoma ou a palavra 187
b) O luto 188
c) O sentido dos sintomas 190
d) Angústia e negação da morte 190
A revelação 192
A dor do luto 192
Juliano e a cobra 193
De volta à vida 196
4.0 - Tratamento psicossocial 197
4.1 - Conceito 197
4.2 - Tipos 198
4.3 - Oficinas terapêuticas 198
4.3.1 - Na Portaria nº 189/91 198
4.3.2 - No SPS/VG 199
4.3.2.1 - Modelo: Oficina de Alfabetização 199
4.3.2.1.1 - Justificativas 199
4.3.2.1.2 - Objetivos 200
4.3.2.1.2.1 - Gerais 200
4.3.2.1.2.2 - Específicos 200
4.3.2.1.3 - Métodos 200
4.3.2.1.3.1 - De alfabetização 200
4.3.2.1.3.2 - Didático 201
4.3.2.1.4 - Recursos materiais e físicos 201

4.3.2.1.5 - Considerações finais 201
4.3.2.2 - Oficina terapêutica de trabalhos manuais 202
4.4 - Grupo psiquiátrico 202
4.4.1 - Conceito de acolhimento 202
4.4.1.1 - Crítica ao conceito de acolhimento 203
4.4.2 - Grupo psiquiátrico no SPS/VG 203
4.5 - Grupo de adolescentes 204
4.6 - Visita domiciliar 206

Capítulo 10 - OUTROS TRATAMENTOS 211
I - Diversos 212
1.0 - UNIPSICO 212
2.0 - FUVAE 212
3.0 - Educandário Olegário Maciel 213
4.0 - ABRAÇO 215
5.0 - Conselho Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente 216
6.0 - PAMEV - Programa de Assistência ao Menor de Varginha 217
7.0 - CIAME - Centro Integrado de Atendimento ao Menor 218
8.0 - Grupos de terceira idade 219
9.0 - Instituições asilares geriátricas e penitenciárias 221
10.0 - Consultórios particulares 221
II - Grupos Anônimos de Auto-ajuda 221
1.0 - A.A. e Al-Anon 222
2.0 - NA - Narcóticos Anônimos 223
3.0 - N.A. - Neuróticos Anônimos 224
4.0 - F.A.- Fumantes Anônimos 225

Capítulo 11 - PROGRAMAS DE SAÚDE GERAL: A PARTICIPAÇÃO DO PSICÓLOGO DO SPS/VG 229
1.0 - Introdução 229
2.0 - Programa de controle da hanseníase 230
3.0 - Programa de prevenção e tratamento das doenças da mama 231

4.0 - Programa de prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS - DSTs/AIDS 234
5.0 - Conclusão 235

Capítulo 12 - PERFIL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO SPS/VG - julho/1999 239
1.0 - Equipe multidisciplinar 239
1.1 - Síntese 245
2.0 - Auxiliares de enfermagem 247
2.1 - Síntese 248
2.2 - Sondagem de opinião sobre o SPS/VG 248
2.2.1 - Pontos positivos 248
2.2.2 - Pontos negativos 249
2.2.3 - Sugestões 249

Capítulo 13 - TRABALHO COMUNITÁRIO VOLUNTÁRIO 251

Capítulo 14 - ÓBITOS DO SPS/VG 255
1.0 - Introdução 255
2.0 - Caso clínico: Tarde demais para reparar... 259

Capítulo 15 - PESQUISA DE OPINIÃO DO USUÁRIO SOBRE O SPS/VG - maio/junho - 1999 263
1.0 - Introdução 263
2.0 - Objetivos 263
3.0 - Metodologia 263
3.1 - Modelo da cédula de participação 265
4.0 - Opinião e sugestões 265
4.1 - Caracterização do usuário respondente 266
4.2 - Pontos positivos 267
4.3 - Pontos negativos 268
4.3.1 - gerais 269
4.3.2 - sala de espera/recepção 269
4.3.3 - farmácia 270

4.3.4 - atendimento psicológico 270
4.3.5 - atendimento psiquiátrico 270
4.4 - Sugestões 270
4.4.1 - gerais 271
4.4.2 - sala de espera/recepção 272
4.4.3 - farmácia 272
4.4.4 - atendimento psicológico 272
4.4.5 - atendimento psiquiátrico 272
4.4.6 - oficinas terapêuticas 272
4.5 - Depoimentos 273
5.0 - Conclusão 274

Capítulo 16 - ESTAGIÁRIOS DE PSICOLOGIA NO SPS/VG 277

Capítulo 17 - POPULAÇÃO, DEMANDA E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS 279
1.0 - Introdução 279
2.0 - Demanda 280
2.1 - Conceito e etimologia 280
2.2 - Conceito de demanda ambulatorial 282
2.2.1 - Demanda ambulatorial total - DAT 282
2.2.1.1 - Equação da DAT 282
2.3 - Demanda circular: sintoma da instituição 282
3.0 - Prevalência 283

Capítulo 18 - RELIGIÃO E CRENÇAS POPULARES 287
1.0 - Etimologia e conceito 287
2.0 - A religião em Feuerbach, Durkheim e Freud 288
3.0 - Mythos e logos 289
4.0 - Crenças populares 290
5.0 - Lévi-Strauss: a eficácia simbólica 291

Capítulo 19 - SAÚDE MENTAL NA LEGISLAÇÃO E PLANEJAMENTOS MUNICIPAIS 295

Saúde na Constituição Federal de 1988 295
1.0 - Saúde Mental no Relatório Final (Oficial) da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Varginha - 1993 296
2.0 - Saúde Mental no Relatório Oficial da 2ª Conferência Municipal de Saúde de Varginha - 1995 297
3.0 - Saúde Mental no Relatório Oficial da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Varginha - 1999 299
4.0 - Serviço de Saúde Mental no Plano Diretor de Desenvolvimento - 1995 301
5.0 - Serviço de Saúde Mental no Mapeamento Descritivo da Situação de Saúde no Município de Varginha - 1996 302
6.0 - Saúde Mental no Código Sanitário do Município de Varginha - Lei nº 2990, de 08.01.1998 302
7.0 - Saúde Mental no Decreto nº 2289/99 (transporte coletivo urbano para portadores de deficiência mental) 304
8.0 - Saúde Mental no Plano Municipal de Saúde - Biênio 1999/2000 304
9.0 - Serviço Psicossocial no organograma da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS - 1999 305

CONCLUSÃO 307

SUMMARY 309
Metadesculpas ao leitor 311
Glossário 313
Bibliografia 318
Índice das publicações 319

ANEXOS I 321
Fotografias e planta baixa do SPS/VG 321
a) fachada 321
b) planta baixa 322
c) fachada 323

d) entrada principal 323
e) entrada secundária com espaço para atividades externas 324
f) sala de espera e recepção 324
g) arquivo de prontuários numéricos 325
h) farmácia alopática privativa do SPS/VG 325
i) sala de lanches para usuários e acompanhantes (sala de leitos) 326
j) consultório de psicologia 326
l) consultório de psicologia 327
m) consultório de ludoterapia com estante de brinquedos 327
n) oficina terapêutica de trabalhos manuais 328
Observações 328

ANEXO II 329
Anamnese psicológica e neuropsiquiátrica 329

ANEXOS III 333
Dados e informações gerais sobre o SPS/VG 333
a) Série histórica do número de atendimentos totais efetuados pelo SPS/VG e média mensal - 1987 a 1999 333
b) Proporção entre população, prevalência estimada de transtornos mentais e atendimentos (total anual e média mensal) do SPS/VG, nos anos 1987 e 1999 334
c) Quadro comparativo com dados gerais do SPS/VG em 1987 e 2000: nome do Serviço, endereço, sede, recursos humanos, gerenciamento e período de funcionamento 335
d) Questionário para levantamento do perfil da equipe multidisciplinar do SPS/VG - julho/1999 336
e) Questionário para levantamento do perfil dos auxiliares de enfermagem do SPS/VG - julho/1999 338

ANEXO IV 341
Classificação de transtornos mentais e comportamentais da CID-10 da OMS - Síntese. 341

O autor 347

DEDICATÓRIA

Para meus pais,
José Milen e Vivínia;
o amor como ato inaugural.

Para
minha avó materna,
Ezaulina Rodrigues Alves,
encantada
entre constelações,
eterna.

É com prazer
e sentimento de dever cumprido
que ofereço para a
população do município de Varginha - MG
e para os profissionais de saúde,
em especial,
uma referência bibliográfica
para o estudo da saúde mental
no município,
no século XX.

AGRADECIMENTOS

À equipe multidisciplinar do Serviço Psicossocial de Varginha, por sugestões e comentários valiosos mas, principalmente, pela paciência e amizade.

Aos revisores José Carlos Salomão (texto) e Carlos Alessandro Ramos Rosa (digitação). O trabalho competente de ambos muito contribuiu para a qualidade final desta obra.

Aos profissionais da Diretoria Regional de Saúde de Varginha, pela valorização do trabalho realizado.

PREFÁCIO

Cursos relacionados à saúde pública, políticas públicas e outras áreas próximas têm feito parte de meus fazeres nestes anos, especialmente em Minas Gerais.

Neles, sempre esteve subentendida a busca de condições facilitadoras, por meio da qualificação de Recursos Humanos e de ações que, quer amplas, quer singelas, pudessem adquirir o sentido de transformação social.

O contato com o trabalho elaborado por José Roberto Sales, com quem convivi num curso em Varginha, confirma que tal árvore de sonhos, voltados ao transformar, deu frutos.

Frutificou, neste caso, numa cidade do sul mineiro. Com metodologia cuidadosa e precisa, José Roberto buscou os dados que, elaborados, constituem-se em material precioso, quase único em seu gênero e em sua amplitude de abordagem e característica de organização da prática.

Este trabalho pode ser referência importante para qualquer técnico ou responsável gerencial, atuante no campo de saúde mental e, mais precisamente, situado no âmbito da saúde pública. De modo simples e objetivo ele oferece elementos de contraponto com outras e diferentes situações de práticas institucionais públicas. Vai desde os marcos conceituais que embasam a Lei Antimanicomial até as questões operacionais que desafiam os serviços públicos: sistema de informação, estudos epidemiológicos, administração e organização do serviço e de equipe, tipos de tratamento clínico utilizados, com a respectiva análise de casos, relação com outros órgãos da comunidade e que podem participar do

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

tratamento, e não deixa mesmo de se preocupar com a medida de satisfação dos usuários.

Há farta literatura técnica que embasa o campo da saúde mental. Mas parca e tímida quando sua referência passa a ser o espaço institucional público sob comando estatal.

Poder codificar a experiência vivida através da escrita, trocar conhecimentos de modo amplo e público e, além disso, assenhorar-se de conceitos teóricos como boas ferramentas operacionais, são marcas do valor do resultado obtido e do saber fazer de quem o conseguiu...

"...escrever é conversar com quem ainda não nasceu..."

Que outros frutos tão engenhosos se me apresentem para que eu, grata, possa viver a sensação de que cumpri.

Belo Horizonte, 22 de abril de 2000

Lúcia Vieira Sarapu*

* Psicopedagoga por sua formação universitária, sanitarista, participante em projetos de desenvolvimento no Brasil e no exterior, ocupante de cargos administrativos nas áreas da saúde e educação em Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

"Trágico é Cronos, com seu destino desesperado, com as muitas tarefas que o futuro do mundo lhe reserva.

Porque ele é o deus do Tempo - tudo regula, tudo comanda -, cabe-lhe criar uma nova ordem nos ares e nas coisas. Revolucionar constantemente a natureza. Alterar o palco da vida...

Cronos é insaciável. O Tempo devora tudo: seres, momentos, destinos. Sem piedade. Sem apego ao que passou. O que importa é construir o futuro.

Só Mnemósine contesta Cronos, preservando, quando pode, a lúcida matéria sobre a qual reina: a memória."(Mitologia, 1973).

A tarefa de Cronos é inexorável. Sobra-nos o consolo de Mnemósine. Nem tudo está perdido. "Mnemósine é a memória universal, a lembrança conservada (...) na alma dos homens."

A memória "é a capacidade humana para reter e guardar o tempo que se foi, salvando-o da perda total; (...) o esquecimento é a perda de nossa relação com o passado e, portanto, com uma dimensão do tempo e (...) da vida". A memória é inseparável da idéia de "tempo como algo que escoa ou passa"(Chaui, 1997).

Mas o que é o tempo? Não somente a duração calculável dos seres e das coisas; a sucessão de dias, horas e momentos, mas como diz-nos Claudel in Art Poétique (apud Merleau-Ponty, 1971):

"O tempo é o sentido da vida.
(sentido: como se diz sentido de um riacho,
o sentido de uma frase, o sentido de um pano,
o sentido do odor)."

Memória e tempo são indissociáveis. A memória é sempre de um tempo que já não é. "A memória não é um simples lembrar ou recordar, mas revela uma das formas fundamentais de nossa existência, que é a relação com o tempo, e, no tempo, com aquilo que está invisível, ausente e distante, isto é, o passado. A memória é o que confere sentido ao passado como diferente do presente (mas podendo fazer parte dele) e do futuro (mas podendo permitir esperá-lo e compreendê-lo)."[2]

Segundo Chaui (op. cit.), "A memória social ou histórica, é fixada por uma sociedade através de mitos fundadores e de relatos, registros, documentos, monumentos, datas e nomes de pessoas, fatos e lugares que possuem significado para a vida coletiva. Excetuando-se os mitos, que são fabulações, essa memória é objetiva, pois existe em objetos (textos, monumentos, instrumentos, ornamentos, etc) e fora de nós."[2]

Vita (1965), diz que a historicidade "é a condição do existente humano que, embora comprometido no tempo e solidário com o próprio passado, dele se liberta, situando-se em relação a ele, e se "pro-jeta" livremente na direção do futuro - é a essência do homem, pois se apresenta como "consciência histórica".

O homem, como diz Dilthey (apud Vita, op. cit.), "não só vive na história como, inclusive, se sente um ser histórico. Pela história o homem não nega sua temporalidade e os seus limites, mas reconhece-os e reafirma-os. Por isso a história é a reafirmação mais solene e mais plena de humanidade do homem, irremediavelmente preso à finitude de seu contorno (...)". Vita ainda lembra Huizinga: "a história, como as ciências naturais e a filosofia, é um modo da verdade acerca do mundo capaz de propiciar o sentido de nossa existência"[4].

Carvalho (1956), conceitua História em seu sentido mais amplo como "relação dos acontecimentos do Passado, dos quais temos notícias por meio de escritos, monumentos, objetos e outros materiais deixados pelos homens". No entanto, obviamente, o sentido da palavra história neste livro é mais restrito. O Dicionário Aurélio (1988) cita dez conceitos de História. O que se aplica a esse trabalho é: "narração de fatos, acontecimentos ou particularidades relativas a um determinado assunto". Segundo

Dray (1977), um dos sentidos que a palavra história pode ter é o de "certa espécie de investigação a respeito de determinada espécie de assunto". A investigação histórica se preocupa com os fatos das atividades humanas passadas. As ações humanas só se tornam assunto de interesse histórico quando possuem, como diz Mandelbaum (apud Dray, op. cit.), "significação societária".

Os conteúdos dos diversos estudos abordados neste livro possuem significação societária na medida em que são relevantes, tanto para a população do município em geral, quanto para os planejadores municipais dos serviços de saúde, em particular.

Este livro pretende ser uma contribuição para a memória histórica da saúde pública no município de Varginha - MG. Preservar a memória de um trabalho realizado. A idéia é a síntese e o espírito desta obra. Um tributo a Mnemósine.

Muitas experiências se perdem por falta de registro e deixam lacunas na história das instituições e serviços. Aquilo que não mereceu nenhum tipo de registro - principalmente a escrita, mas também fotografia, arte e filmagem - possui a vida efêmera e distorcida da memória individual ou dos grupos. "A ausência do hábito de documentar, entre nós, obriga-nos", em certos tipos de pesquisas, "a lançar mãos de técnicas de pesquisa oral e (...) a possibilidade de se recuperar os caminhos da psicologia no Brasil só encontrará viabilidade, se retirada da memória das pessoas que viveram os momentos reais dessa história" (Centofanti, 1982). Em suma, aquele evento que não recebeu registro, a longo prazo, é como se não tivesse existido; é devorado por Cronos.

Fortuitamente ou não, este problema que parecemos ter com a preservação da memória das realizações, alude ao relato do descobrimento do Brasil pelos tripulantes das naus portuguesas. Das quinze cartas enviadas ao rei de Portugal, D. Manuel I, foram preservadas apenas duas: "as do escrivão da armada Pero Vaz de Caminha e a do médico João Faras".[9] A mentalidade preservacionista não deve se ocupar somente com a manutenção das realizações passadas mas também em registrar o presente. Não se trata, pois, de apenas deixar o passado escapar em tudo aquilo que não foi dito sobre ele. O presente pode se perder do mesmo modo.

É uma discussão filosófica tentar estabelecer os critérios para se avaliar quais, dentre o universo de experiências e trabalhos realizados, mereceriam o status da permanência pelo registro. Não entraremos nela. É-nos suficiente a certeza de que o percurso histórico da criação e desenvolvimento do Serviço Psicossocial em nosso município foi descrito e interpretado. A análise fornece subsídios para melhor compreensão da clientela, o usuário do serviço público de saúde mental, numa época histórica dada: o fim do século XX.

Psicologia, psicanálise e psiquiatria foram os referenciais teóricos utilizados no sentido necessário de linha condutora dos relatos e pesquisas. Tais relatos não constituem - e nem pretenderam constituir - contribuição significativa aos paradigmas citados. A importância deles se limita à história da saúde pública no município, na especialidade saúde mental.

Fotografias. Metaforicamente, estudos epidemiológicos são fotografias. Recortam determinada realidade do espectro saúde-doença, num determinado intervalo de tempo.

Quando olhamos fotografias antigas percebemos de imediato que a realidade ali mostrada não é a atual: o cenário pode não existir mais, as roupas e acessórios são diferentes e até mesmo a fisionomia e o olhar das pessoas podem nos causar certo estranhamento, ora mágico, intrigante ou mesmo surpreendente. Como informação sobre a realidade de agora, do ponto de vista absolutamente pragmático, são inúteis. E, no entanto, estão lá, envoltas em certo mistério, desafiadoras do nosso conhecimento.

O valor delas está no fato de pertencerem a uma série, de comporem com outras uma seqüência temporal que inevitavelmente desemboca no presente e pode esclarecê-lo, fornecendo elementos para interpretá-lo ou modificá-lo.

As pesquisas epidemiológicas e estudos aqui apresentados se equiparam a fotografias. Falam de épocas históricas e condições sócio-econômicas. Eles pertencem a uma série, compõem uma seqüência temporal. Com base neles, teorias e práticas do presente podem ser modificadas.

Um estudo epidemiológico tem seu valor preservado, mesmo quando a realidade ali descrita, tiver sido alterada pela modificação das condições sociais ou pela passagem do tempo. Quando isto ocorrer, ele não servirá mais como suporte para medidas de intervenção no real, no entanto, o valor como documento e testemunho de uma época, estará indubitavelmente assegurado.

Alguns trabalhos foram publicados em periódicos especializados diferentes e outros meios, o que causou uma dispersão dos mesmos. No entanto, a maioria é inédita. A reunião de todos num único volume, facilita o manuseio, a consulta e favorece uma visão mais panorâmica dos serviços e da clientela. Cada capítulo foi escrito de modo a formar uma unidade. Assim, não precisam ser lidos na seqüência apresentada e a compreensão de um, não pressupõe a leitura anterior de outro. Entretanto, somente a leitura do conjunto dos textos pode revelar o "degré" de transformações conceituais e de organização do Serviço.

Por último, é necessário que se situe o problema da escolha. Porquê este tema e não aquele? Porquê este enfoque e não aquel'outro? Beard (apud Dray, op. cit.), diz que "Toda história escrita (...) é uma escolha e acomodação de fatos (...) um ato de escolha de valores, de crença neles e de sua interpretação". Dray continua: "historiador algum tem condições para incluir em sua narrativa tudo quanto sabe acerca do objeto investigado (...) e, diante da necessidade de escolher, o historiador geralmente nos relata o que lhe parece significativo ou importante (...) trazendo implícito, um certo padrão de valor."[7] Existe, pois, uma impossibilidade real em excluir da linguagem do historiador e de suas escolhas, juízos de valor, quer explícitos, quer implícitos.

Outros profissionais e autores partiriam de outros conceitos e enfoques, produzindo interpretações diversas. Quem, entretanto, pode estar livre dos viéses, os próprios e os de nossa época? Portanto, as interpretações apresentadas representam um dos modos possíveis de análise da realidade. O modo apresentado é sempre o possível ao autor no sentido da antiga sabedoria latina que diz "Feci quod potui, faciant meliora potentes"*[10].

Varginha, março de 2000

O autor.

* Fiz o que pude, façam melhor os que puderem.

BIBLIOGRAFIA

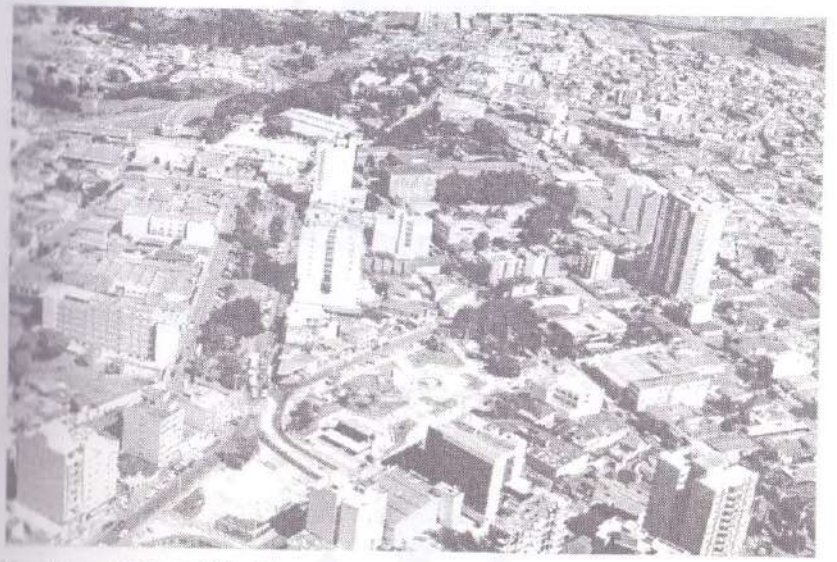
1. Mitologia. (1973). Volume I, p. 22 e 32. São Paulo: Abril Cultural.
2. Chaui, Marilena. (1997). Convite à filosofia. 6. ed., p. 125 a 130. São Paulo: Editora Ática.
3. Merleau-Ponty, M. (1971). Fenomenologia da percepção. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos. Originalmente publicado em 1945.
4. Vita, Luís Washington. (1965). Introdução à filosofia. 2. ed. São Paulo: Edições Melhoramentos.
5. Delgado de Carvalho. (s.d.). História Geral. Volume I, antigüidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Distribuidora Record. Originalmente publicado em 1956.
6. Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. (1988). Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
7. Dray, William. (1977). Filosofia da história. Rio de Janeiro: Zahar Editores. Originalmente publicado em 1964.
8. Centofanti, Rogério. (1982). Radecki e a psicologia no Brasil. Psicologia: Ciência e Profissão, 3, nº 1, 2-50.
9. Luna, Fernando. (1999). Cabral, um esquecido. Revista Veja, 32, nº 16. Edição nº 1594. São Paulo: Editora Abril.
10. Koogan/Houaiss. (1999). Enciclopédia e Dicionário. Rio de Janeiro: Edições Delta.

É na praxis que o homem deve demonstrar a verdade.

Karl Marx
(1845)

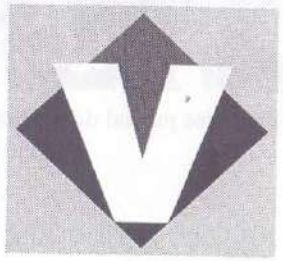
CAPÍTULO 1

VARGINHA - MG - APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO



Varginha - MG. (1999). Vista aérea parcial do centro da cidade e adjacências.

Brasão e logotipo do município de Varginha - MG



1.0 - INTRODUÇÃO

Antes de iniciarmos o assunto Saúde Mental no município de Varginha - MG, faz-se necessária a apresentação do município em aspectos gerais.

Utilizamos duas referências bibliográficas principais nesta apresentação: a Coleção Monografias Municipais do IBGE (1985) e o Plano Diretor de Desenvolvimento - Varginha - (1995). Ambos reúnem informações sobre os aspectos físicos, demográficos e notas históricas. O texto da Monografia é denso e sintético; o do Plano Diretor traz uma análise mais extensa e aprofundada. Como ambos versam sobre aspectos físicos e históricos não passíveis de alteração pelo tempo, isto limitou nosso trabalho de redação e nos fez usar longas citações. Os aspectos que focalizamos são os seguintes:

Aspecto jurídico-administrativo	formação administrativa; organização judiciária
Aspectos físicos	localização geográfica; relevo e hidrografia; clima; vegetação; solos
Notas históricas	populações: aborígine, negra e italiana; bandeiras paulistas; origem do nome; ciclos econômicos

2.0 - ASPECTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO

2.1 - Formação Administrativa

O Distrito de Varginha "foi criado em primeiro de junho de 1850, pela Lei Provincial nº 471 e o Município, em 22 de julho de 1881, pela Lei Provincial nº 2.785.*

Na ocasião, era composto dos distritos de Varginha (sede), Carmo da Cachoeira e Elói Mendes. Atualmente, é composto apenas do Distrito-Sede, Varginha.".[1]

2.2 - Organização Judiciária

"O Termo e a Comarca foram criados em 2 de abril de 1890. Atualmente, é de 3ª entrância e sua jurisdição abrange também o termo de Carmo da Cachoeira." [1]

O aniversário da cidade é comemorado em 7 de outubro.

3.0 - ASPECTOS FÍSICOS

3.1 - Localização Geográfica

O município de Varginha situa-se na Mesorregião Sul/Sudoeste mineiro, com área de 396,6 quilômetros quadrados (foto satélite - 1993). Ao norte, é limitado pelos municípios de Três Pontas e Carmo da Cachoeira; "ao sul, pelos de Monsenhor Paulo e Três Corações; a leste, pelos de Carmo da Cachoeira e Três Corações e a oeste, pelo de Elói Mendes."

A posição geográfica é "determinada pelo paralelo de 21°35'22" de latitude sul, em sua interseção com o meridiano de 45°28'21" de longitude oeste."[1]

Varginha localiza-se no vértice de um triângulo imaginário entre as capitais: Belo Horizonte (295 km); São Paulo (320 km) e Rio de Janeiro (375 km). O município se beneficiou

* Os anos da criação do Distrito e do Município de Varginha, respectivamente, 1850 e 1881, figuram no brasão municipal (vide brasão).
Fatos importantes na época, no Brasil:
1850: - Lei Eusébio de Queiroz ordena a extinção do tráfico negreiro.
- Criação da província do Amazonas, independente do Grão-Pará.
1881: A Reforma Saraiva estabelece o voto universal e direto para os possuidores de renda mínima de 200.000 réis; a elegibilidade é também garantida para os não-católicos e os escravos libertos[2].

econômica e socialmente com a duplicação da rodovia Fernão Dias (década de 90), que liga São Paulo a Belo Horizonte e passa a menos de 15 km da cidade.

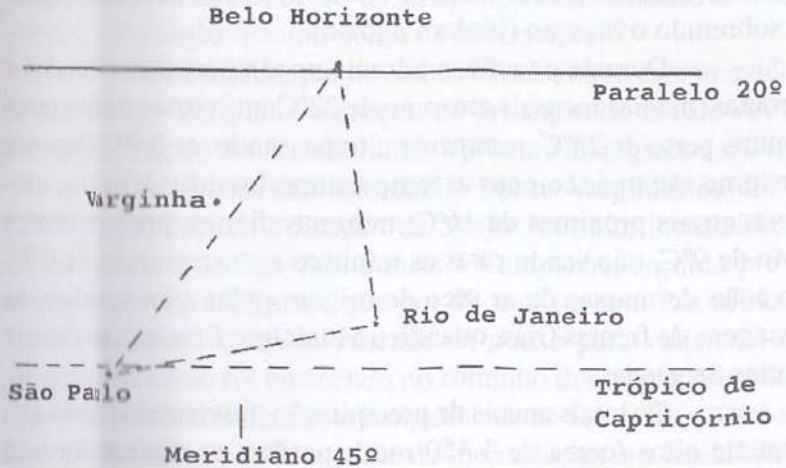


Fig. 1. Posição geográfica de Varginha entre as capitais: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte (esquema cartográfico do autor, a partir do Mapa do Sudoeste do Brasil, Atlas Geográfico Mundial, Folha de São Paulo, p. 103. 1994).

3.2 - Relevo e Hidrografia

"Típico da unidade denominada Planalto Sul Mineiro, apresenta relevo com níveis altimétricos variando entre 500 e 1.000 metros (a sede do município está a 894** metros de altitude), marcado por serras, colinas e garupas diversificadas, em superfície drenada pelo Rio Verde (integrante da bacia do Rio Grande) e seus afluentes: Mascatinho (faz fronteira ao norte); Ribeirão Santana ou da Vargem (banha a sede) e os córregos do Barreiro, do Tacho e Ribeirão do Açude, todos pela margem direita. Pela esquerda, recebe o rio Palmela e os córregos Novo Mundo e das Pedras".[3]

** O Plano Diretor não cita a referência bibliográfica onde encontrou os mencionados 94 metros. O IBGE, na monografia citada, diz que a Sede Municipal está situada a 917 metros de altitude.

3.3 - Clima

O clima é mesotérmico, devido ao efeito das altitudes, "de tipo tropical e úmido, com duas estações muito bem definidas pelo regime sazonal de chuvas: uma muito chuvosa, centralizada no verão (dezembro a fevereiro) e outra um pouco seca, abrangendo sobretudo o inverno (junho a agosto).

Durante o verão, predominam temperaturas brandas e elevadas: médias mensais em torno de 22°C; máximas diárias mais comuns perto de 28°C, raramente ultrapassando os 36°C. Durante o inverno são mais comuns as temperaturas brandas e baixas; médias mensais próximas de 16°C; mínimas diárias predominantes perto de 9°C, não sendo raras as mínimas noturnas cerca de 0°C, sob ação de massas de ar seco de origem polar que sucedem as passagens de frentes frias, quando o Município fica sujeito a ocorrências de geadas.

Os totais anuais de precipitação pluviométrica são geralmente altos (cerca de 1.450 mm), porém, as chuvas são mal distribuídas ao longo do ano."[1] Somente no verão a precipitação pluviométrica é de cerca de 1.000 mm, ou seja, 75% do total anual.

3.4 - Vegetação

A vegetação "original do Município era do tipo tropical, semidecíduo, mesófilo - floresta estacional semidecídua". A instalação da cultura cafeeira e de lavouras cíclicas, destacando-se a do milho e arroz, devastou a cobertura vegetal primitiva. Atualmente, "a maior parte da área municipal é recoberta por pastagens, notadamente as naturais".[1]

3.5 - Solos

Os solos são predominantemente originados "de rochas com elevados teores de ferro, profundos, bem drenados, porosos, ácidos e de baixa fertilidade natural". A coloração deste tipo de solo é vermelho escuro. Também há solos profundos, argilosos e de média fertilidade natural (terra roxa estruturada).[1]

4.0 - NOTAS HISTÓRICAS

"Os primitivos habitantes do sul de Minas foram os

cataguás, carajás, mandimbóias e outros, ramificados do grupo tupi-guarani. Em virtude de serem encontradas, na Fazenda das Posses, urnas funerárias depositadas pelos cataguás, acredita-se que a região tenha sido habitada por esses índios. Os aborígines viviam nas proximidades do morro do Chapéu, a uma altitude de 1.239 metros, utilizando-o como ponto de observação."[1]

"A colonização do Sul de Minas, onde está inserido o Município de Varginha, começou no princípio do século XVIII, com a penetração dos Bandeirantes à procura de regiões auríferas.

As primeiras referências sobre Varginha datam de 1763* e mencionam a Ermida de Santo Antonio, localizada na antiga estrada que liga Três Pontas à Campanha, erguida provavelmente por bandeirantes que por ali transitavam. Em torno da Capela desenvolveram-se ranchos de pouso para viajantes, e o pequeno povoado foi crescendo no caminho das tropas de muares provenientes de São Paulo, principalmente de Sorocaba e Taubaté, que transportavam toda espécie de mercadorias em demanda da Vila de Campanha da Princesa da Beira."[3]

"A cultura do café foi introduzida em Minas Gerais no século XVIII, onde encontrou seu "habitat" nas regiões mineiras, no grande maciço. O café consolidou-se no Município de Varginha a partir de 1885."[3]

O elemento negro teve grande influência no desenvolvimento econômico de Varginha devido à mão-de-obra escrava nas lavouras de café.[1]

"A partir de 1888, tem-se um período de grandes mudanças: a substituição da mão-de-obra escrava pela estrangeira (portugueses, sírios e principalmente italianos) e os grandes investimentos na nova lavoura. Parte desses imigrantes também ocuparam lugar como comerciantes, proprietários e industriários. A maior presença italiana, trouxe influências na produção, costumes, men-

* A monografia do IBGE (op. cit.), diz que "uma capelinha construída pelos viajantes", surgiu por volta de 1785, na estrada que dava acesso à Vila de Campanha da Princesa da Beira (atual Campanha). Documento legal, datado de 1795, declara ter sido Joaquim Vitoriano de Andrade, natural da Vila de Campanha, o primeiro morador.

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

talidade e técnicas de construção, que contribuíram de forma significativa para o padrão de desenvolvimento regional. De 1892 a 1924 a população de Varginha aumentou 100% sob o fluxo desta corrente migratória. O Município vivia um momento de crescimento intenso de suas atividades. Fato importante desta fase foi a inauguração da Estrada de Ferro Muzambinho em 1892, reafirmando o Município como centro comercial do Sul de Minas Gerais."[3]

"Durante o período entre as duas Guerras Mundiais deu-se o declínio da economia, tanto em nível nacional como regional, agravado pela crise mundial de 1929."[3]

Em 1945, novas indústrias (tecidos, calçados, móveis, produtos químicos e farmacêuticos, sabão, ladrilhos e louças, etc.) se instalam no município e a partir de 1950 se acentua a tendência da população urbana superar a população rural.

As sucessivas super safras de café na década de 60 abalaram a economia do município, criando problemas de estocagem e escoamento da produção. Na década seguinte, um programa nacional de incentivo à cafeicultura reverteu esse quadro. O processo garantiu a escolha de Varginha para, em meados de década de 80, sediar um porto seco, e, atualmente, a primeira Estação Aduaneira do Interior. A partir da década de 70, "ainda ocorreram grandes transformações no setor industrial, principalmente quanto à sua diversificação, qualificação e volume."[3]

"Varginha chamou-se, inicialmente, Espírito Santo das Catanduvas, por ser seu solo encoberto por essa vegetação.

O topônimo originou-se de Vargem Pequena - pequeno vale formado pelo ribeirão Santana, onde surgiu o Povoado. Com o crescimento, entretanto, a Cidade hoje se ergue sobre colinas."[1] Para os nascidos no município de Varginha o gentílico é *varginhense*. Nos dicionários, o vocábulo *varginha* figura como substantivo feminino, um brasileirismo que significa pequena vargem. Vargem é várzea; terreno pantanoso; planície fértil e cultivada em um vale; veiga[4,5].

Varginha é conhecida como Princesa do Sul. Com 108.314 habitantes (estimativa populacional IBGE - 1999), "é hoje

uma das cidades mais importantes do Estado. Está relacionada como a nona economia em arrecadação dentre os municípios mineiros (1994). Destaca-se pela capacidade que tem em convergir as principais atividades da vida regional, nos aspectos econômicos e de prestação de serviços."[3]

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) calculado pela ONU é utilizado para comparar o grau de desenvolvimento entre países e municípios levando em conta três dados: renda, nível de escolaridade e expectativa de vida. Em 1996 a média do Estado de Minas Gerais foi 0,699. Varginha teve IDH de 0,787, considerado um dos maiores do Estado.[6]*

BIBLIOGRAFIA

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Coleção Monografias Municipais - Nova Série - nº 260. Varginha, MG. 1985.
2. Almanaque Abril. (1983). Cronologia da História do Brasil, p. 17 e 19. São Paulo: Editora Abril.
3. Plano Diretor de Desenvolvimento - Varginha - Volume I - Diagnóstico. Prefeitura do Município de Varginha. Administração 1993/1997. Varginha, MG. 1995.
4. Bueno, Francisco da Silveira. (1970). Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. 7. ed. Rio de Janeiro: MEC-FENAME. Originalmente publicado em 1956.
5. Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. (1988). Dicionário Básico da Língua Portuguesa. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
6. Fundação João Pinheiro. (1996). IDH - Índice de Desenvolvimento Humano. Pesquisa elaborada a pedido da ONU - Organização das Nações Unidas para medir e comparar os índices de crescimento e desenvolvimento das regiões do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

* Polícia Rodoviária Federal - MG. (1999). Fonte da distância rodoviária entre Varginha e as capitais.

* Quanto mais próximo de 1,000, mais elevado é o nível de desenvolvimento.

GLOSSÁRIO

Aborígines: habitantes primitivos de uma região; indígenas.
Catanduva: mato rasteiro, áspero e espinhento, que nasce em terreno impróprio para cultura.
Comarca: divisão judicial de um Estado sob a alçada de um juiz de direito e subdividida em distritos.
Decíduas, florestas: "florestas que mudam suas folhas em uma determinada época, estação ou fase de crescimento. A manifestação mais comum é a queda das folhas durante o inverno".[1]
Distrito: divisão territorial de uma cidade a cargo de uma autoridade administrativa, judicial ou fiscal e que abrange um ou mais bairros.
Entrância: lugar de ordem das circunscrições judiciárias de um Estado.
Ermida: capela fora do povoado; pequena igreja.
Garupas: "Termo usado pelos topógrafos para designar as formas de relevo que se aproximam da garupa do cavalo, sem tomar em consideração a estrutura ou a natureza das rochas. Trata-se, por conseguinte, de um termo topográfico e puramente descritivo."[2]
Geada: "orvalho congelado, que se forma quando a temperatura do ar cai para 0º C".[1]
Jurisdição: território sob o qual o juiz exerce a sua autoridade.
Maciço: "grande área montanhosa."[1]
Mesófilo: amigo das temperaturas médias.
Mesotérmico: marcado por temperaturas médias.
Muar: mula.
Sazonal: referente às estações do ano.
Sede: distrito onde se instala o governo municipal.
Termo: subdivisão de comarca.
Topônimo: nome próprio de lugar.
Tropical, vegetação: vegetação típica dos trópicos; aquela encontrada entre os trópicos de Câncer e de Capricórnio.

BIBLIOGRAFIA

1. Atlas Geográfico Mundial. Dicionário Geográfico. (1994). São Paulo: Folha de São Paulo; The New York Times.

2. Guerra, Antonio Teixeira. (1992). Dicionário Geológico e Geomorfológico. 8. ed. São Paulo: IBGE.
• Bueno, Francisco da Silveira. (1970). Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: MEC-FENAME. Originalmente publicado em 1956.

CAPÍTULO 2

TRADIÇÃO E RUPTURA EM SAÚDE MENTAL

1.0 - INTRODUÇÃO

O propósito deste livro é duplo: traçar uma pequena historiografia do Serviço Psicossocial de Varginha - MG (SPS/VG) e apresentar os estudos da demanda ambulatorial que foram possíveis com os dados disponíveis.

Após a contratação de dois psicólogos pelo Estado de Minas Gerais, o Serviço iniciou suas atividades no município em novembro de 1986 com o nome Serviço de Saúde Mental. Seu estabelecimento antecede, portanto, a promulgação da Constituição da República, de 1988, que cria o Sistema Único de Saúde.

O que nos interessa aqui é deixar registrado o percurso histórico no período 1986 - 2000, ou seja, apresentar estudos que vão da data de início da prestação dos atendimentos, até o ano 2000, quando termina o século XX. É esse contexto de "fin-de-siècle" que pretendemos registrar, tal como fotografia de época.

A delimitação do período não implica em dizer que antes de 1986 não havia atendimento em saúde mental no município. Ele se dava através da assistência psiquiátrica previdenciária, prestada por médicos psiquiatras, em ambulatórios de postos de saúde. O modelo dessa assistência em nosso município não fugia à regra geral, já devidamente descrita e analisada em diversos estudos da literatura especializada das últimas décadas.

2.0 - HISTÓRICO

O atendimento ambulatorial em Saúde Mental, em Minas Gerais, iniciou-se em 1977, quando a Secretaria de Estado da Saúde participou dos Programas Especiais do Ministério da Saúde através do PISAM (Projeto Integrado de Saúde Mental). A proposta básica desse projeto era "um programa racionalizado integrado às Ações Básicas de Saúde, com ênfase no atendimento ambulatorial, ações de prevenção secundária (diagnóstico precoce) e outras de prevenção primária (grupos de alto risco em alterações mentais, ou seja, gestantes, adolescentes e idosos)."[1] O objetivo era tratar o paciente ambulatorialmente, desde sua chegada à unidade, até sua completa integração na comunidade. Grupos operativos de mães, professores e atendimento às crises foram as atividades programadas com o intuito de reduzir a incidência de doença mental.

O programa vigorou até o ano de 1980, quando foi extinto, devido à eliminação da verba destinada à DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental).

Pode-se constatar, então, que "O Setor de Saúde Mental espelha as contradições da organização social brasileira onde o Estado Capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitime, embora sem responder às necessidades sentidas na área social, o que significa que esta é tratada como um setor de choque, de contenção, de controle da insatisfação popular, sem se constituir em terreno de transformação real."[2] Não basta, pois, "apenas a reformulação do setor saúde para obter melhorias na expectativa de vida da população brasileira, é fundamental que um novo conceito de saúde permeie a implementação de todas as políticas sociais do Estado."[2]

O Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP (MPAS - 1982) diz que "a assistência psiquiátrica está, em primeiro lugar, condicionada pelo modelo geral de prestação de serviços de saúde no país. Isso significa que é prestada através das múltiplas modalidades assistenciais da Previdência Social".[3]

A doença mental é um problema grave do ponto de vista médico-social. Conforme diagnóstico da Organização Mundial de Saúde, "nos últimos tempos, dentre todas as enfermidades, aquela que teve maior incremento em sua incidência foi, sem dúvida, a doença mental".[3]

O Programa citado enumera oito principais fatores de tensão e condicionadores da crescente demanda por assistência psiquiátrica no Brasil:

"1) severa desigualdade na distribuição da renda;
2) expansão demográfica acelerada;
3) progressiva urbanização das populações;
4) afrouxamento dos vínculos familiares;
5) precariedade das habitações;
6) carência alimentar;
7) dificuldades de transporte;
8) desemprego."[3]

O CONASP ainda considera que "a pobreza, em si e por si mesma, coloca essa população mais vulnerável aos distúrbios psíquicos e empresta a estes um caráter de maior gravidade.

Pode-se inferir daí, considerando o seu vulto, sob o ponto de vista epidemiológico, a magnitude do problema das perturbações mentais, cuja prevalência em nosso meio é estimada ao redor de 10% na população geral".[3]

3.0 - A TRADIÇÃO

Dentro deste quadro social e econômico grave e tenso, como a assistência psiquiátrica lidava - e ainda lida em muitos locais - com a questão dos transtornos mentais? Oferecendo um modelo de assistência psiquiátrica asilar e custodial, de alto custo financeiro e social, de "caráter iatrogênico, com nenhuma possibilidade de contribuir para a superação do quadro nosológico gerado por condições (sociais) tão adversas, pelo contrário, é agravador e perenizador da situação." É, portanto, uma assistência que "sempre esteve centrada nos hospitais-asilos que serviam e ainda servem de depósitos para os pacientes psiquiátricos que, se nos pri-

meiros momentos podem ser internados temporariamente, a própria situação do estabelecimento torna permanente ou intermitentes essas internações".[3]

"Esses hospitais-asilos, colônias ou hospícios, inicialmente eram quase que exclusivamente do setor público ou beneficente". A partir da década de 70 ocorreu "grande expansão da rede hospitalar psiquiátrica privada."[3] O recurso prioritário neste tipo de modelo assistencial é a utilização do leito hospitalar psiquiátrico.

O Programa de Ações em Saúde Mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte (1985), citando o Programa do CONASP (1982), elenca oito pontos básicos no modelo tradicional de assistência psiquiátrica:

"1) ausência de atenção ambulatorial suficiente e adequada, no sentido de manter o paciente integrado ao seu meio familiar/social, priorizando a promoção da saúde mental;

2) carência de recursos humanos, físicos e materiais e aproveitamento inadequado de recursos existentes;

3) centralização da rede psiquiátrica, dificultando o atendimento das populações periféricas;

4) psiquiatrização dos casos sociais com internações desnecessárias;

5) privatização excessiva da assistência em detrimento da utilização da capacidade ociosa do setor público;

6) falta de alternativas extra-hospitalares, sendo o tratamento exclusivamente centrado no modelo médico;

7) escassa informação da comunidade, gerando na mesma pouca participação;

8) segregação do paciente."[4]

4.0 - A RUPTURA

Em Varginha - MG, a ruptura com o modelo da tradicional assistência psiquiátrica previdenciária se dá a partir da constituição do Serviço de Saúde Mental, em 1986. O Serviço foi instalado na Policlínica Central, a única existente no município na-

quela época, junto com outras especialidades médicas, odontologia e laboratório de análises clínicas.

Com a ruptura, criou-se um novo modelo de atendimento em Saúde Mental, baseado nos seguintes preceitos:

1) respeito ao paciente como pessoa, usuário e cidadão;

2) ética humanitária e humanista dos profissionais da equipe, sem paternalismo e assistencialismo;

3) ênfase ao atendimento ambulatorial prestado por equipe multidisciplinar.

Este livro, nos capítulos que se seguem, conta um pouco a história desta ruptura e seus desdobramentos.

BIBLIOGRAFIA

1. Proposta de um sistema de saúde mental dentro das ações integradas de saúde. (s.d.). Mimeo. Belo Horizonte, MG.

2. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. (1987, junho). Mimeo. Rio de Janeiro.

3. CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. Programa de reorientação da assistência psiquiátrica previdenciária (aprovado pela Portaria MPAS nº 3062, 23.08.1982). Mimeo.

4. Programa de Ações em Saúde Mental - Região Metropolitana de Belo Horizonte. (1985). Coordenadora: Belisário, Mônica de Almeida. Mimeo. Belo Horizonte, MG.

CAPÍTULO 3

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, LEI ESTADUAL ANTIMANICOMIAL E ÉTICA

1.0 - INTRODUÇÃO

Já que o trabalho de qualquer ciência "pressupõe, como condição, o trabalho da filosofia"[1], orientaremos nossa exposição de conceitos e a relação entre eles, sobre o prisma da filosofia, notadamente da filosofia da moral, aplicada na compreensão dos motivos da luta antimanicomial, que teve como um dos resultados, a Lei Estadual Antimanicomial (nº 11.802/95). Tentaremos, também, estabelecer a relação dos Serviços de Saúde Mental com este contexto sócio-político.

Não é propósito desse capítulo esmiuçar os conceitos todos à exaustão, mas situá-los em linhas gerais e mostrar a importância de discuti-los e compreendê-los na sutil e nem sempre visível relação que estabelecem na clínica diária de um Serviço de Saúde Mental e o que esse Serviço representa em termos de avanço na luta antimanicomial.

As questões que a ética poderia formular com relação a um Serviço de Saúde Mental seriam da seguinte ordem: que é saúde? que é saúde mental? que é doença mental? que é cidadania? que são direitos? que é exclusão? que é violência?

Além disto, poderíamos ainda, levantar questões com relação à consciência crítica no exercício profissional, a fim de não corrermos o risco de utilizar conhecimentos científicos de modo a favorecer determinado grupamento social, econômico, político

ou ideológico, contribuindo para manter ou aumentar o sofrimento psicológico do sujeito. O fenômeno da violência é a essência da questão ética.

Levar adiante a luta antimanicomial, não é tarefa somente dos profissionais da saúde pública, mas de toda sociedade, que tão justamente reclama por serviços de saúde que atendam suas necessidades, respeitem o preceito constitucional de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e, não firam o direito humano mais elementar: o existir.

2.0 - O BINÔMIO INCLUSÃO-EXCLUSÃO

Falando da estrutura manicomial tradicional e da recente luta antimanicomial que pretende extinguí-la, estamos discutindo questões que se instalam na polaridade do binômio inclusão-exclusão.

Inclusão é "ato ou efeito de incluir, ato pelo qual um conjunto contém ou inclui outro". O verbo *incluir* significa "compreender, abranger, conter em si, envolver, implicar, por dentro, fazer constar de uma lista, de uma série, de uma enumeração; relacionar, arrolar, inserir, intercalar, introduzir, estar incluído ou comprometido, fazer parte, figurar entre outros, *pertencer juntamente com outros* (...)" grifo nosso. *Incluso* é o "que inclui, encerra, abrange"[2]

Exclusão é "ato de excluir (-se), exceção, ato pelo qual alguém é privado ou excluído de determinadas funções". E o verbo *excluir* significa "ser incompatível com, afastar, desviar, eliminar, por de lado, abandonar, recusar, não admitir, omitir, por fora, expulsar, privar, despojar, pôr-se ou lançar-se fora". *Excludente* é o que exclui e *excluso* é o "fora da conta ou do lugar"[2], o excluído.

Os termos inclusão e exclusão são antônimos, isto é, possuem significações opostas. Todos os sentidos da exclusão podem ser referidos ao dito louco depositado no manicômio. Cabe-nos perguntar quem o exclui de que e com qual intencionalidade. Que papel cabe ao médico psiquiatra, ao psicólogo, ao enfermeiro, ao assistente social, neste ato de excluir e na sua manutenção, cujo signo é a violência?

Antes de passarmos ao conceito de ética e, brevemente, de seu percurso histórico, conceituaremos violência.

Violência é "qualidade de violento, ato violento, ato de violentar, constrangimento físico ou moral, uso da força, coação"[2].

Culturas e sociedades diferentes definem violência de maneiras diferentes, segundo sua localização geográfica e temporal. No entanto, em todas, o fenômeno da violência pode ser caracterizado pelo uso de força física ou de coerção psicológica, a fim de obrigar alguém fazer algo que é contrário a si, contrário ao seu corpo, interesses e desejos. A conseqüência para o sujeito, vítima da violência, são danos físicos ou psicológicos profundos ou irreparáveis que podem levar à morte, loucura e a auto ou hetero agressão. Portanto, "violência é a violação da integridade física e psíquica, da dignidade humana de alguém"[1] reduzindo um sujeito ou grupos de pessoas à condição de objeto de outrem. A violência fere os direitos humanos.

A violência também pode ser compreendida como um prejuízo. Há prejuízo toda vez que "privamos alguém daquilo a que tem direito e com isso lhe causamos dor, sofrimento, e o "diminuímos" em sua humanidade. Não mais o vemos em sua integridade, como um sujeito, dono de si, senhor de direitos, mas como uma coisa"[3]. Portanto, os conceitos de exclusão e violência são correlatos.

3.0 - ÉTICA

O vocábulo ética vem do grego *ethos*. Na língua grega *ethos* tem dois significados. O primeiro é: costumes. O segundo, "caráter, índole natural, temperamento, conjunto das disposições físicas e psíquicas de uma pessoa"[1].

O primeiro sentido, que se refere ao coletivo, é de "costumes tradicionais de uma sociedade e que, como tais, são considerados valores e obrigações para a conduta de seus membros"[1].

O segundo se refere ao indivíduo, ao senso moral, portanto, à consciência ética individual.

Em latim, costume se diz *mores*, donde, moral.

A simples existência da moral não garante a "presença explícita de uma ética, entendida como filosofia da moral, isto é, uma reflexão que discuta, problematize e interprete o significado dos valores morais"[1].

Vaz (apud Fernandes, 1999) diz que "O domínio da *Physis* ou o reino da necessidade é rompido pela abertura do espaço humano do *Ethos* no qual irão inscrever-se os costumes, os hábitos, as normas e os interditos, os valores e as ações. Por conseguinte, o espaço do *Ethos* enquanto espaço humano, não é dado ao homem, mas por ele construído ou incessantemente reconstruído...ao invés, o *Ethos* do animal o encerra no espaço fechado do seu ecossistema, dando origem à Etologia como estudo do comportamento animal."

A "finalidade da ética é esclarecer e sistematizar as bases do fato moral e determinar as diretrizes e os princípios abstratos da moral. Nesse caso, a Ética é uma criação consciente e reflexiva de um filósofo sobre a moralidade, que é, por sua vez, criação espontânea e inconsciente de um grupo."[5]

"A ética se move no campo das paixões, dos desejos, das ações e dos princípios, possuindo uma dimensão valorativa e normativa. Por um lado, valores e normas são exteriores e anteriores a nós, definidos pela Cultura e pela sociedade onde vivemos; mas, por outro lado, somos *sujeitos* éticos e, portanto, capazes tanto de interiorizar valores e normas existentes, quanto de criar novos valores e normas."[1]

Na atualidade, a Ética se ocupa principalmente com a pesquisa e o estudo dos valores morais. Estes determinam o impulso moral e impelem os indivíduos à ação. "Somente aquelas atitudes e coisas que levam ao bem comum do grupo é que possuem valor moral."[5]

3.1 - Ética naturalista x Ética historicista

Brandão (1998) fala em duas medidas éticas: uma naturalista e outra historicista.

A *ética naturalista* (Costa apud Brandão, op. cit.), é aquela que procura na natureza a fundamentação da moralidade. Os fundamentos desta moral são, portanto, encontrados "nos imperativos a-históricos da biologia, ou genericamente, na natureza, de modo que as obrigações morais se tornam válidas para todo e qualquer indivíduo". Brandão diz que tal ética supõe "a existência de uma natureza fora do contexto sócio-cultural".

A *ética historicista* tem como fundamento a "singularidade da experiência" renunciando à busca de valores universais e a-históricos. A condição humana é plural no contexto social, político, econômico e histórico em que se situa e é deste pressuposto que se deve derivar uma ética.

O mundo atual é caracterizado pela economia de mercado globalizada, pela eficiência dos meios de transporte e de comunicação, pela velocidade das informações e por grande número de países com regime democrático de governo.

A eficiência dos meios de transporte e comunicação e a velocidade na transmissão das informações minimizaram ou anularam distâncias geográficas, alterando nossa percepção empírica do tempo e do espaço. A democracia pressupõe não hostilizar o diferente mas conviver com ele.

O intercâmbio cultural entre os povos foi estreitado ao máximo, tornando aguda a percepção da diversidade de línguas, etnias, religiões e costumes. Isto possibilitou o contato com a diferença e toda a gama de sentimentos contraditórios que ela pode despertar: temor, recusa, negação, desejo de destruir, solidariedade, simpatia, antipatia, respeito, admiração, curiosidade, indignação, etc.

Num mundo que se nos apresenta desta forma, a diversidade cultural e a questão da diferença deixa de ser um problema específico da antropologia e se torna imperiosa questão prática e ética.

3.2 - Breve histórico das idéias éticas

O estudo da história das idéias éticas, da antigüidade clássica (greco-romana) até a contemporaneidade, nos remete ao cerne da questão ética fundamental que se apresenta para todas as sociedades: o problema da violência e quais os meios de evitá-la, diminui-la ou controlá-la. Se não fosse assim, as sociedades entrariam numa rota suicida pois não existiriam instrumentos que pu-

dessem garantir a seus membros a integridade física e psicológica que permite a conservação do grupo social.

Não nos cabe percorrer todo o histórico das idéias éticas, em detalhes. Sem dúvida, isto seria importante para compreendermos o que a ética nos coloca hoje, como questão fundamental e como os valores éticos sofrem flutuações temporais e espaciais. No entanto, algumas citações são necessárias para apontar, em linhas gerais, o rumo que esse percurso teve ao longo da história.

A filosofia moral se iniciou com Sócrates. O filósofo percorria ruas e praças de Atenas, perguntando aos atenienses sobre os valores em que acreditavam, a origem e essência desses valores. Sua indagação se dirigia à sociedade e ao indivíduo.

Aristóteles referiu-se à ética como *praxis* e não somente como saber teórico. Nós deliberamos e decidimos sobre o *possível*, aquilo que pode ser ou deixar de ser. O *necessário* é o que é e será sempre, portanto, não depende de nós. A ética se refere ao possível.

A ética cristã deslocou a idéia de virtude (princípio do bem viver) como realização do membro de uma coletividade sociopolítica, que era a idéia vigente na antigüidade clássica, para a idéia da interioridade da relação do indivíduo com Deus. Portanto, a virtude se define através de nossa relação com Deus e não com a polis. As virtudes cristãs são a fé e a caridade. Surge a idéia de dever. O que Aristóteles colocava como vício - a modéstia - aparece na moral cristã como virtude.

Espinosa (século XVII) buscou no indivíduo livre o núcleo da ação moral, o que é uma idéia moderna. Falou nas paixões, que não são boas nem más, são naturais. As paixões originais são três: alegria, tristeza e desejo. As demais são derivativos dessas. Espinosa evitou oferecer um quadro de valores, vícios e virtudes.

Rousseau (século XVIII) diz que a razão é responsável pela sociedade egoísta e perversa em que vivemos e que nossa bondade natural foi corrompida na criação da propriedade e dos interesses privados. Para ele, a consciência moral e o sentimento

do dever, são inatos.

Kant (século XVIII) reafirma o papel da razão na ética e diz que não há bondade natural, como defendia Rousseau. Para Kant, o dever revela nossa verdadeira natureza e não podemos confundir liberdade com a satisfação irracional de todos nossos impulsos e desejos.

Nietszche (século XIX) rompeu com todo o racionalismo ético anterior, dizendo que o fundamento da vida moral não é a razão, mas a emoção. Para ele, transgredir normas e regras estabelecidas, é uma expressão verdadeira da liberdade, e, desejos e paixões afirmam a vida mesmo na crueldade e agressividade. A liberdade é a plena manifestação do desejante e do passional. É o irracionalismo ético.

Bergson (século XX) procurou entender a relação entre dever e história, distinguindo duas morais, a fechada e a aberta. A fechada é repetitiva, habitual e quase que automaticamente respeitada por nós. A aberta é a criação de novos valores e formas de comportamento que rompem a moral fechada, criando nova ética.

Hegel (1770 - 1831) ressitua o problema ético quando nos coloca - seres humanos - na condição de seres históricos e culturais. Desde então, uma análise da violência e do *ethos* que não leve em consideração este aspecto fundamental, carece de sentido. Ele criticou a filosofia anterior por atribuir à verdade e a razão a característica da intemporalidade.

Duas outras importantes descobertas posteriores (século XIX), provocaram uma reviravolta no trato da ética e trouxeram graves conseqüências para as idéias de vontade livre, consciência responsável e valores morais: Freud, com a descoberta do inconsciente e Marx com a de ideologia.

A consciência e a razão tem poder limitado de independência, elas se circunscrevem na historicidade do inconsciente e da ideologia. Nossos atos são determinados por fatores internos inconscientes (o inconsciente) e por elaborações intelectuais incorporadas pelo senso comum social que se tornam ponto de vista e opinião de todas classes sociais - a ideologia. Assim, nossas motivações inconscientes mais profundas nos escapam, do mes-

dessem garantir a seus membros a integridade física e psicológica que permite a conservação do grupo social.

Não nos cabe percorrer todo o histórico das idéias éticas, em detalhes. Sem dúvida, isto seria importante para compreendermos o que a ética nos coloca hoje, como questão fundamental e como os valores éticos sofrem flutuações temporais e espaciais. No entanto, algumas citações são necessárias para apontar, em linhas gerais, o rumo que esse percurso teve ao longo da história.

A filosofia moral se iniciou com Sócrates. O filósofo percorria ruas e praças de Atenas, perguntando aos atenienses sobre os valores em que acreditavam, a origem e essência desses valores. Sua indagação se dirigia à sociedade e ao indivíduo.

Aristóteles referiu-se à ética como *praxis* e não somente como saber teórico. Nós deliberamos e decidimos sobre o *possível*, aquilo que pode ser ou deixar de ser. O *necessário* é o que é e será sempre, portanto, não depende de nós. A ética se refere ao possível.

A ética cristã deslocou a idéia de virtude (princípio do bem viver) como realização do membro de uma coletividade sociopolítica, que era a idéia vigente na antigüidade clássica, para a idéia da interioridade da relação do indivíduo com Deus. Portanto, a virtude se define através de nossa relação com Deus e não com a polis. As virtudes cristãs são a fé e a caridade. Surge a idéia de dever. O que Aristóteles colocava como vício - a modéstia - aparece na moral cristã como virtude.

Espinosa (século XVII) buscou no indivíduo livre o núcleo da ação moral, o que é uma idéia moderna. Falou nas paixões, que não são boas nem más, são naturais. As paixões originais são três: alegria, tristeza e desejo. As demais são derivativos dessas. Espinosa evitou oferecer um quadro de valores, vícios e virtudes.

Rousseau (século XVIII) diz que a razão é responsável pela sociedade egoísta e perversa em que vivemos e que nossa bondade natural foi corrompida na criação da propriedade e dos interesses privados. Para ele, a consciência moral e o sentimento

do dever, são inatos.

Kant (século XVIII) reafirma o papel da razão na ética e diz que não há bondade natural, como defendia Rousseau. Para Kant, o dever revela nossa verdadeira natureza e não podemos confundir liberdade com a satisfação irracional de todos nossos impulsos e desejos.

Nietszche (século XIX) rompeu com todo o racionalismo ético anterior, dizendo que o fundamento da vida moral não é a razão, mas a emoção. Para ele, transgredir normas e regras estabelecidas, é uma expressão verdadeira da liberdade, e, desejos e paixões afirmam a vida mesmo na crueldade e agressividade. A liberdade é a plena manifestação do desejante e do passional. É o irracionalismo ético.

Bergson (século XX) procurou entender a relação entre dever e história, distinguindo duas morais, a fechada e a aberta. A fechada é repetitiva, habitual e quase que automaticamente respeitada por nós. A aberta é a criação de novos valores e formas de comportamento que rompem a moral fechada, criando nova ética.

Hegel (1770 - 1831) ressitua o problema ético quando nos coloca - seres humanos - na condição de seres históricos e culturais. Desde então, uma análise da violência e do *ethos* que não leve em consideração este aspecto fundamental, carece de sentido. Ele criticou a filosofia anterior por atribuir à verdade e a razão a característica da intemporalidade.

Duas outras importantes descobertas posteriores (século XIX), provocaram uma reviravolta no trato da ética e trouxeram graves conseqüências para as idéias de vontade livre, consciência responsável e valores morais: Freud, com a descoberta do inconsciente e Marx com a de ideologia.

A consciência e a razão tem poder limitado de independência, elas se circunscrevem na historicidade do inconsciente e da ideologia. Nossos atos são determinados por fatores internos inconscientes (o inconsciente) e por elaborações intelectuais incorporadas pelo senso comum social que se tornam ponto de vista e opinião de todas classes sociais - a ideologia. Assim, nossas motivações inconscientes mais profundas nos escapam, do mes-

mo modo que há contradição profunda entre as condições reais em que vivemos e as idéias veiculadas pela ideologia.

A psicanálise, colocando o desejo* no centro da questão ética, faria parte da concepção filosófica do emotivismo ético que salienta "a utilidade dos sentimentos e das emoções para nossa sobrevivência e para nossa relações com os outros, cabendo à ética orientar essa utilidade de modo a impedir a violência"[1], garantindo um relacionamento mais justo entre os seres humanos.

4.0 - O MANICÔMIO

Ao longo da história, a tendência das diversas sociedades foi excluir os marcados pela diferença. Na Grécia Antiga, os politicamente divergentes eram condenados ao ostracismo. Durante a Inquisição, os desvios da fé cristã - a heresia (palavra grega que significa opinião discordante) - era punida com torturas e os hereges poderiam ser queimados vivos num ritual denominado auto-de-fé.

Os asilos manicomiais surgiram durante o Renascimento e o Iluminismo, destinados a dar abrigo e proteção aos doentes mentais, mas acabaram por segregá-los ainda mais que a doença que os havia conduzido até ali.

"No Brasil, desde a segunda metade do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, os asilos foram modernizados e parece ter havido uma disposição de combate à decadência e à desumanidade neles implícita. Para evitar o estigma, passaram a ser chamados de hospícios e assumiram uma fisionomia de estabelecimentos médicos. Mas, em virtude de não terem perdido sua *característica essencial de agência de segregação e desindividualização*, não mudaram senão na forma e no nome."[8] (grifo nosso).

No entanto, foi somente a partir de 1980 que se intensificam "as análises das condições dos manicômios públicos e privados, destacando-se a violência exercida sobre os pacientes e a comprovada ineficiência do modelo assistencial vigente".[9]

* Em psicanálise, na concepção lacaniana, desejo é a "Falta inscrita na palavra e efeito da marca do significante sobre o ser falante." (Chemama, 1995). O desejo também pode ser compreendido como a relação do sujeito com o fantasma.

Deste modo, o manicômio tem sido historicamente uma instituição que engendra no paciente um empobrecimento afetivo de tal ordem que ele se coisifica. Nada há lá dentro - talvez exceto sua própria cama - que ele possa sentir como seu. O mundo do manicômio é o da solidão, do abandono, da impessoalidade, onde o paciente acaba por perder as poucas referências afetivas e sociais que lhe restam. Nos hospícios, como nas prisões, o tempo está estancado, em suspenso, com a sensação de um presente infinito e vazio e um futuro sem perspectivas. É a morte do tempo - e do sujeito.

Basaglia, psiquiatra pioneiro na desospitalização da loucura na Itália, compara o manicômio a campos de concentração.

O "habitat" manicomial é isolado do exterior, fechado, com absoluta ausência de privacidade pessoal. O paciente não é instrumentado para o trabalho o que, na classe operária representa seu principal vínculo com a realidade e até mesmo de constituição da subjetividade.

Nos hospitais psiquiátricos, os instrumentos que se sobressaem são os de controle: o choque elétrico e a camisa de força. Com a difusão dos psicofármacos, a camisa de força passou a ser química. Em doses maciças, causam *impregnação*, ou seja, um travamento da musculatura, o que acarreta movimentos rígidos, estereotipados, robotizados.

A exclusão aparta o diferente do restante do corpo social. O excluído é considerado estranho, bizarro, louco. Ele incomoda com idéias ou comportamentos que rompem com determinados aspectos do senso comum, provocando dúvidas e indagações. Em suma, desperta inquietações, angústia, exacerba o temor do desconhecido. A punição é o exílio, a morte ou a prisão num manicômio. O diferente é vomitado do grupo social como algo que não pode ser incorporado.

Claude Lévi-Strauss, em Tristes Trópicos (apud Cooper, 1967), classifica as sociedades em antropofágicas e

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

antropoêmicas. As sociedades antropofágicas engolem os indivíduos diferentes e as antropoêmicas, os vomitam. Baseado neste conceito, Cooper diz que, nossa sociedade, no trato com a loucura, consegue ser ao mesmo tempo antropoêmica e antropofágica. "A pessoa que foi "vomitada" para fora de sua família, para fora da sociedade, é "engolfada" pelo hospital e, então, digerida e metabolizada, fora da existência como pessoa identificável".

É um ato negativo de invalidar alguém. Esse ato é reforçado pela sociedade de várias maneiras: "sustenta-se que a pessoa se invalidou a si própria ou que foi invalidada pela sua debilidade inerente ou pelo processo da doença, nada tendo outras pessoas a ver com a questão"[10].

"O confinamento da "loucura" e suas manifestações produz o chamado paciente crônico e a destruição gradativa dos vestígios de humanidade, entendida aqui como articulada ao universo simbólico deste paciente"[9].

A sociedade isola o louco no manicômio e se sente mais sã. Entretanto, a loucura depositada imaginariamente num hospício não desaparece da sociedade. A negação da loucura nos impede de enfrentá-la, de elaborá-la ou transformá-la em potencial criador. Infelizmente, o que podemos constatar é que muito da psiquiatria de enfoque biológico é mais ideologia do que ciência e essa ideologia é utilizada por um pequeno grupo que oprime e explora outro economicamente.

Na sociedade capitalista pós-moderna (mas não somente nela, como vimos) um dos diferenciais, não o único - para a exclusão é o rótulo da loucura. O louco, é o herético contemporâneo. O Tribunal da Inquisição foi substituído pela psiquiatria biológica e a fogueira, pelo manicômio. A tortura da coisificação permanece a mesma.

Não queremos dizer com isso que transtornos psicóticos não existem. Existem e causam enormes danos afetivos, familiares, sociais, econômicos, etc. O que não se pode perder de vista como referência é que, o portador de transtornos esquizofrênicos, ou de qualquer outro tipo de transtorno mental, deve ter sempre resguardada sua dignidade enquanto ser humano.

Tratá-lo como coisa é retirar dele sua humanidade e, portanto, exercício da violência, um comportamento sempre eticamente condenável.

5.0 - LEI ESTADUAL ANTIMANICOMIAL - nº 11.802/95

A Lei Estadual Antimanicomial - nº 11.802/95 promulgada em janeiro de 1995 e ainda não regulamentada, estabelece as diretrizes da política de assistência psiquiátrica. Ela foi criada para acabar com os manicômios fechados, com os maus tratos dos doentes mentais e para servir de instrumento que lhes garanta o reconhecimento de seus direitos civis e humanos básicos.

A Lei Estadual dispõe sobre a promoção da saúde e reintegração social do portador de sofrimento mental, propondo como meta, a substituição da estrutura manicomial tradicional por outras mais abertas, não isolando o paciente do meio familiar e social. A Lei determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva desses.

Não se trata de uma permuta de *"locus"*, do manicômio para a rua. O desafio que se propõe é oferecer os serviços alternativos previstos em Lei, com nível de qualidade, eficiência e resolubilidade tal que evitem uma possível e indesejável transposição do usuário do manicômio para a rua.

O modelo substitutivo da saúde mental, proposto pela reforma psiquiátrica, é constituído pelos seguintes serviços: ambulatórios (com atendimento precoce e acessível), hospital-dia, serviços de urgência, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, centros de convivência e pensões protegidas.

Além de outras providências, a Lei também regulamenta as *internações*, especialmente as involuntárias*.

Em nível federal, criou-se o PAD - Programa de Apoio à Desospitalização, do Ministério da Saúde, que prevê para famílias protegidas, ajuda de custo para manter e cuidar de seus pacientes.

* vide Glossário.

6.0 - SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Os Serviços de Saúde Mental prestando atendimento no ambulatório, em regime aberto, por uma equipe multiprofissional, é um dos serviços previstos para a substituição dos hospitais psiquiátricos.

O dito louco-herético deixa de ser percebido como aquele portador da diferença assustadora para ser ouvido nessa diferença, criando a possibilidade de que ele encontre novo significado para suas vivências e fantasias, a partir de um espaço onde a mesma diferença serve como suporte para a energia criadora.

Busca-se a inclusão do diferente, a integração da pessoa portadora de sofrimento mental na comunidade e no meio familiar, sua participação social.

Em nível ambulatorial, além da psicoterapia e do atendimento psiquiátrico, pode-se trabalhar com as Oficinas Terapêuticas (dança, música, jardinagem, leitura, teatro, visitações, culinária, etc.) integrando o indivíduo com o espaço e o tempo, com a comunidade, com o mundo do trabalho, através das atividades desenvolvidas.

Este enfoque não deixa de ser um resgate daquela idéia ética da antigüidade clássica, onde a virtude era a realização da pessoa numa coletividade sociopolítica. Embora não possamos dizer que o conceito atual seja exatamente o mesmo, a idéia de participação, de integração do indivíduo na comunidade para realizar-se plenamente, é a mesma

7.0 - CONCLUSÃO

Concluímos esse estudo recordando Erasmo e retomando Marx.

Recordar Erasmo de Rotterdam com sua obra clássica, a sátira "Elogio da Loucura" (1508), é acrescentar uma pitada de humor (e não por isso menos seriedade e comprometimento) a um tema mormente tratado com extrema sisudez (ela tem lá sua razão de ser).

A referida obra de Erasmo, mesmo satírica ou até por isso mesmo, teve importante papel na eclosão da Reforma Protestante, abalando seu tempo, servindo de panfleto revolucionário. Diz ele "(...) tudo o que fazem os homens está cheio de loucura. Não loucos tratando com loucos" e "(...) a vida humana não passa, afinal, de uma espécie de divertimento da Loucura"[11].

Vamos a Marx. Ao contrário de Nietszche, que considerava os valores de liberdade, felicidade, respeito à subjetividade e à humanidade de cada sujeito como hipócritas em si mesmos, Marx dizia que esses valores são "irrealizáveis e impossíveis numa sociedade violenta como a nossa, baseada na exploração do trabalho, na desigualdade social e econômica, na exclusão de uma parte da sociedade dos direitos políticos e culturais (...) as condições materiais concretas em que vive a maioria da sociedade impedem a existência plena de um ser humano que realize os valores éticos"[1]. Portanto, para Marx, a ética só poderia se concretizar numa sociedade diferente da descrita; ela teria que ser mudada. Aqui entra a utopia social.

Como pensar em políticas sociais de saúde pública e em um Serviço de Saúde Mental que tenham por princípio ético o resgate do bem estar psicossocial do indivíduo numa sociedade como a nossa, cuja organização social é fator contínuo de geração e alimentação da violência, da exclusão e da miséria material?

Imitarei Sócrates: fica a questão para reflexão.

BIBLIOGRAFIA

1. Chaui, Marilena. (1997). Convite à Filosofia. 6. ed. São Paulo: Editora Ática.

2. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. (1988/95). Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. Folha de São Paulo.

3. Kupstas, Marcia (organizadora). (1997). Violência em debate. Aranha, Maria Lúcia de Arruda, Violência e cidadania. São Paulo: Editora Moderna.

4. Fernandes, Júlio Flávio de Figueiredo. (1999). Ética e exercício profissional. Jornal do psicólogo (CRP-04), 17, nº 65, 3 (citando Henrique Cláudio de Lima, Escritos de filosofia II, p. 13).

5. Enciclopédia Barsa. (1975). Volume 9. Rio de Janeiro, São Paulo: Encyclopaedia Britannica Editores.
6. Brandão, Eduardo Ponte. (1998). Sobre a ética das práticas psi: felicidade e cidadania. Revista Psicologia, Ciência e Profissão. Ano 18, nº 1. Brasília, DF.
7. Chemama, Roland (organizador). (1995). Dicionário de Psicanálise. Porto Alegre: Larousse/Artes Médicas.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. (1990). Orientações para funcionamento e supervisão dos Serviços de Saúde Mental. Brasília, DF.
9. Belisário, Mônica de Almeida. (1992). Saúde mental: o não-lugar do psicólogo. Conselho Regional de Psicologia - 4ª Região. Psicologia - possíveis olhares, outros fazeres. Belo Horizonte: Rona Editora.
10. Cooper, David. (s.d.). Psiquiatria e Antipsiquiatria. Coleção Debates. São Paulo: Editora Perspectiva. Originalmente publicado em Londres, 1967.
11. Erasmo - Thomas More. (1984). Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural. Originalmente publicado em 1511.

CAPÍTULO 4

ESTUDO DA DEMANDA AMBULATORIAL DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE VARGINHA - 1989

PREÂMBULO

O problema não é inventar.
É ser inventado hora após hora e
nunca ficar pronta nossa edição convincente.
Carlos Drummond de Andrade

Este é o primeiro estudo epidemiológico sobre saúde mental realizado no município de Varginha - MG. Ele fornece valiosas informações sobre a organização inicial do Serviço e o perfil do usuário.

O texto foi publicado pela *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*[1], com o título *Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha*, editada pelo Conselho Federal de Psicologia (vide Índice de Publicações). É o primeiro estudo

[1] A Revista, no formato atual, existe desde 1984. A partir de 1999 foi incluída no Índice de Hierarquização dos Periódicos em Psicologia, pela CAPES. "É reconhecida como periódico de circulação nacional junto a outros grandes periódicos nacionais."(CFP, Editorial, Ano 19, nº 1. Brasília, DF. 1999). A Revista é uma publicação quadrimestral.

epidemiológico de demanda ambulatorial em saúde mental, em município brasileiro, publicado pela Revista, desde o primeiro número até o momento (março/2000). Partes do texto foram citadas em trabalho desenvolvido por docente da Universidade de São Paulo.

Na época da publicação (1989), os psicólogos estavam iniciando o trabalho em saúde pública com saúde mental, contratados pelos Estados ou municípios, com o propósito de prestação de atendimento ambulatorial alternativo ao modelo vigente e ineficaz da hospitalização/asilamento do dito louco. Esta prestação de serviço, em larga escala, somente foi possível a partir da segunda metade da década de 80 e coincide com o fim do regime militar.

Passou-se, portanto, uma década da publicação. Uma leitura mais crítica revelou-nos pormenores conceituais, de uso da linguagem e de organização geral do texto que precisariam ser aprimorados, para facilitar a leitura e a compreensão do leitor. Procedemos aos ajustes necessários que em nada alteraram o conteúdo da pesquisa.

1.0 - INTRODUÇÃO

Em novembro de 1986, inaugurou-se o Setor de Saúde Mental da Policlínica de Varginha - SSMPV, com a recém-criada equipe de Psicologia. Sua implantação obedecia a um programa de saúde, de âmbito federal, denominado AIS - Ações Integradas de Saúde. Os objetivos eram prestar atendimento psicológico à população urbana e rural do município, em nível extra-hospitalar e, ao mesmo tempo, efetivar ações de prevenção e promoção de saúde mental, disciplinando os mecanismos de encaminhamento.

Devido ao caráter pioneiro do empreendimento - era a primeira vez em Varginha e no Estado de Minas Gerais que se oferecia um serviço de saúde mental ambulatorial ao público* -

* A experiência do PISAM, projeto citado no Capítulo II (vide Histórico, § 1°), embora importante, foi temporária (1977 a 1980) e de alcance limitado. Por isso, consideramos 1986 o marco inaugural dos Serviços de Saúde Mental no Estado de Minas Gerais.

atravessamos um período de dúvidas e questionamentos. Não havia referências anteriores nas quais nos basearmos e a formação acadêmica universitária que tínhamos, entrava em choque com a realidade encontrada. Atender a clientela tão numerosa e variada se transformou num grande desafio.

Para cada usuário atendido abrimos uma ficha individual contendo os seguintes dados: nome completo, data de nascimento, idade, nível de escolaridade, endereço, queixa principal e queixas secundárias, etc. Estas fichas integram o arquivo confidencial de psicologia do qual somente os psicólogos possuem a chave. Também dispomos de um Diário de Consultas onde são registrados o nome, a data e o tipo de atendimento prestado a cada usuário. Os dados que compõem essa pesquisa foram extraídos de ambos.

A clientela que aportava ao Serviço tinha uma característica marcante: variedade e riqueza na apresentação de amplo leque de quadros psicopatológicos. Surgiu, então, a necessidade e o desejo de compreendê-la mais profundamente, relacionando os quadros psicopatológicos a sexo, faixa etária e alguns indicadores sociais.

O presente trabalho é uma tentativa de compreensão epidemiológica da relação entre a psicopatologia apresentada e os dados do perfil demográfico dos usuários. Foram utilizadas todas as fichas constantes do arquivo confidencial, exceto duas dezenas, postas de lado por não conter dados essenciais como idade, sexo ou tipo de afecção. Na denominação das queixas, não nos ativemos à nomenclatura clássica da psiquiatria nem na da CID - Classificação Internacional de Doenças.

A seguinte formulação do CONASP (1982), orientou-nos neste início de atividades em saúde pública: "visão do paciente dentro do seu contexto familiar e sócio-cultural, sujeito às influências dos seus relacionamentos interpessoais e ambientais, considerando o distúrbio *psicológico* como episódio no ciclo natural de saúde/doença do indivíduo". O grifo e a substituição do termo é nossa: psiquiátrico por psicológico.

2.0 - OBJETIVOS

a) caracterizar a clientela quanto aos principais tipos de transtornos mentais apresentados;
b) relacionar esses transtornos mentais com o sexo e faixa etária;
c) caracterizar, superficialmente, a clientela quanto a alguns indicadores sociais: local de moradia, nível de escolaridade e ocupação;
d) informar a equipe multiprofissional os resultados obtidos, oferecendo dados objetivos;
e) oferecer dados e informações que possam contribuir para o desenvolvimento de posteriores pesquisas epidemiológicas em saúde mental;
f) servir de base para planejamento e aprimoramento do serviço prestado, e,
g) registrar o trabalho realizado.

3.0 - DEMANDA

A demanda é formada pelo conjunto dos usuários que procuraram o SSMPV por qualquer motivo e foram atendidos pela equipe multiprofissional (psicólogos, assistente social e, ocasionalmente, médico psiquiatra), em pelo menos uma consulta.

Alguns pacientes não buscam auxílio diretamente, comparecem somente à entrevista inicial ou abandonam o tratamento no início. São, em sua maioria, pacientes com transtornos mentais graves e que necessitam de atendimento médico paralelo: egressos de hospitais psiquiátricos; toxicômanos (incluindo os alcoolistas) e psicóticos com quadros delirantes e/ou alucinatórios. Estes pacientes representam 12% do total geral.

No entanto, não nos iludamos com esse número. Como exemplo, vejamos o caso dos alcoolistas. De acordo com o MOUP/MS (1983), a prevalência do alcoolismo no Brasil está estimada em 6,2%, incidindo mais na camada social de baixa renda e na população masculina. Os alcoolistas representam 2,88% do total dos pacientes atendidos pelo SSMPV (excetuando-se a faixa etária de zero a doze anos). Isto corresponde a seis casos em 208, universo com o qual trabalhamos. A estimativa populacional do IBGE* para o município, em 1985, era de 74.630 habitantes. De acordo com o Ministério da Saúde teríamos, então, 463 casos de alcoolismo no município. Como somente seis casos chegaram a efetivamente procurar tratamento, isto significa que o SSMPV dá cobertura terapêutica a apenas 1,29% da população de alcoolistas. Geralmente, estes pacientes não buscam auxílio e quando buscam, são de difícil abordagem terapêutica. Os que foram à Policlínica foram levados por seus familiares ou cônjuges. Eles compõem o quadro da demanda mais necessitada de tratamento e que, no entanto, se mostra avessa a ele. Na realidade, intervir junto a pacientes deste grupo é nossa prioridade. O Quadro 1 nos dá uma idéia mais clara dos tipos de demanda:

QUADRO 1

DEMANDA	TRANSTORNOS	%
Receptiva	transtornos neuróticos reação de ajustamento	88%
Avessa	quadros psicóticos orgânicos e outras psicoses; toxicomanias	12%

Fonte: fichas individuais do arquivo do SSMPV.

* Vide Glossário.

4.0 - NÚMERO DE USUÁRIOS QUANTO A SEXO E FAIXA ETÁRIA

A divisão das faixas etárias foi elaborada pelo pesquisador de acordo com o seguinte critério:

0 a 6 anos: idade pré-escolar, crianças.
7 a 12 anos: idade escolar, pré-adolescentes.
13 a 20 anos: adolescentes.
21 a 30 anos: adultos jovens.
31 a 40 anos } adultos
41 a 50 anos }
51 a 60 anos: adultos de meia-idade.
61 a 70 anos: idosos.

O Quadro 2 agrupa, percentualmente, os 208 casos estudados; 84 casos do sexo masculino e 124 do feminino.

QUADRO 2

Distribuição do número total de usuários do SSMPV, ambos os sexos, pelas faixas etárias, em porcentagens, de dez./86 a mar./88.

Faixa Etária	0 6	7 12	13 20	21 30	31 40	41 50	51 60	61 70	Total
Masculino	8	13	3	8	8	1	0	1	41%
Feminino	3	6	8	18	13	5	4	2	59%

Fonte: fichas individuais do arquivo do SSMPV.

Observa-se que, no sexo masculino, a maior procura corresponde aos pré-adolescentes em idade escolar, na faixa dos sete aos 12 anos. Isto significa que foram levados até à Policlínica pelos pais ou responsáveis, caracterizando um pedido de auxílio indireto. O mesmo ocorre com as crianças. São raros os adolescentes, os adultos na faixa de 41 a 50 anos, os de meia idade e os idosos masculinos buscarem auxílio psicológico. Após a pré-adolescência, a maior procura é dos adultos na faixa de 21 a 40 anos. Da população masculina, é a mais suscetível ao tratamento. Do ponto de vista social, são pessoas engajadas no mercado de trabalho e que vêem sua força produtiva minada por transtornos mentais.

Quanto ao sexo feminino, a maior procura é das jovens adultas, num índice bem expressivo. O segundo maior índice se localiza na faixa seguinte, de 31 a 40 anos. Temos, então, uma maioria de mulheres jovens (31%) buscando auxílio direto. As afecções mentais as atingem também em sua idade mais produtiva. Nos dois últimos extremos das faixas etárias, a procura é bem menor. Outra observação importante é que, dos 13 aos 70 anos, os maiores índices de procura estão com as mulheres. Pode-se dizer que a Policlínica, no aspecto da saúde mental, é um lugar da mulher.

Tanto para os homens quanto para as mulheres, é fato positivo conseguirmos atingi-los terapeuticamente, quando eles próprios nos procuram para ajudá-los, e tendo em vista que encontram-se num momento ótimo para nossa intervenção, tanto biológica (são relativamente jovens) quanto socialmente (são pessoas que ocupam determinado lugar no mercado de trabalho, fazendo parte da camada ativa da população).

5.0 - AFECÇÕES MAIS FREQÜENTES

A partir da leitura das fichas individuais, elaborou-se uma tabela contendo 31 tipos de queixas. Procedeu-se à análise das fichas tendo em vista a primeira queixa do paciente, respondendo a perguntas como: qual é o motivo desta consulta? ou, o que lhe incomoda?

Em vários casos não se tornou possível incluir a primeira queixa dentro de uma categoria. Quando isto ocorreu, passou-se à análise global das queixas, formulando-se uma *impressão diagnóstica*. Não foi tarefa simples chegar a um primeiro diagnóstico, mesmo generalizado, pois os pacientes apresentaram queixas mistas em sua maioria, envolvendo fatos biopsicossociais complexos. Dentro da multiplicidade tentou-se abstrair a linha

mestra, o essencial das queixas. Este essencial passou a figurar a queixa.

De acordo com a Fiocruz (1985) "(...) as divergências na definição do que seja "caso" desse ou daquele transtorno são tantas e profundas, a ponto de questionar-se muito a validade da comparação dos resultados dos diferentes estudos." Também o Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana[4], aponta com propriedade em direção semelhante, dizendo que "o objeto de estudo da psiquiatria - o enfermo mental e as leis que regem o fenômeno saúde-enfermidade mental - está definido de maneira imprecisa. Os sintomas são complexos subjetivos e mutáveis, e fortemente influenciados por fatores culturais e individuais". Evidentemente que tais características criam especiais óbices para a investigação científica e fazem que a prevenção primária, o diagnóstico e o tratamento sejam sustentados, parcialmente, pelo empirismo.

Por esses motivos, registramos a queixa formulada pelo cliente e partindo dela, elaboramos a impressão diagnóstica, necessária para o agrupamento dos casos e construção das tabelas comparativas. Reconhecemos que isso não simplifica as dificuldades metodológicas, próprias de trabalhos deste tipo. Para evitar dúvidas, conceituamos cada categoria, deixando claro os critérios para o agrupamento dos casos.

A Tabela 1 reúne as cinco principais queixas a partir de um índice superior a 7% do total geral.

Comentaremos os dados desta Tabela junto com os da Tabela 2.

TABELA 1

Distribuição das cinco principais queixas , em ambos os sexos e todas faixas etárias, em porcentagens, no SSMPV, de dez./86 a mar./88.

QUEIXA	%
Angústia-depressão	13
Psicossomática	10
Agressividade	9
Neurológico-motor	8
Escolarização	7
N = 208	47

Fonte: idem.

TABELA 2

Distribuição proporcional das principais queixas de acordo com o sexo, em todas as faixas etárias, em porcentagens, no SSMPV, de dez./86 a mar./88.

QUEIXA	MASC.	FEM.
Angústia-depressão	4	19
Psicossomática	8	11
Agressividade	17	3
Neurológico-motor	11	6
Escolarização	11	5
Problemas familiares	0	10
Ansiedade	6	6
N = 208	57	60

Fonte: idem.

A Tabela 2 mostra a distribuição, em percentuais, das sete principais queixas, em ambos os sexos. Nas Tabelas 1 e 2 foram estudados 84 casos do sexo masculino e 124 do feminino.

Nesta análise comparativa, uma diferença de 5% foi considerada significante. Pela Tabela 2, observa-se ser comum a ambos os sexos as afecções psicossomáticas e a ansiedade. No sexo masculino, são mais freqüentes os casos de agressividade, neurológico-motores e problemas com a escolarização. No sexo feminino, o predomínio é da angústia-depressão e problemas familiares.

6.0 - COMENTÁRIOS E HIPÓTESES

No universo estudado, a *angústia-depressão* é um fenômeno tipicamente feminino, representando 24 das 27 queixas formuladas e situando-se predominantemente na faixa etária compreendida entre os 21 e 40 anos. Atualmente, em psiquiatria, a depressão é compreendida como uma síndrome comportando o seguinte conjunto de sinais e sintomas: alteração do humor, lentificação do curso do pensamento e inibição da psicomotilidade.

A queixa *psicossomática* é comum a ambos os sexos. Nesta categoria foram incluídos aqueles distúrbios psicogênicos que afetam os sistemas respiratório, cardiovascular e gastrointestinal, exigindo intervenção médica simultânea. Quatro outros casos, todos ocorridos com mulheres, envolvendo sintomas como escurecimento da visão, formigamentos e dormências na pele, sem necessidade de intervenção medicamentosa, foram catalogados como histeria (estes não figuram na Tabela).

A categoria *agressividade* inclui todos os casos de incremento da pulsão agressiva auto ou hetero direcionada: o próprio corpo, pais, irmãos, professores e objetos. Sua característica principal é a destrutividade. É um fenômeno que se destaca entre as queixas masculinas, ocorrendo somente nos períodos pré-escolar e escolar. Tal exclusividade - não há nenhuma queixa de comportamento agressivo a partir dos 12 anos - em parte se explica pelo próprio processo de desenvolvimento. O ego imaturo da criança aprende aos poucos a se estruturar e a lidar com as pulsões sexual e agressiva. Como o comportamento agressivo é estimula-

do culturalmente nos meninos, estes tendem a efetuar o controle mais tarde.

A queixa na categoria *neurológico-motor*, em ambos os sexos, é um fato marcante na faixa etária 21 - 30 anos. Nesta categoria foram incluídos os distúrbios orgânicos da fala, motores e sua quase totalidade é constituída pela disritmia e epilepsia, tornando imprescindível o controle médico e medicamentoso.

Os problemas de *escolarização* incluem as dificuldades de aprendizagem na escola em qualquer área e por qualquer motivo e, também, a inadaptação ao ambiente escolar. Por razões óbvias, se concentram na faixa etária dos sete aos 12 anos e é mais típica do sexo masculino. Podemos combinar esse dado com a queixa agressividade. Pelo que foi levantado anteriormente, é provável que a agressividade desempenhe um importante papel de entrave à escolarização da criança do sexo masculino. É necessário que a criança, ao entrar para a escola, tenha desenvolvido certo controle dos impulsos agressivos. A educação da menina em nossa cultura, incentivando comportamentos mais controlados e comedidos, ensina-a a lidar com esses impulsos mais cedo, o que explica o fato de que nelas as queixas de agressividade e escolarização sejam bem menores. Por outro lado, a dificuldade de escolarização na menina, nos casos estudados, tem mais a ver com uma ligação simbiótica com a mãe. A menina não consegue ir à escola ou apresenta problemas de aprendizagem porque não conseguiu ainda se desprender da mãe.

Segundo Freud (1905), a época escolar caracteriza-se pelo *período de latência sexual da infância*, termo que tomou emprestado de Fliess para descrever aquela etapa do desenvolvimento infantil marcada pela "dessexualização das relações de objeto e dos sentimentos"[6]. Este período é propício para a criança expandir-se intelectualmente. Dos sete aos 12 anos, existem apenas duas queixas envolvendo questões sexuais, sendo que uma delas é caso de violência sexual contra a criança. Constata-se, então, que a criança, nos casos estudados, evidencia maior dificuldade em lidar com a pulsão agressiva.

Na categoria escolarização, não foram incluídos os

pedidos de avaliação de prontidão para alfabetização. As crianças que passaram por este exame, não tiveram registro em ficha, mas no livro Diário de Consultas, porque tal pedido não caracteriza queixa. A demanda envolvendo questões escolares sofreu uma reorientação da equipe de psicologia. Os casos escolares de dificuldades gerais de aprendizagem, de inadaptação ao ambiente escolar, dificuldade de concentração, hiperatividade, etc., chegaram a ser tão numerosos que a equipe procurou a 27ª Delegacia Regional de Ensino para expor seus limites de trabalho. Foi notável o número de orientadores educacionais solicitando a equipe, a fim de obter ajuda psicopedagógica para suas escolas.

Os casos escolares devem ficar a cargo do Serviço de Orientação Educacional de cada escola, pois os Serviços de Saúde Mental existem para atender e tratar sujeitos com transtornos mentais.

A preocupação com os *problemas familiares* é exclusiva do sexo feminino. Como veremos mais adiante, nos indicadores sociais, do casal de pais, é a mulher a que mais permanece no lar, cuidando das crianças e se encarregando das atividades domésticas gerais. Seu trabalho é exercido dentro de casa. O período de maior convivência com a rotina doméstica e com a educação dos filhos, possibilita que ela sofra de modo mais evidente com os problemas da estruturação familiar.

A *ansiedade* como principal queixa da consulta, não sofreu variação de acordo com o sexo. Tanto homens quanto mulheres procuraram o Serviço para revelar estados de ansiedade como o principal incômodo.

As sete principais queixas totalizam 121 casos em 208, o que significa 58% do universo estudado.

7.0 - INDICADORES SOCIAIS

Universo estudado em relação ao local de moradia, grau de escolaridade e ocupações.

7.1 - Local de Moradia

Para o levantamento do local de moradia foram utilizadas 183 fichas. Com este objetivo 25 fichas se tornaram inúteis, pois não continham o endereço do usuário.

TABELA 3

Distribuição do local de moradia dos usuários do SSMPV, em porcentagens, de dez./86 a mar./88.

Local	%
Zona urbana	87
Zona rural	5
Outros municípios	8
N = 183	100

Fonte: idem.

Os que residem na cidade de Varginha estão principalmente no Centro e nos bairros: Sion, Fátima, Canaã e Vila Floresta, representando 46% do total. Os outros se distribuem por mais 26 bairros. Verificamos pois que, mesmo localizado na Policlínica de Varginha, no centro da cidade, o Setor de Saúde Mental cobre com seu atendimento praticamente toda a área urbana do município e parte da zona rural*.

O atendimento prestado à clientela que reside na zona rural do município, representa 5% do total geral, sendo que 50% dela é composta por lavradores. O restante é formado por pequenos sitiantes, chacareiros e arrendatários, raras vezes proprietários do imóvel onde residem e trabalham.

As principais dificuldades encontradas por esse grupo de usuários para se tratar no SSMPV são: meios de transportes e seus custos financeiros e o tipo de trabalho realizado no campo, que requer dedicação em tempo integral. Esses fatores dificultam ou impedem o acesso dos usuários não somente ao SSMPV, mas também aos serviços de saúde em geral.

A natureza e a forma do atendimento e do tratamento psicológico também são fatores que se acrescentam às dificuldades citadas, já que o usuário deve comparecer semanalmente ao

* Segundo Censo IBGE-1980, a população rural do município de Varginha representava 10,98% da população total, ou seja, 7.132 habitantes para um total de 64.906 hab.

SSMPV por tempo indeterminado. Aqui se situa diferença importante entre o trabalho do psicólogo e o do médico. Esta diferença vem dificultar o trabalho do psicólogo. É mais fácil o usuário vir da zona rural para uma única consulta do que se comprometer a vir todas as semanas, mesmo que num tratamento de curto prazo. Ele acaba vindo poucas vezes e abandonando o tratamento.

Os residentes em outras cidades o são principalmente em vizinhas: Elói Mendes e Três Pontas (64%). A primeira não oferece serviço de saúde mental para a população. Os demais residem em Lavras, Três Corações, Conceição do Rio Verde e Belo Horizonte. Apenas um caso registrado de atendimento a usuário residente em município de outro estado: Sorocaba, Estado de São Paulo.

7.2 - Grau de escolaridade

Para esta medida foi utilizado um total de 85 fichas, sendo 23 do sexo masculino e 62 do sexo feminino. Foram inutilizadas 62 fichas que não continham informações sobre o nível de escolarização. No registro, obedeceu-se ao seguinte critério: pertence a determinado grau aqueles que tenham concluído pelo menos uma série daquele nível.

TABELA 4

Distribuição do grau de escolaridade em ambos os sexos, com idade igual ou acima de 18 anos, em porcentagens, no SSMPV, de dez./86 a mar./88.

ESCOLARIDADE	MASCULINO	FEMININO
Analfabeto	4	6
1° grau	83	70
2° grau	13	15
Superior	0	9
N = 85	100	100

Fonte: idem.

Percebe-se pela Tabela 4 que as porcentagens se distribuem em ambos os sexos de modo mais ou menos equivalente: o maior número de pessoas se concentra na faixa do 1° grau e as diferenças existentes quanto ao analfabetismo são pouco significativas. Em ambos os grupos, a maior porcentagem ficou no grau de escolaridade 1ª a 4ª série: 61% para o sexo masculino e 41% para o feminino.

A principal diferença entre os dois grupos se situa no grau superior onde inexistem homens e os seis casos registrados são mulheres. No grau superior, as mulheres optaram pelos seguintes cursos: Letras, História, Enfermagem, Ciências Contábeis, Engenharia e Direito.

7.3 - Ocupações

Para o indicador social ocupações, construímos uma tabela para cada sexo. Para o sexo masculino foram usadas 30 fichas e para o feminino, 76. Foram inutilizadas 39 fichas por não conterem esse dado.

TABELA 5

Distribuição das ocupações mais exercidas pelos homens com idade igual ou acima de 18 anos, em porcentagens, no SSMPV, de dez./86 a mar./88.

OCUPAÇÕES	%
Servente de pedreiro	20
Pedreiro	13
Lavrador	10
Outras	57
N = 30	100

Fonte: idem.

As outras ocupações exercidas pelos homens são: carpinteiro, dupla de loteria (vendedor ambulante de bilhetes de loteria), tratorista, pintor de paredes, barbeiro, metalúrgico, comerci-

ante, armador, eletricista, lixeiro, vigia, tapeceiro, digitador, biscateiro e carteiro.

A Tabela 6 mostra as ocupações mais exercidas pelo grupo feminino.

TABELA 6

Distribuição das ocupações mais exercidas pelas mulheres com idade igual ou acima de 18 anos, em porcentagens, no SSMPV, de dez./86 a mar./88.

OCUPAÇÕES	%
Do lar	54
Comerciária	8
Outras	38
N = 76	100

Fonte: idem.

Observa-se que mais da metade das mulheres não exerce ocupações fora do lar. As ocupações faxineira, enfermeira e cozinheira correspondem a 4% do total, cada uma. Nelas, a mulher passa a exercer fora do lar aquelas atividades que exerce dentro. As demais são: lavradora, manicura, babá, atendente de saúde, encarregada de nutrição e dietética, costureira, secretária, professora, encarregada de lavanderia, ajudante consertante de telefone, revendedora de perfumes, recreadora de creche e prostituta.

Resumindo, os indicadores sociais de nossa clientela a situam como população essencialmente urbana, com nível de escolarização em sua grande maioria de 1ª a 4ª série do 1º grau e exercendo como ocupações tarefas basicamente manuais.

8.0 - CONCLUSÃO

O estudo epidemiológico apresentado, objetivou traçar um perfil da clientela quanto aos seus aspectos sociopsicológicos e estabelecer a tendência da demanda. A prática do dia-a-dia dificulta uma apreensão gestáltica do trabalho e, como

se diz, às vezes é necessário não ver as árvores para ver o bosque. Na análise dos dados, procurou-se manter fiéis a eles, evitando grandes especulações teóricas a respeito.

A visão de homem que atravessa este estudo é global, num enfoque biopsicossocial, sobre cuja base se assentam também as linhas estruturais do atendimento psicoterapêutico. Os fatos que envolvem a psicodinâmica individual do cliente são multifacetados, complexos e profundos. Estudá-los e tratá-los tendo em vista a interação de todas estas facetas, representa uma possibilidade maior de eficácia e resolubilidade do trabalho.

A saúde se encontra em relação íntima com fatores sociais, culturais, econômicos e políticos. Para compreendê-la em sua essência, é preciso estar sempre atento ao modo como estes fatores se articulam na vida do sujeito, tanto no que se refere a questões pragmáticas do mundo externo, quanto no que se refere às representações internalizadas e carregadas de afeto, partes integrantes do seu mundo interior. Atualmente, é reconhecida a influência que os fatores culturais e as crenças exercem na manutenção e perpetuação de hábitos anti-higiênicos e na contaminação do meio ambiente. A saúde sofre, portanto, a interferência cultural das crenças e idéias.

O processo saúde-doença deve ser compreendido como determinado, em grande parte, pela dinâmica do sistema social onde ele se dá. A sociedade com seus estratos, grupos e classes comumente antagônicos, é o todo no qual o sujeito se insere com seu corpo biológico, recebendo influências múltiplas que o tornam vulnerável a determinados tipos de doenças. O binômio saúde-doença somente pode ser explicado a partir desta ótica, "quando a sociedade deixa de ser vista como um todo homogêneo, estável e a-histórico" (ABRASCO)[7]. As relações causa-efeito, presas exclusivamente ao organismo, foram alteradas para incluir a noção de totalidade social e a tentativa de compreensão do homem isolado ou da população indistintamente, é apenas uma inaceitável abstração.

A formulação de política de saúde pública em nível nacional, a partir de estudos epidemiológicos em todas as áreas da

saúde, é o caminho a ser seguido. O presente está a nos cobrar - profissionais da saúde - esta responsabilidade e o futuro, numa sociedade civilizada, não poderá se dar de outra forma.

BIBLIOGRAFIA

1. CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. Programa de reorientação da assistência psiquiátrica previdenciária (aprovado pela Portaria MPAS nº 3062, de 23.08.1982).

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. Manual de orientação para o uso de psicofármacos. (1983). Brasília, DF.

3. RIO DE JANEIRO (Estado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Cadernos de Saúde Pública, v.1, nº 3, jul./set. (1985). FIOCRUZ.

4. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana - v.100, nº 6. Mortes violentas em menores de 15 anos no Brasil. Marques, Jorge. La crisis economica y su repercusion en la salud. (1986). Washington, EUA.

5. Freud, Sigmund. (1974). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume VII. Rio de Janeiro: Imago Editora. Originalmente publicado em 1905.

6. Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1977). Vocabulário da psicanálise. Santos (SP): Livraria Martins Fontes Editora.

7. ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Pereira, J.C. -Medicina, Saúde e Sociedade. Estudos de Saúde Coletiva, 4. (1986). Rio de Janeiro.

• Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana - v. 101, nº 6. Unidades de tratamiento psiquiatrico intensivo. Su desarollo en Cuba. Murias Regalado. (1986). Washington, EUA.

• Rosen, George. (1979). Da polícia médica à medicina social - ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Edições Graal.

• IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Varginha, MG.

CAPÍTULO 5

PSICODIAGNÓSTICO EM SAÚDE PÚBLICA

1.0 - PSICODIAGNÓSTICO EM SAÚDE PÚBLICA - 1996

1.1 - Introdução

Ao nos depararmos com a proposta de trabalho de elaboração de texto sobre questão significativa na área da Saúde Pública, optamos por um tema-conteúdo bastante específico, de ordem mais prática que teórica.

Tal preferência não descarta a importância da teorização nem da vinculação político-ideológica com a *praxis* saúde, mas reflete uma preocupação nossa, constante no dia-a-dia do trabalho com a Saúde Pública. Tal questão é o psicodiagnóstico.

1.2 - Psicodiagnóstico

Atualmente, tem aumentado de modo significativo a demanda ao Serviço de Saúde Mental por pessoas necessitadas de avaliação psicológica e psiquiátrica, a fim de receberem aposentadoria por invalidez ou benefício da assistência social.*

* Lei nº 8.742, de 07.12.93 que estabelece no capítulo IV - Dos benefícios, dos serviços, dos programas e dos projetos de assistência social, na Seção I, Do benefício de prestação continuada:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família.

§ 2º. Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

§ 6º. A deficiência será *comprovada através de avaliação e laudo* expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS ou do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, credenciados para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social. (O grifo é nosso)[1].

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

O nome deste tipo de atendimento é psicodiagnóstico ou psicodiagnose e seu objetivo precípuo é efetivar uma avaliação psicológica do paciente nas esferas emocional-afetiva, intelectual, social e psicomotora.*

Para tanto, é necessário que se faça entrevistas com o próprio paciente, familiares ou responsáveis e se aplique alguns testes específicos, para cada área da personalidade a ser investigada.

A bateria de testes mais utilizada pelo Serviço Psicossocial de Varginha inclui: HTP (personalidade e aspectos sociais); INV e/ou Raven infantil (inteligência) e Bender Gestáltico-Visomotor (psicomotor e neurológico). Seria interessante discorrermos a respeito da fidedignidade e validade destes testes e porquê foram escolhidos, mas a exiguidade das laudas não nos permite**.

A realização do psicodiagnóstico em Saúde Pública é relativamente simples por requerer apenas um profissional interessado (psicólogo ou psiquiatra), com boa formação em psicopatologia e intimidade com a bateria de testes aplicada.

A análise psicológica-psiquiátrica é feita tomando-se o conjunto dos dados obtidos. A responsabilidade ética do profissional que conduz o psicodiagnóstico é muito grande, tanto do ponto de vista pessoal, quanto social.

Pessoal, porque o parecer último do profissional que emite o laudo passa a se tornar referência familiar no trato com o paciente. Social, porque o psicodiagnóstico bem estabelecido vai possibilitar que pessoas incapacitadas para exercer atividades profissionais remuneradas obtenham seu sustento e impedir que pessoas recuperáveis, acomodadas ou de má fé obtenham benefícios

* A Portaria nº 189 (19.11.1991) da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, que comentaremos detalhadamente no capítulo sobre o tratamento dos transtornos mentais, estabeleceu os componentes para o atendimento psicodiagnóstico em saúde mental no serviço público. São os seguintes: "entrevistas de anamnese com o paciente, familiares ou responsáveis, utilização de técnicas de observação e/ou aplicação de testes/instrumentos de avaliação psicológica (o psicodiagnóstico sempre envolverá a elaboração de laudo bem como a especificação das técnicas e testes), executado por psicólogo"[2].

** vide Índice de Publicações.

pecuniários que onerem ainda mais o já tão combalido sistema previdenciário brasileiro.

1.3 - Conclusão

A questão do psicodiagnóstico em saúde pública é assunto relevante no momento. De seu resultado dependerá a concessão de benefícios financeiros ou o seu impedimento com todas as repercussões que este ato de poder terá na vida dos pacientes e suas famílias.

Do ponto de vista social, a concessão, em última instância, se reporta a toda sociedade civil pois envolve perguntas aparentemente simples e, no entanto, difíceis de serem respondidas, como por exemplo: a quem conceder benefícios? porquê? por quanto tempo? quais os critérios éticos, políticos e financeiros utilizados na categorização das prioridades?

É caminhando neste sentido que um psicodiagnóstico em saúde pública, adequadamente conduzido, pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

2.0 - PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL - 1990

Uma atuação em saúde pública

2.1 - Introdução

O objetivo do presente estudo é fornecer, para profissionais não-psicólogos que trabalham com a criança, principalmente médicos, professores e assistentes sociais, uma visão de como se realiza o trabalho do psicólogo com este grupo etário, em psicodiagnóstico.

Na maioria das vezes, a necessidade do psicodiagnóstico surge a partir de dúvidas destes profissionais, essencialmente da área médica e escolar. Delimitar as implicações psicológicas num distúrbio da fala, da motricidade ou de qualquer esfera da aprendizagem escolar e da agressividade e hiperatividade em crianças com comprometimento orgânico*, são os casos mais freqüentes.

Outro caso de ocorrência comum, é a escola encami-

* O termo orgânico é usado neste trabalho para significar qualquer alteração patológica do sistema nervoso central.

nhar para o psicodiagnóstico, crianças com deficiência mental. A queixa é de que a criança é repetente e lerda em tarefas rotineiras do ensino. Não foi percebida a deficiência e, nessa situação, a tarefa do psicólogo consiste em expor o diagnóstico para a família, para a escola e o médico da criança, esclarecendo os limites reais de sua capacidade de aprender. Se necessário, o psicólogo deve entrar em contato pessoal com o médico ou com a professora.

Quando os sintomas estão superpostos e mascarados e uma multifatoriedade caracteriza o caso tornando-o ainda mais complexo, a necessidade do psicodiagnóstico pode surgir do próprio psicólogo. É difícil, e, nem sempre possível, sondar e esclarecer até onde vai, em determinada sintomatologia, o peso do orgânico e do psicológico. Muito de obscuro ainda permanece nesta fronteira, capaz de desafiar o mais arguto e treinado olho clínico. O laudo encaminhado ao remetente do caso é muito importante, no sentido de tornar mais claras estas implicações, que em teoria, revivem a tradicional discussão da dicotomia corpo-mente.

Existem também casos simples, em que bastaria um pouco de percepção do professor para solucioná-los. Daremos dois exemplos. Uma menina de sete anos chegou-nos encaminhada pela escola, com problemas de aprendizagem. Não conseguia discriminar diferenças, nem copiar adequadamente palavras escritas no quadro negro. Descobrimos que ela apresentava uma deficiência visual e a encaminhamos para o oftalmologista. Semanas depois veio a mãe procurar-nos, muito grata. Tudo tinha se resolvido. A menina estava usando óculos. Num outro caso, um menino de oito anos, também encaminhado pela escola, e, já com a mãe um tanto aflita, não conseguia discriminar certas cores de modo algum, apesar de repetidos e exaustivos treinos. Com o simples uso da caixa de lápis de cor (24 cores), descobrimos que se tratava de daltonismo*.

* O teste consiste em apresentar para a criança ou adulto examinado, uma caixa de lápis de cor, com 24 cores. O examinador tira o *vermelho claro* e pede para o examinado escolher a cor que mais se parece com aquela. Se for escolhida qualquer outra que não seja o vermelho, em qualquer tom, é indício de daltonismo. Em seguida, o examinador tira o *verde médio* e pede para o examinado escolher a que mais se parece com aquela. Se ele pegar qualquer outra cor que não seja o verde, em qualquer tom, é indício de daltonismo. A comprovação do diagnóstico deve ser feita por médico oftalmologista.

Para os casos de psicodiagnóstico em que o psicólogo percebe que, além dos fatores emocionais, podem estar envolvidos outros, de ordem física, a primeira conduta é solicitar avaliação médica com laudo. Muitas vezes esse pedido é desnecessário, pois a criança já foi submetida a várias consultas e exames. Para qualquer tipo de problema infantil apresentado, a tendência dos pais ou responsáveis, é buscar como alternativa inicial o atendimento médico.

2.2 - Histórico

Um pouco da nossa história na Policlínica onde trabalhamos se faz necessário para melhor compreensão do trabalho desenvolvido.

A partir de novembro de 1986 começou a funcionar, na Policlínica de Varginha - MG, o Setor de Saúde Mental, com a recém-criada equipe de psicólogos. A equipe foi implantada em decorrência do programa federal de saúde denominado AIS - Ações Integradas de Saúde. Os psicólogos foram contratados pelo Estado de Minas Gerais, a partir da realização de concurso público. Entre os objetivos das AIS incluíam-se a prestação de atendimento psicológico às populações das zonas urbana e rural, em nível extra-hospitalar, e também o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde mental.

Pela primeira vez na cidade e na região, foi oferecido um Serviço de Psicologia clínica à população. Por estes motivos, não encontramos referências anteriores, nem teóricas nem práticas, nas quais nos basearmos. Além disso, o perfil da clientela atendida não correspondia à nossa formação acadêmica e elitista: o ambiente físico da Policlínica, pequeno, pouco arejado; as enormes filas; a visão de mundo dos clientes e sua linguagem; a enorme variedade desta massa tão numerosa; tudo isso nos fez questionar, desde a formação universitária recebida, até a questão da Saúde Pública no Brasil, com suas implicações políticas, sociais e econômicas.

Levamos algum tempo para elaborar essa angústia e acreditamos hoje, que não só é possível trabalhar com clientela assim, mas que é imprescindível fazê-lo. Não são os usuários que

devem adaptar-se a nossa técnica de trabalho, mas, pelo contrário, são os psicólogos e a Psicologia que devem desenvolver pesquisas e metodologia próprias, para a formação de um cabedal teórico-prático que permita a atuação profissional junto às camadas sociais de baixa renda. O futuro da nossa ciência prende-se a propostas dessa natureza.

2.3 - O usuários

O atendimento aos usuários se dá numa faixa que vai do nascimento até a velhice. Em trabalho anterior*, analisou-se a clientela e a distribuição dos principais tipos de afecções, por sexo e faixa etária.

Como atendimento infantil, foi considerada a faixa etária de zero a 12 anos, dividida em duas outras: zero a seis anos, crianças em idade pré-escolar; e de sete a 12 anos, os pré-adolescentes. Uma das características marcantes destas faixas é o pedido de auxílio ser sempre indireto, isto é, feito pelos pais ou responsáveis, pelo médico ou pela escola.

Realmente, o início do trabalho com as famílias se dá com o nascimento. Os casos de psicose puerperal exemplificam bem como pode ser precoce a intervenção. Nos casos atendidos, este quadro acarretou certa negligência da mãe para com o bebê, embora não chegasse a caracterizar, propriamente, a SIBE**. As famílias mantiveram-se atentas, tanto no cuidado dos bebês, quanto na busca de auxílio imediato para as mães, através do Serviço de Psicologia e da medicina, o que possibilitou prognóstico favorável.

No sexo masculino, a maior procura corresponde aos pré-adolescentes. O fenômeno que mais se destacou, nesse momento da vida, foi a agressividade. Outrossim, é mais comum neste sexo, queixa de dificuldades de aprendizagem e inadaptação ao ambiente escolar.

* Sales, José Roberto. (1989). Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha. Psicologia: Ciência e Profissão, 9, nº 2, 22-26 (Capítulo 4 deste livro, título modificado).

**Síndrome do bebê espancado.

Já as meninas apresentaram menor número de queixas nestas áreas e a dificuldade escolar, quando existe, tem mais a ver com uma intensa e profunda ligação simbiótica com a mãe, o que as impede de ligar-se em outras tarefas, inclusive as escolares.

Em ambos os sexos, foram encontrados problemas de aprendizagem e distúrbios gerais do comportamento em crianças com afecções neurológicas. Outro achado comum foi o retardo mental originado por hipóxia neonatal, traumatismos durante o nascimento e uso de substâncias psicoativas (cocaína, álcool) por parte da mãe, durante a gravidez.

2.4 - Conceitos

Segundo Ocampo e colaboradores (1979), o psicodiagnóstico "é uma situação bipessoal (psicólogo-paciente ou psicólogo-grupo familiar), de duração limitada, cujo objetivo é conseguir uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou do grupo familiar". Os aspectos passados e presentes são abrangidos no diagnóstico e os futuros, no prognóstico.

2.4.1 - Hora de jogo diagnóstica

O adulto verbaliza, a criança brinca. Na hora de jogo diagnóstica e terapêutica, aproveita-se como recurso técnico esta atividade espontânea da criança.

Ocampo e colaboradores (op. cit.), conceituam a hora de jogo diagnóstica como "recurso técnico que o psicólogo utiliza, dentro do processo psicodiagnóstico, com a finalidade de conhecer a realidade da criança...". Eles acham importante diferenciar a hora de jogo diagnóstica da hora de jogo terapêutica, pois "a primeira engloba um processo que tem começo, desenvolvimento e fim em si mesma, opera como uma unidade e deve ser interpretada como tal" e "a segunda é um elo a mais, em um amplo *continuum*, no qual novos aspectos e modificações estruturais vão surgindo pela intervenção do terapeuta".

2.4.2. Na policlínica

Em nossa experiência, utilizamos a hora de jogo diagnóstica em raros casos. A demanda é enorme e muito o tempo gasto para a entrevista e análise do material coletado. A hora de

jogo seria uma sessão a mais, dentro do processo psicodiagnóstico. Além disso, percebemos que o conjunto de testes, entrevistas e laudos, quando devidamente interpretado, fornece elementos suficientes para a diagnose.

O psicodiagnóstico é uma das categorias de atendimento utilizadas pelo Serviço de Psicologia. Como se deduz do nome, não é uma forma de trabalho terapêutico. Sua função precípua é identificar afecções; contudo, a entrevista final, que chamamos de *devolução de informações*, pode assumir um colorido terapêutico, pela relação estabelecida entre o psicólogo e o cliente e pelos conteúdos trabalhados.

Em linhas gerais, o procedimento utilizado em Saúde Pública é o mesmo que na clínica particular. A diferença é que, para o cliente particular, o número de sessões e a duração de cada uma delas é maior e a bateria de testes pode ser mais completa.

2.5 - Etapas do psicodiagnóstico

No Serviço de Saúde Mental da Policlínica de Varginha realiza-se o psicodiagnóstico em três etapas, descritas a seguir:

1º dia: entrevista inicial com a mãe, pais ou responsáveis. Nesta etapa é efetivada a anamnese e são solicitados todos os laudos médicos e escolares já feitos.

2º dia: recolhem-se os laudos e estabelece-se o contato inicial com a criança. Aplicação da bateria de testes, sondando as áreas afetivo-familiar, intelectual e neurológico-motora. No intervalo do segundo para o terceiro dia é analisado o conjunto dos dados recolhidos e elaborado o laudo psicológico. Se necessário, marca-se outra consulta para a criança.

3º dia: entrevista de devolução de informações para os pais, caracterizando o final do psicodiagnóstico. Informamos nossa percepção do caso e o diagnóstico. Esclarecem-se dúvidas, trabalha-se a angústia, fazem-se os encaminhamentos necessários e o fornecimento do laudo para o remetente.

Se os pais se mostram por demais tensos e angustiados e percebemos que o tempo foi insuficiente para abordar as questões terapeuticamente, marcamos nova entrevista.

Existem somente duas alternativas para a conclusão

desta etapa: o encaminhamento da criança para o remetente ou outros especialistas, ou a absorção da criança e/ou família pelo Serviço de Psicologia.

2.6 - A bateria de testes

No decorrer do tempo, desenvolvemos nossa própria seleção de testes para o psicodiagnóstico (Quadro 1).

QUADRO 1

TESTE	PRINCIPAL ÁREA SONDADA
HTP	Afetiva
Desenho da família	Afetivo-familiar
Desenho livre	Afetivo-intelectiva
Bender gestáltico visomotor (B.G.)	Neurológico-motora
Metropolitano de prontidão - Forma R	Intelectiva Controle motor Percepção visual

Ela é composta por testes bem simples, de fácil uso em clínicas de serviço público. É pouco dispendiosa e sua aplicação total raramente ultrapassa uma hora. Como acontece com quaisquer outros testes em Psicologia, a qualidade e profundidade das análises dependem, quase exclusivamente, dos conhecimentos e da capacidade do profissional que os interpreta.

Pelos motivos expostos, como testes de sondagem da personalidade preferimos os desenhos. Corman (1979) diz que o "desenho não comporta somente elementos formais. Ao lado da forma, há o conteúdo e nesse conteúdo se exprime algo da personalidade total (...) em particular, revela-nos sua vida afetiva". Boutonier (apud Corman, op. cit.), afirma que "o estudo dos desenhos da criança nos conduz, inevitavelmente, ao âmago dos problemas que a ela se apresentam, de sua história, das situações em que vive" e o próprio Corman pondera que os elementos inconsci-

entes se projetam devido à liberdade concedida ao sujeito.

Campos (1982) diz, seguindo a mesma linha de raciocínio, que atualmente o desenho infantil é "considerado como a expressão do modo como a criança percebe e compreende o mundo. Esta nova posição valoriza todas as relações que se determinam entre a totalidade psíquica da criança - emocional e intelectual, no processo de maturação e seu meio social e cultural, envolvendo também a educação sistemática que recebeu".

Acrescentamos que muitos conteúdos profundos da personalidade não podem ser conhecidos por uma investigação direta como entrevista, mas aparecem configurados em desenhos, ressaltando assim sua importância.

O HTP (house, tree, person) é uma modalidade de investigação da personalidade criada por Buck, em 1948-9. Sobre os desenhos do HTP, segundo Campos (op. cit.), podemos comentar de forma muito resumida que a casa "constitui um auto-retrato, expressando as fantasias, o ego, a realidade, os contatos, a acessibilidade..."; a árvore "é, dos três desenhos, o que mais provavelmente revela a auto-imagem da pessoa, no contexto de seu relacionamento com o ambiente"; e a pessoa revela principalmente o esquema corporal, as identificações, o contato interpessoal e com o ambiente.

Sua aplicação consiste em fornecer uma folha de papel sulfite em branco e lápis preto nº 2 e pedir que a criança desenhe. Respeita-se a produção espontânea da criança e nada é induzido, sugerido, avaliado nem comentado.

O procedimento de aplicação é o mesmo para o *desenho livre* e para o *desenho da família*. No desenho livre, podemos solicitar um título e no da família, pedimos que nomeie as pessoas. Ambos podem ser complementados, pedindo-se à criança para responder a algumas perguntas sobre os desenhos ou, então, que conte uma história sobre eles.

Quando solicitamos à criança que desenhe sua família, apesar do caráter limitativo da ordem dada, as preocupações afetivas do sujeito e o mecanismo de projeção agem no sentido de deformar a realidade e revelar o mundo interior. O mundo da criança é sua família e as relações mantidas com ela são da máxima importância para a compreensão dos dinamismos e da estrutura da personalidade infantil.

O *Bender Gestáltico Visomotor (B.G.)* (Lauretta Bender, 1932-38) foi elaborado com base na psicologia da Gestalt ou forma. É usado para verificar regressão, perda de função e lesões orgânicas, retardos do desenvolvimento da inteligência e vários tipos de deficiência mental. Também fornece elementos para sondagem da personalidade, especialmente em episódios regressivos.

A aplicação consiste em pedir à criança que reproduza nove figuras geométricas, com diferentes graus de complexidade. As figuras são apresentadas em cartões padronizados.

O teste *Metropolitano de Prontidão - Forma R* (adaptação e padronização brasileira de Poppovic, 1966) afere a maturidade para alfabetização. Investiga as áreas de linguagem (palavras e sentenças), informação, números, capacidade de controle motor e percepção visual para cópias e capacidade de identificar semelhanças e diferenças, tão importante na aprendizagem da leitura. Além disso, pode-se inferir, através do desempenho no Metropolitano, o nível de inteligência, ainda que a prova não seja específica.

Para aplicá-lo, apresenta-se um caderno-teste à criança, dando-lhe instruções que variam conforme a área explorada, solicitando que ela desenhe, marque, copie ou escreva no caderno.

Quando o Metropolitano e toda a bateria selecionada mostram-se insuficientes para revelar o nível de inteligência (interessa-nos muito mais uma avaliação qualitativa do que quantitativa, expressa em Q.I.) de determinada criança, pode-se lançar mão das Matrizes Progressivas de Raven.[8]

A bateria selecionada investiga as principais áreas do desenvolvimento infantil, fornecendo dados importantes para serem relacionados com a anamnese e os laudos médico e escolar.

Existem outros testes infantis aplicáveis em situação de psicodiagnóstico. Entre eles, o questionário desiderativo; o teste de relações objetais de Herbert Phillipson (T.R.O - 1955); o WISC; o C.A.T. (A ou H) teste de apercepção infantil de Bellak (1949) e

a insubstituível técnica do Rorschach, de Hermann Rorschach (1921), aplicável também em crianças, embora não seja específico[11]. Entretanto, de rotina não trabalhamos com eles.

Cada psicólogo deve fazer sua própria seleção de testes para a bateria do psicodiagnóstico, tendo em vista suas habilidades e conhecimentos pessoais para a aplicação e análise daqueles, levando em consideração as limitações de recursos materiais e tempo da instituição onde trabalha, principalmente em se tratando de serviço público, bem como as condições da clientela. Não é importante aplicar muitos testes. O principal é saber interpretar bem os que são utilizados. O que não pode ser esquecido é que a bateria deve, necessariamente, investigar as três áreas básicas de desenvolvimento: afetivo-familiar, intelectual e neurológico-motora. Os aspectos da adaptação social não devem ser esquecidos e podem ser sondados através do HTP, desenho da família e desenho livre.

2.7 - Tipos terapêuticos

De posse de todos estes elementos, o psicólogo está em condições de elaborar a diagnose, fazendo os encaminhamentos necessários e recomendando a terapêutica mais adequada. A criança pode ser encaminhada para: especialistas diversos da medicina; fonoaudiólogo; pedagogo; escola de excepcionais; classes especiais de deficientes auditivos ou visuais, etc.

Aqueles casos cujo principal distúrbio é de origem afetiva são absorvidos pelo Serviço de Psicologia da seguinte forma:

- *ludoterapia:* É requisito do Serviço que, para a criança ingressar em ludoterapia, a mãe ou o pai deve participar do grupo de orientação de pais. Em quase todos os casos, é a mãe que comparece ao grupo.
- Quando a problemática da família se insere na personalidade da criança de modo mais patológico, recomenda-se a psicoterapia do casal, simultaneamente com a ludoterapia.
- Por fim, quando o caso configura uma psicose infantil, os familiares são encaminhados para o grupo de familiares de psicóticos e a criança, para a ludoterapia.

Como quase nunca o Serviço tem vagas disponíveis, de imediato, para a ludoterapia, a mãe ingressa no grupo de orientação antes da criança. Muitos casos são solucionados desta forma. A mãe percebe sua vinculação neurótica com o filho, altera seu comportamento, atua junto ao marido e aos outros filhos e em poucas semanas o ambiente familiar apresenta mudanças significativas, propiciando relações menos neuróticas. Os sintomas do filho desaparecem, ele se mostra mais tranqüilo; o desempenho escolar melhora, assim como sua relação com as pessoas, e já não se justifica mais uma abordagem psicoterapêutica.

Uma outra situação possível é a mãe reconhecer que o filho, na verdade, não precisa de auxílio e solicitar sua passagem do grupo de pais para a psicoterapia individual. Dependendo do caso, ela será encaminhada para a psicoterapia breve individual ou para o grupo terapêutico.

2.8 - Casuística

Para melhor elucidar os procedimentos adotados, passamos a analisar alguns desenhos infantis* .

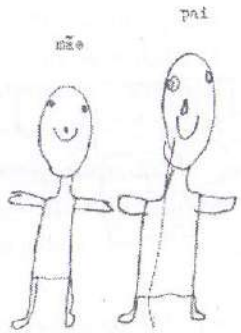


Fig. 1 - Desenho da família. Menino de sete anos, filho único, encaminhado pela escola, com problemas variados de aprendizagem e agressividade. Pelo Metropolitano, pudemos concluir que ele reúne os pré-requisitos intelectuais para a aprendizagem e possui inteligência dentro da média. Fora outros tipos de análises que poderíamos fazer, o que mais nos chamou a atenção, neste desenho da família, foi a exclusão do sujeito, indicando problemas edípicos e identificatórios, com forte sentimento de rejeição e hostilidade.

* Peças do acervo de Psicologia da Policlínica e, particular, do autor.

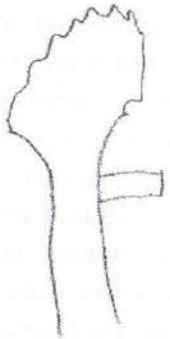


Fig. 2 - Desenho da árvore. Mesma criança. A representação desta árvore-tronco, com um galho-pênis, assim como a pobreza geral da expressão, indica os mesmos complexos do desenho anterior. Já podemos levantar a hipótese de que esses conflitos encontram-se intensamente investidos de libido, em detrimento de outros aspectos da intelectualidade e da afetividade. A conseqüência é um empobrecimento do ego, com a libido circulando aprisionada nos conflitos e bloqueando a capacidade de aprendizagem da criança.

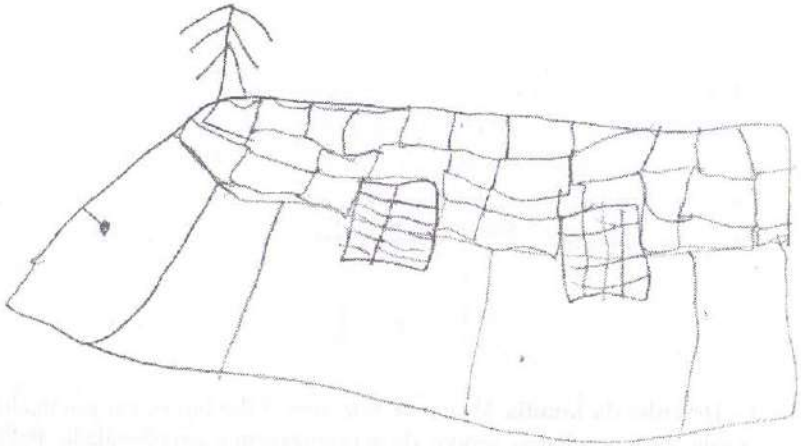


Fig. 3 - Desenho da casa. Menino de oito anos, com fobia escolar. Esta casa flutuante, com janelas bem altas e gradeadas, porta fechada e telhado lacrado, é bem representativa de sua fobia. Evidencia o cerceamento que o sujeito sente, suas fortes defesas, o retraimento do contato interpessoal, dificuldade de contato com a realidade e imersão na vida de fantasia. Revela imaturidade afetiva. O contato com o outro somente é possível de forma indireta, pela antena de televisão.

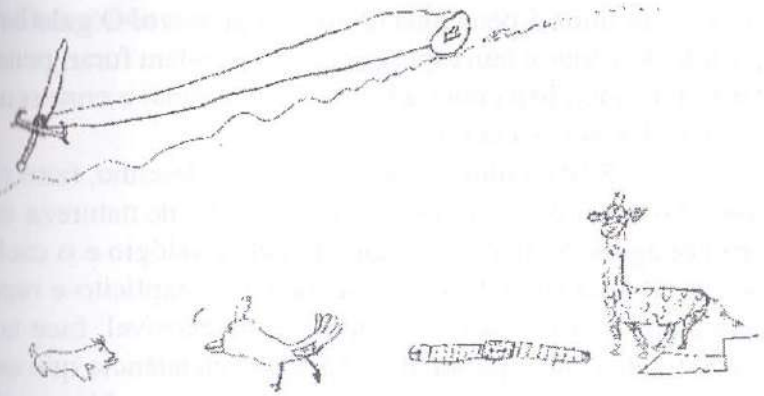


Fig. 4 - Desenho livre. Menino de oito anos, estuprado por um homem adulto. Chegou ao Serviço encaminhado por seu antigo terapeuta que não mais poderia atendê-lo. Como já conhecíamos a natureza de suas perturbações, não foi necessário submetê-lo à bateria de testes. Esta produção se deu durante a primeira hora de jogo terapêutica. O conjunto de desenhos pede uma análise parte por parte.

1º desenho: cachorrinho, no canto inferior esquerdo. Interpreto que o cachorro representa ele mesmo, com seus receios perante à situação nova que está enfrentando: a primeira sessão com outro terapeuta, depois de não poder continuar com o anterior. Está tímido, retraído e observando com cuidado o ambiente.

2º desenho: girafa. Distante, no outro lado do papel, a girafa, com enorme pescoço-pênis, representa o terapeuta. A girafa também simboliza suas fantasias de ser atacado sexualmente - na situação real, encontra-se trancado dentro de uma sala com um homem adulto - e, em sua fantasia, a cena do estupro pode se repetir.

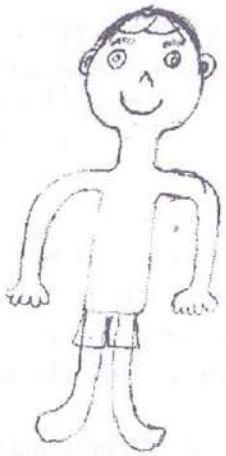
3º desenho: relógio. Interpreto que o relógio representa a ligação do cachorro-cliente com a girafa-terapeuta e que ele é o elemento real, estruturante desta relação, num tempo e local definidos previamente. Digo-lhe que, no tratamento comigo, terá um dia da semana e um horário determinados com antecedência.

4º desenho: galo. Representa outra emersão do conteúdo sexual, ante a possibilidade angustiosa de novos encontros com o terapeuta e as ameaças sexuais que isto pode significar. A

figura masculina é percebida de modo agressivo. O galo está em posição de ataque e tem esporas-pênis que podem furar, penetrar e ferir. Relaciono isto com o evento traumatizante e com seus medos transferenciais em relação ao terapeuta.

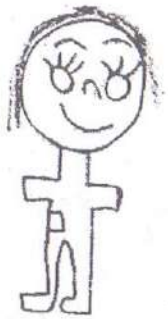
5 º desenho: espada-pênis. Este desenho, feito por último, é o maior de todos. O mesmo conteúdo, de natureza sexual, aparece agora de modo marcante. Exceto o relógio e o cachorro, os outros desenhos relacionam-se, de modo explícito e repetido, com a problemática sexual, o que é compreensível, face ao profundo trauma que o paciente vivenciou e a tendência que os conteúdos reprimidos têm para se imporem novamente à consciência, ainda que de forma mascarada. Todos estes conteúdos foram-lhe interpretados em linguagem bem semelhante com a que usamos para relatar o caso e, no final da sessão, ele mostrava-se menos tenso e angustiado. Contrariamente ao que pensa o senso comum, a criança é capaz de ter *insights* e de elaborações profundas sobre as interpretações recebidas. O próprio encadeamento e a seqüência dos desenhos mostra-nos este fato.

Fig. 5 - Desenho da figura humana. Menino normal, de 11 anos. O desenho da figura humana revela o esquema corporal e este esquema é variável nas diferentes etapas do desenvolvimento.



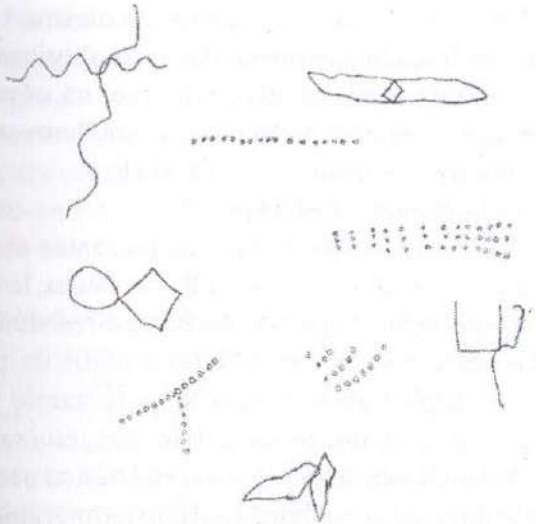
Para um menino de 11 anos, podemos considerar este desenho sem alterações patológicas.

Fig. 6 - Desenho da figura humana.



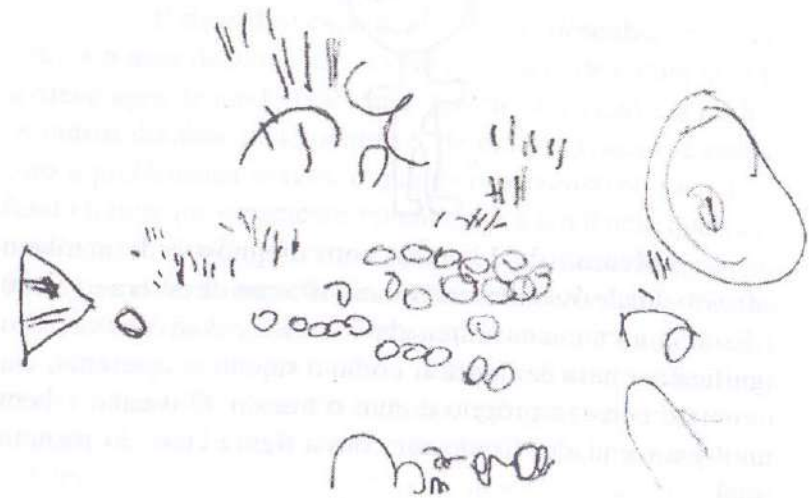
Menino de 13 anos, com diagnóstico de nanismo hipofisário. Idade óssea de cinco anos (105 cms de estatura e 15,100 kg). Esta figura humana amputada, reduzida e com olhos vazados é significativa para demonstrar como o sujeito se representa, em seu contato consigo próprio e com o mundo. O desenho é bem infantil para a idade. Comparar com a figura cinco, do menino normal.

Fig. 7 - Bender (B.G.). Menina normal de oito anos.



Salvo pequenas e insignificantes alterações, a cópia aproxima-se dos modelos dos cartões, com boa distribuição espacial na folha. O desempenho é o esperado para a idade.

Fig. 8 - Bender (B.G.). Menina com retardo mental, oito anos.



Para comparação, escolhemos o mesmo sexo e idade. As alterações do traçado são profundas e patológicas. O formato original das figuras tornou-se irreconhecível na cópia. Os desenhos concentram-se na base da folha e assemelham-se a garatujas de crianças com três ou quatro anos de idade.

2.9 - Recursos humanos e materiais

As interpretações feitas aos pacientes sempre se baseiam no contexto da interação paciente-terapeuta, levando-se em conta os conceitos técnicos da transferência e resistência. As análises contidas neste estudo foram feitas a partir da produção do paciente, de anotações após as sessões e tomando por base as anamneses e o conjunto dos testes e desenhos realizados.

A Policlínica dispõe do material básico necessário para o atendimento da criança, embora a sala de ludoterapia seja demasiado pequena (3.38 m x 2,10 m), tenha paredes de argamassa (o ideal seriam azulejos laváveis), não comporte um pequeno tanque com areia, etc.

Os brinquedos disponíveis são os básicos recomendados* e de uso comum a todas as crianças atendidas. No procedimento clássico, cada criança tem seus brinquedos reservados, em caixa individual trancada com cadeado no final de cada sessão. Acreditamos ter encontrado solução aceitável colocando os brinquedos numa estante metálica, dentro da sala e guardando a produção de desenhos em envelopões (prontuários) individuais. Este fato nunca ocasionou qualquer problema que não pudesse ser interpretado e devidamente equacionado. A sala ainda dispõe de um quadro de giz e mesa infantil, com duas cadeiras.

Quanto à bateria de testes, dispomos dos básicos: Bender Gestáltico Visomotor (B.G.), psicodiagnóstico de Rorschach, CAT-H e A, ABC e Metropolitano. Pela demanda enorme, trabalhamos com o Rorschach e com o CAT somente em situações muito especiais. Numa estrutura de serviço público como a descrita e tendo em vista o afluxo de clientes, estas duas formas de psicodiagnóstico se revelaram impraticáveis como rotina. Ambas requerem muito tempo para aplicação e tempo maior ainda para análise.

Nestes anos de trabalho com a criança as limitações citadas não impediram o desenvolvimento de trabalho produtivo e eficaz. O resultado tem sido satisfatório e levou-nos a pensar que, mais importante do que conseguir a sala de atendimento ideal e a bateria de testes completa, é a qualidade do profissional. Esta qualidade prende-se a duas condições indispensáveis: no plano teórico, formação psicanalítica e conhecimento de psicopatologia e, no

* A título de curiosidade, citamos nossa coleção: espada; casa de madeira em miniatura; luva de basebol; bola; bonecos: dois bebês grandes e dois bebês pequenos; três caminhões e um trator de plástico; duas pás e balde; revólver de plástico; cachorro-quente de borracha; conjunto de plástico de animais selvagens e domésticos; telefone; óculos; espelho; bijuterias; peças de madeira para montagens variadas; fogão de plástico e panelas; massa de modelar; giz; lápis de cor e cera; aquarela em pastilhas; fita adesiva; cola; barbante; almofadas; um livro de histórias infantis; coelhinho de feltro; jogos de varetas, do mico, damas e baralho; régua; borracha e folhas de papel sulfite. São materiais estruturados e não estruturados, que permitem a livre expressão da criança dos três aos 12 anos ou mais, dependendo do caso.

prático, a passagem do psicólogo por criteriosa psicanálise individual.

O resultado estatístico isolado de um teste ou mais não diz muito, é apenas um dado. Uma criança pode ter desempenho abaixo da média num teste de inteligência e, no entanto, ter nível de inteligência superior. Saber apreender a situação global da criança a partir de tudo que ela produz numa hora de jogo diagnóstica, dos testes e dos dados da anamnese fornecidos pela mãe e família, é imprescindível para a formulação de hipótese diagnóstica mais segura e de intervenções psicoterapêuticas precisas.

2.10 - Conclusão

Os conceitos, experiências e relatos de casos contidos neste trabalho podem contribuir para elucidar aos profissionais não-psicólogos, de ciências próximas da Psicologia, o que significa o psicodiagnóstico e sua importância para a adequada terapêutica infantil, seja ela no campo da Psicologia, da Medicina, ou da Pedagogia.

A realização do psicodiagnóstico em serviço público em nada prejudica a qualidade do trabalho e tem a vantagem de contar com a convivência diária de psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, o que contribui para enriquecer e aprimorar conhecimentos.

2.11 - Abstract

This study intends to offer to non-psychologists, mainly paediatricians, a survey of how the psychologist's work with children, in the field of psychodiagnosis, is done at the public health service level, in Brazil (Varginha County - MG).

With this purpose, the author characterizes the clients, number the stages of the diagnostic process and describes the battery of tests used. The main therapeutic approach is also described and children's drawings are presented and interpreted, with illustrations.

The conclusion is preceded by an analysis of the human and material resources involved.

3.0 - ENCAMINHAMENTOS, LAUDO PERICIAL E ATESTADO

3.1 - Encaminhamentos

As funções principais do psicodiagnóstico são diagnosticar a afecção mental e recomendar a terapêutica psicológica adequada ao caso. O objetivo precípuo de um Serviço de Saúde Mental é atender a sujeitos com transtornos mentais. Quando, após a realização do psicodiagnóstico, for constatado que a questão principal do paciente atendido situa-se fora do limite de ação das *ciências psicológicas*[*], o mesmo é encaminhado para outros profissionais e serviços.

No Serviço Psicossocial de Varginha, na maioria dos casos, os pacientes são encaminhados para:

a) *Escolas especializadas:* surdez; mudez; cegueira; síndrome de Down e outros retardos mentais; superdotados.

b) *Classes especiais:* pacientes que apresentam dificuldades escolares específicas ou algum déficit visual, auditivo ou psicomotor.

c) *Oficinas profissionalizantes:* marcenaria e trabalhos manuais variados quando diagnosticado retardo mental leve.

d) *Profissionais diversos:* a maioria dos pacientes encaminhados vai para: neurologista; fonoaudiólogo; olftalmologista e otorrinolaringologista (exames audiométricos).

3.2 - Laudo pericial

Dentro do psicodiagnóstico existe ainda uma situação particular quando o juiz de direito encaminha para o Serviço detento que cometeu crime, geralmente atentando contra a vida de terceiros: homicídio ou tentativa.

O *laudo psicológico ou psiquiátrico,* é um relatório com descrição minuciosa de um fato psicológico, elaborado por um profissional das ciências psicológicas (psicólogo, psiquiatra ou psicanalista) e assinado por ele.

[*] Vide Glossário.

Na redação do laudo, o profissional precisa tomar cuidado para não usar linguagem exclusivamente técnica que somente outros com a mesma formação entenderiam e nem cair no uso da linguagem do senso comum, o que anularia a fundamentação científica do mesmo.

Os profissionais que lerão o laudo, juiz, médicos, pedagogos ou outros, deverão compreendê-lo, embora leigos em psicologia e psiquiatria.

É considerado *perito* todo técnico chamado pela justiça para esclarecer um ponto obscuro para o juiz. A intervenção do perito pode se dar em qualquer fase do processo e até depois do processo encerrado. Para a justiça, o ideal é que o perito seja oficial. Quando nomeado pelo juiz, o perito é *ad hoc** e não pode recusar-se a fazer o laudo.

A postura do perito deve ser a de neutralidade, descrevendo fatos de acordo com a sua ciência. O perito não é parte da defesa nem da acusação. Seu papel é o de suprir, com seus conhecimentos especializados, a parte que advogados e juiz desconhecem. Interessa não somente o diagnóstico psicopatológico do delinqüente, mas dizer se, na hora do ato criminoso, o sujeito estava ou não perturbado, a ponto de desconhecer o caráter criminoso do fato.

No *laudo pericial,* o psiquiatra ou o psicólogo não se encontram presos ao sigilo profissional, pois o laudo é público. O perito poderá responder a quesitos sobre o laudo feito por ele. No caso de psicopatologia forense, pergunta-se o que achar necessário. A função do laudo é esclarecer o fato à justiça, da maneira mais imparcial possível.

O juiz poderá aceitar o laudo ou não; quando o rejeita, nomeia outros peritos. Um laudo é considerado falho quando não tiver embasamento científico, podendo ser anulado. Se a falha se limitar à falta de clareza, o juiz faz alguns quesitos para esclarecer o ponto obscuro e o laudo é aceito plenamente.

* Lê-se adóc. É uma expressão latina que significa "para isso", "para este caso".

Nos laudos, o perito psiquiatra ou psicólogo, analisa o fato psicológico envolvido e as conseqüências deste fato e não a intenção do agente.

3.3 - Atestado

Laudo é diferente de atestado, embora ambos sejam considerados documentos médicos legais. *Atestado* é a afirmação simples de um fato médico ou psicológico e de suas conseqüências. Atualmente, é exigido que se coloque a numeração da CID - Classificação Internacional de Doenças, no atestado. A doença, que é sigilo médico ou psicológico e que, muitas vezes, causa constrangimento ao paciente, deixa de ser sigilosa com a colocação dos números da CID, mas as empresas tem por norma exigi-lo nos atestados. O artigo 302 do Código Penal prevê penalidade para o atestado falso.

4.0 - CASO CLÍNICO: NANISMO HIPOFISÁRIO NA CLÍNICA PSICOLÓGICA - 1999

4.1 - Introdução

Para não nos prendermos apenas em dados estatísticos que apontam médias, normas e totalidades dos fenômenos, ilustraremos este capítulo com análise de um caso clínico. O caso foi introduzido no item 2.0 - "Psicodiagnóstico infantil...", com o desenho da figura humana pelo paciente (fig. 6).

Escolhemos um caso de nanismo hipofisário para esta análise. Um portador de nanismo não apresenta necessariamente distúrbios psicológicos devido a isto. De fato, a questão psicológica presente era secundária à queixa de nanismo. A escolha deve-se a quatro motivos:

1) descrever como são tratados aqueles pacientes para os quais a rotina é o encaminhamento para outros serviços e profissionais;

2) mostrar que, mesmo nestas situações, é possível lidar com o paciente e familiares dentro de uma perspectiva psicológica;

3) a questão trazida pelo paciente, o nanismo hipofisário, é de ocorrência pouco comum na clínica

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

psicológica e tem sido pouco abordada pela literatura especializada, e,

4) mostrar que, nem sempre as práticas médica e psicológica adequadas, são garantia de sucesso nos tratamentos.

4.2 - O corpo como queixa

O paciente, com 13 anos de idade, foi encaminhado ao Serviço de Saúde Mental por médico endocrinologista que afirma: "trata-se de nanismo hipofisário. Necessita de hormônio de crescimento humano". O médico assegura que a idade mental do paciente está de acordo com a cronológica e nos solicitou laudo com o perfil psicológico. Pediu também avaliação nutricional e laudo do nutricionista.

Com 13 anos de idade, o paciente tem 105 centímetros de estatura e pesa 15,100 kg. A estatura (idade óssea) é dois cms menor do que o esperado para um menino normal de cinco anos de idade. O peso é equivalente ao de um menino normal com idade acima de três e abaixo de quatro anos[12].

A queixa principal era que o tamanho reduzido do corpo dificultava ou impossibilitava a execução de tarefas necessárias da vida cotidiana como: entrar em ônibus de transporte coletivo; acender e apagar lâmpadas; pegar objetos em cima do mobiliário doméstico; banhar-se; preparar alimentos na cozinha, etc.

Segundo Guyton (1973), o nanismo hipofisário é resultado de uma anormalidade na segregação do hormônio do crescimento (GH), também chamado hormônio somatotrófico (SH) ou somatotrofina, responsável pelo "desenvolvimento de todos os tecidos do corpo capazes de crescer".

No nanismo hipofisário, de modo geral, "as partes do corpo se desenvolvem em proporção adequada entre si, mas a velocidade de crescimento é muito reduzida, (...) uma pessoa com 20 anos poderá ter o desenvolvimento de uma criança de sete a 10 anos. Obviamente, todos os graus de depressão adenoipofisária podem ocorrer e, em conseqüência, vários níveis de nanismo podem existir"[13].

Guyton (op. cit.), ainda diz: "(...) não há retardo mental. Por outro lado, o anão não passa pela puberdade e jamais segrega uma quantidade de hormônios gonadotróficos capaz de desenvolver funções sexuais adultas."

Os exames laboratoriais solicitados pelo endocrinologista foram:

1) Curva de GH após hipoglicemia insulínica,

2) Curva de GH após clonidina.

Os dois testes, baseados nos níveis sangüíneos de GH, comprovaram o diagnóstico de nanismo hipofisário. Com a comprovação, o endocrinologista tentou incluir o paciente no Programa Estadual de Tratamento do Nanismo Hipofisário com Hormônio de Crescimento Humano - Hgh, somente realizado em Belo Horizonte, à época (1990). O principal critério para inclusão no Programa é "baseado na velocidade de crescimento em cm/ano: é o ponto mais importante para o diagnóstico devendo estar obrigatoriamente abaixo de 4 cm/ano no período de 6 - 12 meses de observação (...)"[14]. O paciente se enquadrava neste critério de inclusão e, com isso, foi conseguida vaga para o tratamento.

4.3 - A mãe como obstáculo

No entanto, a mãe, pessoa com baixo nível de escolaridade e bastante desinformada, atuava sempre no sentido de impedir a realização de qualquer tipo de tratamento. Tanto ao médico quanto ao psicólogo, o paciente era levado por uma tia. Desde o primeiro momento, tentamos trazer a mãe para consulta, a fim de sensibilizá-la para a compreensão da importância do tratamento do filho, nos aspectos físico, psicológico e social. Não conseguimos resultado nenhum neste sentido, nem nós, nem o médico. Ela se mostrava arredia e descomprometida. Como nunca foi possível o contato, escaparam-nos por completo as dificuldades que estariam na base do seu relacionamento com o filho e que deveriam ser trabalhadas pelo psicólogo para chegar-se a um resultado satisfatório nos tratamentos médico, nutricional e psicológico. Que mãe é essa que impede o filho de crescer?

Não nos é possível apresentar uma descrição da dinâmica do relacionamento familiar e o lugar ocupado pelo pai nesta estruturação, uma vez que o sistema de registro de dados sobre o

paciente utilizava *fichas individuais de consulta (FIC)*, sem prontuários. Tal sistema é precário pelo registro sintético dos dados. Os dados sobre a figura paterna, sem dúvida, enriqueceriam a compreensão do caso, mas a ausência deles não invalida o perfil psicológico, o diagnóstico e as condutas terapêuticas estabelecidos.

4.4 - Puberdade e adolescência como impossibilidades

Conceituamos nanismo hipofisário e descrevemos suas características principais. Como o paciente tem 13 anos de idade e o esperado seria que estivesse passando pela puberdade e adolescência, torna-se necessário conceituar e citar também as principais características de ambas.

Ausubel (apud Muuss,1966), diz que a *puberdade* é um conceito mais restrito que adolescência e "se refere somente às mudanças biológicas e fisiológicas associadas com a maturação sexual". A puberdade "é o período de desenvolvimento fisiológico durante o qual as funções reprodutivas amadurecem; é filogenético e inclui o aparecimento das características sexuais secundárias e a maturidade fisiológica dos órgãos sexuais primários."

A *adolescência*, segundo Knobel (1981), é "a etapa da vida durante a qual o indivíduo procura estabelecer sua identidade adulta, apoiando-se nas primeiras relações objeto-parentais internalizadas e verificando a realidade que o meio social lhe oferece, mediante o uso dos elementos biofísicos em desenvolvimento à sua disposição e que por sua vez tendem à estabilidade da personalidade num plano genital, o que só é possível quando consegue o luto pela identidade infantil."

Desde Anna Freud (1958) se percebe que "toda a comoção deste período da vida deve ser considerada como normal", o anormal seria "a presença de um equilíbrio estável durante o processo adolescente".

Knobel (op. cit.), enumera dez características daquilo que denominou *síndrome normal da adolescência*:

1) busca de si mesmo e da identidade;
2) tendência grupal;
3) necessidade de intelectualizar e fantasiar;
4) crises religiosas;

5) deslocalização temporal;
6) evolução sexual manifesta;
7) atitude social reivindicatória;
8) contradições nas condutas;
9) separação progressiva dos pais;
10) flutuações do humor e do estado de ânimo.

Os elementos biofísicos em desenvolvimento citados pelos autores, tão importantes para caracterizar a entrada na puberdade e adolescência, ainda não se manifestaram no paciente. Como vimos, a velocidade de crescimento é muito reduzida no nanismo hipofisário e a quantidade de hormônios gonadotróficos segregada é insuficiente para o desenvolvimento de funções sexuais adultas.

O paciente evidenciou sinais de busca de si mesmo e da identidade em alguns testes da bateria do psicodiagnóstico, busca esta, entretanto, deflagrada pelo processo do nanismo e não por questões relativas à entrada na adolescência. Ele não apresentou os outros sinais da síndrome. O que temos, portanto, é um paciente estacionado na infância, do ponto de vista físico e psicológico, devido primariamente, à anormalidade na segregação do GH.

4.5 - Bateria de testes

A bateria de testes (conjunto de testes) apresentada a seguir não é padronizada nem específica de casos como este. Uma bateria é montada levando-se em conta dados do caso particular que se quer investigar e as áreas do desenvolvimento psicológico que precisam ser melhor esclarecidas, a fim de se tomarem as medidas terapêuticas cabíveis.

A bateria de testes aplicada teve o objetivo de sondar as áreas neurológica, afetiva e intelectual.

Os testes utilizados na bateria foram os seguintes:

1) Teste metropolitano de prontidão - Forma R.
2) Bender gestáltico-visomotor (B.G.).
3) HTP (house-tree-person): teste da casa-árvore-pessoa.
4) Desenho livre com cores (lápis de cor e/ou giz de cera).

5) Desenho das formas geométricas elementares: círculo, quadrado, retângulo e triângulo.

6) Escrita de letras: vogais e todo o alfabeto. Escrita de números: 1 a 10.

7) História livre escrita sobre tema qualquer escolhido no momento pelo paciente.

Comentaremos em separado cada teste e o desempenho do paciente. No final, apresentamos o laudo psicológico que contém as informações obtidas em cadateste, relacionadas de modo sintético e global.

1) Teste Metropolitano de Prontidão - Forma R

Como na época do psicodiagnóstico realizado não dispúnhamos em nossa bateria de testes das Matrizes Progressivas de Raven* , e precisávamos de alguma maneira obter dados mais objetivos sobre o nível de inteligência do paciente, além dos que se poderia depreender das entrevistas realizadas e dos desenhos executados, lançamos mãos de um recurso pouco usual.

Aplicamos o Teste Metropolitano de Prontidão - Forma R, cujo objetivo é "determinar a prontidão de um aluno para fazer trabalho de 1ª série de alfabetização, especialmente com referência ao aprendizado da leitura e aritmética"[7]. É aplicado em crianças com idades entre seis anos e seis meses e sete anos e seis meses.

O teste é dividido em seis subtestes:

1. palavras: compreensão da linguagem;
2. sentenças: compreensão de frases e sentenças;
3. informação: conhecimento do vocabulário;
4. semelhanças: percepção visual no reconhecimento de semelhanças;
5. prontidão números: conhecimento de números, e,
6. cópia: combinação de percepção visual e de controle motor.

Um teste suplementar também é aplicado ao pedir-se "desenhe um homem", que fornece informações gerais sobre o

* Teste específico para aferir a inteligência da criança dos quatro anos e nove meses até os onze anos e oito meses; padronização paulistana[8].

nível de desenvolvimento afetivo-emocional e intelectivo. O pedido "desenhe um homem" nos parece equivocado. A nosso ver, o mais adequado é "desenhe uma pessoa", que não determina o sexo da figura a ser desenhada e deixa esta escolha a critério do paciente, de acordo com sua identificação inconsciente.

A Tabela 1 compara o total máximo de pontos que se pode obter em cada subteste do Metropolitano, com o total obtido pelo paciente.

TABELA 1

Subtestes do Teste Metropolitano de Prontidão - Forma R, com os totais máximos de pontos e os totais obtidos pelo paciente.

SUBTESTE	MÁXIMO	PACIENTE
1. Palavras	19	17
2. Sentenças	14	9
3. Informação	14	11
4. Semelhanças	19	14
5. Números	24	22
6. Cópia	10	9
Prontidão total	100	82

Fonte: Manual do Teste Metropolitano de Prontidão - Forma R.

A classificação do desempenho do paciente, prontidão total, comparado a crianças na faixa etária dos 6,6 a 7,6 anos de idade, é *médio*.

Analisando somente o aspecto de prontidão para a leitura (subtestes 1 a 4) seu desempenho é também *médio*. Ele teve perda significativa de escores no subteste sentenças, onde revelou seu maior déficit: a compreensão de frases e sentenças, formando o conjunto articulado da fala, referido a situações, pessoas, objetos, etc., onde é exigido um nível maior de compreensão global e de capacidade de manter a atenção.

Com relação a *números*, seu melhor desempenho, classificado como *médio-superior*, errou somente duas questões: confundiu círculo com triângulo e não identificou quantos elementos compõem uma dúzia.

O subteste *cópia* solicita a reprodução, ao lado do modelo mostrado, de letras, números e formas geométricas simples e complexas. São dez modelos a serem reproduzidos. O paciente não conseguiu reproduzir o modelo da figura geométrica mais complexa, composto por três círculos e um triângulo superpostos. Seu nível de acerto neste subteste foi de 90% (resultado análogo ao desempenho no Bender).

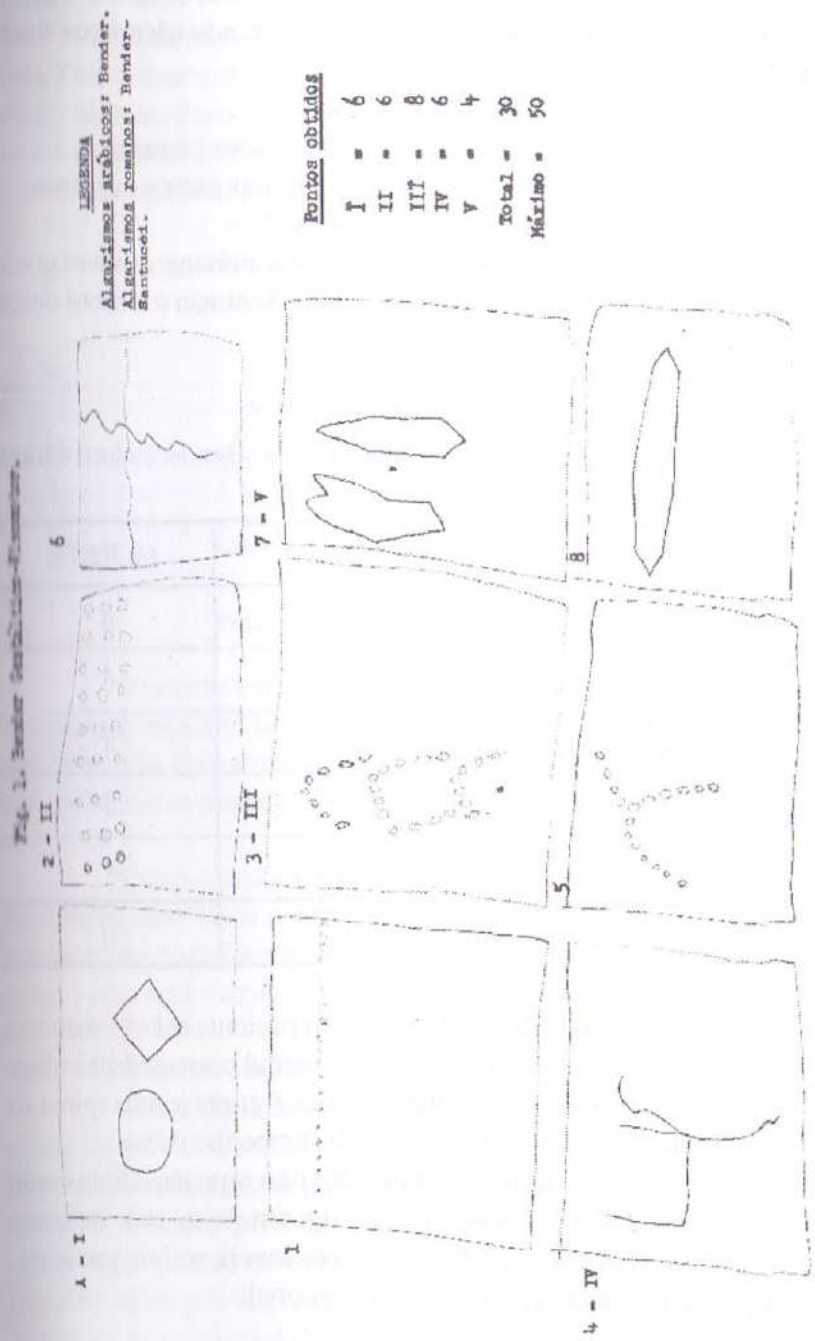
No teste suplementar "desenhe uma pessoa" (a instrução foi dada assim), o paciente produziu uma figura humana sem sexo definido. Seu desempenho, mesmo comparado com crianças de sete anos de idade, foi *médio-inferior*. A figura desenhada é a fig. 6, já citada e apresentada.

Em suma, pelos resultados apresentados, é possível concluir que o caso não pode ser diagnosticado como deficiência mental. Comparado a pessoas de sua idade, o paciente apresenta um déficit cognitivo, situado principalmente no uso e compreensão da linguagem e reconhecimento de semelhanças.

2) Bender Gestáltico-Visomotor (B.G.)

O teste Bender Gestáltico-Visomotor (B.G.) é composto por nove cartões com figuras geométricas simples e complexas para serem reproduzidas. O desempenho do paciente neste teste pode ser avaliado de duas formas: "uma quantitativa, que opera por meio de pontos (método psicométrico), e outra qualitativa, que opera por meio dos significados"[6].

Aplicamos o Bender com os nove modelos originais e procedemos a uma análise quantitativa e qualitativa. Na avaliação quantitativa utilizamos a técnica de Santucci e Galifret-Granjon que pode, entre outras coisas "diferenciar retardos mentais globais"[6]. Na técnica de Santucci são utilizadas somente cinco figuras do Bender original: A, 2, 3, 4 e 7, numeradas respectivamente em algarismos romanos: I, II, III, IV e V. A reprodução das figuras 1, 5, 6 e 8 foi analisada do ponto de vista qualitativo (vide fig. 1, ao lado).



Na análise quantitativa, segundo os autores, "em cada uma das cinco cópias se avalia considerando três aspectos fundamentais:

1) construção dos ângulos,
2) orientação das figuras e seus elementos,
3) posição relativa das figuras entre si e de certos elementos dessas figuras."[6]

A Tabela 2 compara o total máximo de pontos que se pode obter em cada figura do Bender-Santucci com o total obtido pelo paciente.

TABELA 2

Totais máximos de pontos por figura no Bender-Santucci e totais obtidos pelo paciente.

FIGURAS	MÁXIMO	PACIENTE
I	10	6
II	8	6
III	11	8
IV	11	6
V	10	4
TOTAL	50	30

Fonte: Bender-Santucci.

Os 30 pontos obtidos pelo paciente no Bender-Santucci indicam nível de desenvolvimento mental correspondente à idade de sete anos. A análise qualitativa das figuras restantes aponta na mesma direção, embora com um desempenho melhor.

Como vimos, o paciente não reproduz as figuras com o grau de precisão esperada para alguém de sua idade. Por outro lado, seu desempenho no Bender não revela nenhuma grande patologia, nem neurológica, nem emocional.

3) HTP

Abaixo (fig. 2), o desenho da casa, árvore e figura humana. Pode-se notar que os desenhos são primitivos no conjunto e pouco elaborados, mais característicos de crianças com idade inferior à do paciente. Eles mostram falta de vitalidade, dificuldade de contato interpessoal, esquema corporal alterado e infantilismo.

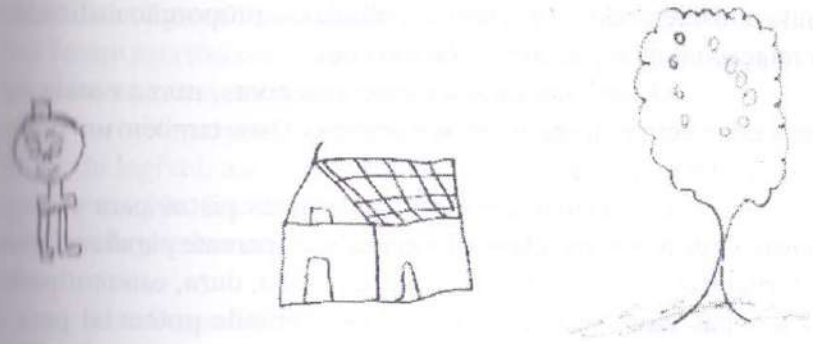


Fig. 2. HTP.

O paciente tende a repetir a produção da figura humana assexuada, amputada nos membros superiores e com olhos vazios, sem pupilas. Esta representação revela dois dados fundamentais: perturbação do processo identificatório e do esquema corporal.

Quanto a esses elementos, cumpre conceituar esquema corporal como "uma resultante intrapsíquica da realidade do sujeito, ou seja, é a representação mental que o sujeito tem de seu próprio corpo como conseqüência de suas experiências em contínua evolução."[16]

4) Desenho livre com cores

Usando lápis de cor de uma caixa com 24 cores, o paciente produziu oito desenhos numa mesma folha de papel. Revela predileção por desenhos geométricos. Metade dos desenhos é composta por formas geométricas: retângulos e triângulo divididos ao meio. Os outros desenhos foram: casa, árvore, sol e carrinho, onde também privilegiou o formato geométrico, estático, preso somente ao mais essencial de cada elemento desenhado.

Quanto ao conteúdo e formato, os desenhos são pobres, infantis e desvitalizados.

O uso de cores num desenho livre não está sujeito à mesma possibilidade de rigorosa quantificação que se observa no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister[17]. Nem por isso deixa de oferecer valiosos dados para a compreensão da vida afetiva do sujeito, analisando-se esse uso no aspecto qualitativo. A análise é feita considerando-se as cores escolhidas, a proporção utilizada e a relação entre as escolhas e proporções.

O paciente usou as seguintes cores, numa escala decrescente: vermelho, azul, verde e amarelo. Usou também um pouco de marrom e laranja.

O desenho forneceu importantes pistas para o diagnóstico e prognóstico. Há nítido contraste e aparente paradoxo entre a *forma* e o uso das *cores*. A forma é pesada, dura, estereotipada. O uso das cores denota sensibilidade e grande potencial para a vida afetiva-emocional, de contato com o outro e com o mundo. Ao que tudo indica, a vivência da história familiar, envolvendo carências e privações afetivas e materiais, teve o efeito de bloquear a atualização do potencial demonstrado.

5) Desenho de formas geométricas

Foi solicitado ao paciente que desenhasse a lápis preto, sem régua nem compasso, as formas geométricas: círculo, quadrado, retângulo e triângulo.

Círculo: desenhou uma linha curva.

Quadrado: desenhou uma figura com linhas retas e ângulos de 90°, mas na medida 3,0 x 3,5 cms sendo, portanto, um retângulo.

Retângulo: desenhou corretamente um triângulo isósceles.

Triângulo: desenhou um retângulo.

À exceção do círculo, o paciente demonstra ter noção das formas geométricas básicas, embora não saiba ainda nomeá-las.

6) Escrita de letras e números

Procedeu-se ditado, sendo pedido que o paciente escrevesse a lápis preto e com letra cursiva, as vogais, todo o alfabeto, a palavra Varginha e o seu próprio nome.

As *vogais*, escreveu todas com caligrafia adequada e legível.

Com relação ao *alfabeto*, somente não conseguiu escrever a letra "h", embora tenha escrito corretamente a palavra Varginha. A letra "b" foi grafada de modo impreciso, não havendo identidade entre a letra pedida e a grafia executada. As outras letras foram escritas com caligrafia adequada e legível, embora misturando, às vezes, minúsculas e maiúsculas.

Seu nome, à exceção de um "l" impreciso, foi escrito de modo legível, assim como o vocábulo Varginha.

No ditado com os números de um a 10, escreveu-os correta e legivelmente, confirmando o desempenho no Metropolitano.

O uso da folha foi no sentido da esquerda para direita, utilizado para a escrita na cultura ocidental. O paciente revela, portanto, familiaridade com o mundo da escrita. A pressão do lápis sobre o papel foi adequada (nem tênue, nem com excesso de pressão). Ele utilizou o canto superior esquerdo da folha para executar o exercício.

7) História livre escrita

A história, a qual o paciente não deu título, é a seguinte: "Eu tenho uma cazinha bonita gosto de morar nela quando eu vejo ela eu emtro la demtro." (sic)

A história produzida é extremamente pobre para alguém desta idade. Pediu-se uma história com início, meio e fim e o paciente forneceu uma sentença. O conteúdo, como os outros produzidos, é nitidamente infantil.

Os erros de ortografia e pontuação não são significativos: evidenciam um sujeito em processo de aprimoramento da alfabetização e uso da língua escrita.

A seguir, apresentamos o laudo psicológico entregue ao médico. Por sigilo profissional e ético omitimos alguns dados do cabeçalho. O nome do paciente é fictício.

4.6 - Laudo psicológico

Nome: João Pedro da Silva Data de nascimento:
Idade: 13 anos Data:
Pedido médico:

João Pedro foi submetido a exames psicológicos no Serviço de Saúde Mental, onde procuramos estabelecer um perfil que englobasse aspectos neurológicos, emocionais e intelectivos.

Do ponto de vista *neurológico*, João Pedro não apresenta nenhum dado de alteração patológica significativa, ainda que, pela idade cronológica, seria esperado um desempenho geral mais amadurecido e integrado.

Do ponto de vista *emocional* duas questões principais se evidenciam: indefinição do processo identificatório e perturbação do esquema corporal. Essas questões são fundamentais na constituição da subjetividade do sujeito e determinantes na maneira pela qual ele lida com as próprias emoções, com o corpo e estabelece o relacionamento interpessoal/social. De modo geral, o tipo de afetividade apresentada pelo paciente é mais próprio de crianças menores que de adolescentes.

Do ponto de vista *intelectual*, a idade mental está entre cerca de sete a oito anos, no máximo; portanto, a idade mental está aquém da cronológica. Entretanto, considerando-se o nível sócio-econômico, as vivências afetivas anteriores e o diagnóstico de nanismo hipofisário, podemos dizer que se encontra preservado intelectualmente, mesmo com as deficiências detectadas.

Como *prognóstico*, apresenta potencial psicológico que pode ser desenvolvido, dependendo da intervenção médica e nutricional a ser efetivada. Foi recomendada psicoterapia individual.

Varginha,

Foram realizadas algumas sessões de orientação psicológica com a tia responsável pelo tratamento, a fim de que pudesse compreender melhor a dinâmica psicológica do paciente e

lidar com ele de modo mais adequado. Com a mãe não foi possível nenhum tipo de trabalho. Após as sessões, o paciente foi reencaminhado ao endocrinologista para a efetivação do tratamento médico e nutricional nos aspectos necessários. Recomendamos que regressasse ao Serviço depois disso, para iniciar psicoterapia individual, com o objetivo de trabalhar o processo identificatório e o esquema corporal. No entanto, não houve procura posterior.

Agora, com o propósito deste estudo, tentamos localizar a família e o paciente, para atualizar as informações e avaliar as modificações ocorridas. Gostaríamos de saber se o paciente concluiu o tratamento médico e nutricional, qual o resultado obtido, seu peso e estatura atuais, se prosseguiu os estudos, se aprendeu algum ofício, como estaria seu relacionamento social, afetivo e familiar, etc. No entanto, decorridos dez anos da realização do psicodiagnóstico, isto não foi possível. Ninguém conhecia aquelas pessoas no endereço e telefone que tínhamos em nossos arquivos.

Procuramos, então, o médico endocrinologista que atendeu ao paciente, mas ele também não pôde nos ajudar. O prontuário fôra enviado para Belo Horizonte. No entanto, disse-nos que, quatro anos depois, tendo o paciente 17 anos, este ainda não iniciara o tratamento. Se os tratamentos hormonal e nutricional tivessem sido efetivados na época (1990), atualmente o paciente com 23 anos de idade, poderia ter uma estatura entre 162 a 164 centímetros. A mãe continuava sendo obstáculo à consecução das terapêuticas necessárias, com o provável endosso de outros membros da família. Fôra a última notícia que tivemos do paciente. Com isso, encerramos o relato deste caso clínico.

Geralmente, os autores preferem escolher para o relato de casos clínicos, aqueles cuja intervenção terapêutica constitui-se em evidente sucesso. Não foi o que vimos aqui. A abordagem médica e psicológica do paciente e de sua família foram adequadas, os diagnósticos precisos e as prescrições corretas. Entretanto, a mãe como obstáculo foi intransponível...

4.7 - Considerações finais

A utilização de testes de inteligência, bem como a in-

terpretação feita do resultado obtido, é uma tarefa extremamente delicada a ser executada pelo profissional de psicologia. Transformar o dado obtido no resultado, numa informação precisa e relevante sobre a dinâmica psicológica do paciente, vai envolver um conjunto de fatores, desde a validade do instrumento diagnóstico utilizado até a habilidade e conhecimento teórico do profissional.

O psicólogo H. Gardner (1983) propôs o conceito de inteligências múltiplas e enumerou sete tipos diferentes de inteligências (habilidades): lingüística, lógico-matemática, espacial, musical, corporal-cinestésica, interpessoal e intrapessoal.

Deve-se considerar que o teste de Q.I. mede apenas a inteligência verbal e psicomotora e, para se conceituar alguém como deficiente mental, devemos levar em conta dois elementos:

1) falhas na inteligência,
2) falhas no comportamento adaptativo (adaptação social, independência nos hábitos sociais e pessoais da vida diária).

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência social - Conselho Nacional de Assistência Social - Assistência Social e Cidadania. MPAS - Brasília. 1995.

2. BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 189, de 19.11.1991. Diário Oficial da União. Brasília. 11.12.1991.

3. Ocampo, Maria Luisa Siquier de; Arzeno, Maria Esther García; Piccolo, Elza Grassano de, e colaboradores. (1981). O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

4. Corman, Louis. (1979). O teste do desenho de família. São Paulo: Editora Mestre Jou.

5. Campos, Dinah Martins de Souza. (1982). O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade. Petrópolis (RJ): Editora Vozes.

6. Bender, Lauretta (1982). Test Guestáltico Visomotor - usos y aplicaciones clínicas (B.G.). Buenos Aires: Editorial Paidos.

7. Poppovic, Ana Maria. (1966). Adaptação e padronização brasileira do Teste Metropolitano de Prontidão - Forma R. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica. Originalmente publicado em 1949, Nova York.

8. Raven, J.C. (1979). Matrizes Progressivas, Escala Geral, séries A, B, C, D e E. Rio de Janeiro: CEPA - Centro Editor de Psicologia Aplicada.

9. Bellak, Leopold. (1981). Teste de apercepção infantil com figuras de animais. São Paulo: Editora Mestre Jou. Originalmente publicado em 1949, Nova York.

10. Adrados, Isabel. (1978). Teoria e prática do teste de Rorschach. Petrópolis (RJ): Editora Vozes.

11. Adrados, Isabel. (1985). A técnica de Rorschach em crianças dos sete aos quatorze anos. Petrópolis (RJ): Editora Vozes.

12. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas - DEF. (1988/89). Jornal Brasileiro de Medicina. São Paulo: EPUME - Editora de Publicações Médicas.

13. Guyton, Arthur C. (1973). Tratado de Fisiologia Médica. 4. ed. Capítulo 75: Introdução à endocrinologia, os hormônios hipofisários e a glândula pineal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

14. MINAS GERAIS. Programa Estadual de Tratamento do Nanismo Hipofisário com Hormônio de Crescimento Humano - Hgh - Padronização de normas para o tratamento. Anexo I - Resolução SES nº 1204, de 08.05.1998. Belo Horizonte, MG.

15. Muuss, Rolf E. (1966). Teorias da adolescência. 5. ed. Belo Horizonte: Interlivros de Minas Gerais.

16. Aberastury, Arminda e Knobel, Mauricio. (1981). Adolescência normal - um enfoque psicanalítico. Capítulo 2: A síndrome da adolescência normal. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

17. Amaral, Fernando de Villemor. (1976). Pirâmides coloridas de Pfister. Capítulo 6: As cores. Rio de Janeiro: CEPA.

18. Gardner, Howard. Teoria das inteligências múltiplas. Porto Alegre: Artes Médicas.

CAPÍTULO 6

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS NO MUNICÍPIO DE VARGINHA - 1996

José Roberto Sales et alii*

1.0 - INTRODUÇÃO

Este capítulo é uma resenha da monografia de mesmo título, escrita em co-autoria e apresentada como trabalho de iniciação científica para conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde de Minas Gerais - ESMIG, 1996.

O trabalho "trata do sistema de informações sobre transtornos mentais no município de Varginha, 1996. Ele descreve o histórico do Serviço de Saúde Mental e a trajetória do usuário, da primeira entrevista às terapêuticas. Aponta as principais falhas existentes no sistema de informações e propõe como alternativa, a implantação de um projeto de acompanhamento dos transtornos mentais (IATM) no SSM/VG".

A idéia-tema do trabalho surgiu "durante o curso de especialização em saúde pública realizado em Varginha, de maio a dezembro de 1996, promovido pela Escola de Saúde de Minas Gerais." Na época, "26 profissionais de diversas áreas de atuação em saúde pública elaboraram um diagnóstico de saúde do município de Varginha, estimativa rápida (Mapeamento Descritivo da Situação de Saúde do Município de Varginha - 1996)".

* Reis, F.A. B.; Caldonazo, L.F.F.; Paiva, M.M.C.A e Rodrigues, V.M.S. Resenha com acréscimos do autor.

"Na parte referente ao Serviço de Saúde Mental, o estudo ficou bastante incompleto, não contendo informações que pudessem contribuir no acompanhamento e reorganização deste Serviço no município."*

Percebeu-se, então, a necessidade de reorganização do registro dos dados, de modo a permitir avaliação da demanda, elaboração de posteriores estudos epidemiológicos e criação de um banco de dados, com vistas a possibilitar planejamento e intervenções, dentro de uma perspectiva de saúde pública.

2.0 - CONCEITOS

A parte conceitual distingue dado, informação, sistema e sistema de informação em saúde (SIS), conceitos que muitas vezes se apresentam de modo impreciso até mesmo na literatura existente sobre o tema.

2.1 - Dado

No sentido mais geral, dicionarizado, dado é o "elemento ou base para a formação dum juízo."[2]

Moraes (1994) conceitua dado como uma "descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo e difícil de ser utilizada como informação por ser ininteligível".

2.2 - Informação

Eduardo (1990) conceitua informação como o "significado que o homem atribui a um determinado dado, por meio de convenções e representações".

* O trabalho apresenta uma visão panorâmica da situação de saúde do município em várias áreas. É uma obra com 60 páginas, fora anexos. Os únicos dados sobre saúde mental apresentados estão condensados em uma linha da página 37. São os seguintes:

Atendimentos prestados e necessidades estimadas de consultas médicas por especialidade - ano 1995**

Tipo de Assistência - Especializada	Parâmetro adotado	Necessidade estimada	Produção realizada pelo SUS	%
Saúde Mental	32%	13.616	14.117	104

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Varginha - MG

** Cálculos baseados sobre população de 94.560.

Para Lima (1989) informação é "um produto social, com valor de uso e valor de troca, que se manifesta em um ambiente dentro de um processo de comunicação".

Salomão (2000), ressalta a informação como "um componente inseparável do processo de construção do conhecimento".

2.3 - Sistema

Chaves (apud Moraes, 1994) diz que "Sistema pode ser definido como um todo complexo e organizado; uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo. A idéia dá uma conotação de plano, método, ordem, arranjo. O antônimo de Sistema é o caos". O enfoque sistêmico "se concentra no estudo das estruturas ou redes de interligações entre as partes, muito mais do que nas partes em si".

2.4 - Sistema de Informações em Saúde (SIS)

Segundo o Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde para a Europa, o Sistema de Informações em Saúde (SIS), é um "mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para organizar e operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças" (Moraes, op. cit.).

O Ministério da Saúde (1998) ressalta que "Um dos objetivos básicos do Sistema de Informação em Saúde, na concepção do SUS, é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, análise essa que tome como referencial microrregiões homogêneas e, necessariamente, leve em consideração as condições de vida da população no processo saúde-doença."

3.0 - O SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

A questão mais ampla que se coloca, é a da formulação de princípios e normas de atendimento de saúde mental para o município, e, não somente de organização de um serviço de saúde mental numa unidade de saúde. A criação e o uso de um sistema de informações eficiente é imprescindível, pois ele viabiliza o fornecimento dos dados necessários para esta organização.

A trajetória do usuário é descrita, desde o momento

em que ele chega ao Serviço de Saúde Mental, até seu encaminhamento para outras instituições e profissionais, se isto tiver sido necessário.

O usuário atendido na primeira consulta ou anamnese passa, posteriormente, pela terapêutica oferecida pelo próprio Serviço. As modalidades de tratamento são: psicoterápico individual ou grupal; orientação para pais; ludoterapia; psicoterapia de adolescentes individual ou em grupo e acompanhamento psiquiátrico e medicamentoso. Além disso, algumas iniciais e ainda escassas atividades em Oficina Terapêutica(horta e jardinagem)* , são oferecidas.

Quanto ao registro geral da passagem do usuário pelo sistema, o Serviço de Saúde Mental possui dois: Diário de Atendimento e Livro de Triagem. Este último, consiste no registro mensal, através da soma de consultas semanais, dos usuários novos que ingressam no Serviço.

Há, ainda, o *Controle Diário de Atendimento Médico* e o *Prontuário*. Este controle é uma tabela com nome do usuário, faixas etárias, diagnóstico e tipo de atendimento efetivado.

A seguir, abordamos o assunto prontuários e arquivos, no período 1986 - 1999.

3.1 - Prontuários

Prontuários são envelopões de papel no tamanho 36,0 x 26,5 centímetros, onde todas as informações colhidas sobre o usuário são guardadas. O registro se dá na ficha de primeira entrevista, anamneses ou outros relatos. Em caso de psicodiagnóstico, a bateria de testes psicológicos aplicada, com o respectivo laudo, também é guardada. Além disso, uma síntese de cada consulta é registrada, bem como toda medicação prescrita e quaisquer outros procedimentos adotados.

3.2 - Arquivos

O Serviço Psicossocial conta atualmente (1999) com cinco tipos de arquivos, descritos a seguir:

* As atividades em horta e jardinagem foram realizadas durante poucos meses do ano de 1996, no viveiro de mudas do Parque Municipal São Francisco.

Tipos de Arquivos
- fichas individuais de consulta (1986/89)
- fichas de primeira entrevista (após 1990)
- alfabético (1990/91 a 1993)
- numérico (inclui óbitos): desde 1993
- endereços (a partir de janeiro de 1994)

De 1986 a 1989, antes da municipalização do Serviço, eram utilizadas *fichas individuais de consultas* (tamanho 20,5 x 13,0 cms). O total destas fichas é 603.

Após a municipalização do Serviço (1990/91), estas fichas foram arquivadas e passou-se a usar prontuários. Foi criado um primeiro arquivo de prontuários, por ordem alfabética. Como se revelou pouco prático no manuseio diário, o *arquivo alfabético* foi encerrado em meados de 1993, contendo 538 prontuários.

Em seguida, abriu-se o *arquivo numérico* cujo critério de abertura permanece em vigor. Cada prontuário recebe a sigla SM (saúde mental) e o número correspondente ao do ingresso do usuário no Serviço. Até o dia 31.12.1999 esse arquivo continha 4.061 prontuários. Cada prontuário é individual e o critério de abertura é que o usuário tenha comparecido a no mínimo duas consultas com qualquer um dos membros da equipe multiprofissional.

Na data acima, o *Arquivo de Óbitos* continha 80 prontuários. Assim que o óbito é comunicado ao Serviço, o prontuário do paciente é automaticamente transferido do arquivo numérico para o de óbitos. Portanto, para fins estatísticos, o Arquivo de Óbitos está incluído no numérico.

Um outro tipo de arquivo reúne as *fichas de primeira entrevista* de usuários que compareceram ao Serviço apenas uma vez. Quando absorvidos, não regressaram para iniciar tratamento. Quando não absorvidos, foram devidamente orientados e encaminhados para outros profissionais ou Serviços. Este arquivo possuía, até 31.12.1999, 1.811fichas.

O arquivo de *fichas individuais de endereço* foi aberto em janeiro de 1994 e até 31.12.1999 continha 4.239 fichas. Elas registram os seguintes dados: nome do paciente (prenome e

patronímico), número do prontuário com data da abertura e endereço.

Foram encontrados 779 diferentes patronímicos. Os dez mais freqüentes correspondem a 30% do total e são de origem portuguesa e brasileira.

3.3 - Falhas no Sistema de Informações

No Sistema de Informações do Serviço de Saúde Mental de Varginha foram encontradas as seguintes falhas (1996):

1) duplicidade no registro de dados;
2) critério burocrático para abertura dos prontuários;
3) fragmentação de dados em diversos tipos de registros;
4) agregação das faixas etárias e das suspeitas diagnósticas empiricamente, estas últimas sem utilização da CID-10;
5) a alta, egresso e encaminhamento do paciente são registrados somente em seu prontuário, não existindo sistema de registro coletivo destes dados;
6) o livro de registro das prescrições medicamentosas da farmácia do SSM contém: nome do paciente, tipo e dosagem do medicamento utilizado, faltando diagnóstico e encaminhamento. Isto dificulta o acompanhamento sistemático do uso de medicamentos em relação às suspeitas diagnósticas;
7) ausência de informatização do Serviço* , e,
8) lista de espera do usuário organizada por profissional.

Estruturado desta forma, o Sistema de Informações do SSM/VG "serve de modo adequado ao profissional de saúde mental que o utiliza no atendimento individual, mas se revela inadequado como fonte de dados para pesquisas epidemiológicas e organização deste Serviço".

* O processo de informatização do SSM/VG teve início em outubro de 1999.

4.0 - O IATM - INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS

Foram, então, propostas alternativas para este sistema. A proposta principal foi a criação de um Instrumento de Acompanhamento dos Transtornos Mentais (IATM).

A construção do IATM foi descrita em suas variáveis: perfis demográfico e nosológico.

4.1 - Perfil Demográfico e Nosológico

"O perfil demográfico agrupa as variáveis: sexo, idade, nível de escolaridade, ocupação, local de moradia, estado civil ou situação marital.

O perfil nosológico engloba, principalmente, o motivo da consulta e o diagnóstico."[8]

Apresentamos, na página seguinte, cópia do modelo proposto. Este IATM é o utilizado pelo SPS/VG desde primeiro de março de 1997.

5.0 - CONCLUSÃO

A conclusão aponta para a necessidade de se otimizar um sistema que privilegie o coletivo sobre o individual e ofereça suporte para se pensar a saúde em termos globais e não somente numa unidade básica de saúde. O sistema de informações deve ser eficaz para planejamento e acompanhamento em saúde pública. As variáveis relacionadas com o ambiente sócio-econômico foram valorizadas para demonstrar de modo mais adequado o perfil da clientela atendida.

Finalmente, após a bibliografia, são apresentados dois anexos.

O Anexo I, com modelos de boletins, fichas de entrevistas, carta de convocação do usuário e controle diário de atendimento médico.

O Anexo II, com tabelas de alguns dados levantados sobre a demanda que buscou o SSM/VG, de janeiro a agosto de 1996.

O texto integral da monografia cujo título é o mesmo deste capítulo, possui 43 laudas e se encontra disponível para consultas na biblioteca da Escola de Saúde de Minas Gerais - ESMIG, em Belo Horizonte, MG.

INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS (IATM)

Nº	Nº PRONT.	NOME	ENDEREÇO	ESTADO CIVIL	SEXO	DATA NASC.	OCUPAÇÃO	ESCOLAR.	CID-10	ENCAMINHADO POR	TIPO ALTA	EGRESSO HOSPITAL	MEDICAÇÃO	ENCAMINHADO PARA

ALTA: M - Melhorada AP - A pedido O - Óbito AB - Abandono

EGRESSO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: S - Sim N - Não

BIBLIOGRAFIA

1. Sales, José Roberto et alii. (1996). Mapeamento descritivo da situação de saúde do município de Varginha, estimativa rápida. Escola de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

2. Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. (1988). Dicionário Básico da Língua Portuguesa. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

3. Moraes, I.H.S. (1994). Informações saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.

4. Eduardo, Maria Bernadete de Paula. (1990). A informação em saúde no processo de tomada de decisão. Rio de Janeiro: Rev. Adm. Pública.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Guia de Vigilância Epidemiológica. (1998). Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

6. Lima, Clóvis Ricardo Montenegro de. (1989). Estudo de usuários de sistemas de informação: contribuição metodológica da epidemiologia. In Ciência da Informação, p. 165, jul/dez. Brasília, DF.

7. Salomão, José Carlos. (2000). Informação: substrato da cultura. UFMG. Belo Horizonte-MG. Mimeo.

8. Carvalho, Marília Sá et alii. (1993). Estudo de demanda ambulatorial - do planejamento à divulgação dos resultados. Programa de apoio à reforma sanitária. Rio de Janeiro: PARES - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública.

CAPÍTULO 7

SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE VARGINHA - 1997

Senhoras e Senhores, Boa Tarde:

É um prazer estarmos em São Lourenço - MG, esta aprazível estância hidromineral, para a apresentação deste trabalho no 1º Encontro Sul Mineiro de Práticas em Saúde Mental.

O tema que nos contempla é um relato da estruturação do Serviço de Saúde Mental no município de Varginha, Minas Gerais.

Seria importante que pudéssemos situar esta experiência, dentro de um quadro teórico-conceitual abrangente, que incluísse as contribuições da psicanálise, psiquiatria, psicologia e a necessária formulação filosófica e ética: que tipo de homem pretendemos?

No entanto, o tempo não nos permitirá deter nestes aspectos cruciais que, por si só, constituem uma questão*.

Falaremos, especificamente, do Serviço de Saúde Mental em Varginha.

Para melhor compreendermos determinado fenômeno - no caso a criação e manutenção de um serviço de saúde mental numa coletividade - não devemos nos olvidar de situá-lo numa perspectiva histórica. Como todas as outras coisas, um serviço de saúde mental não nasce pronto. Nunca vai estar pronto. Ele se

* O tempo para apresentação deste trabalho foi de vinte minutos.

contextualiza a partir de uma origem histórica e se constrói a cada dia. Somos todos - profissionais de saúde, usuários e comunidade - agentes históricos desta construção. Um serviço de saúde mental será sempre uma obra inacabada, um processo e um espaço de construção do conhecimento coletivo.

O Serviço de Saúde Mental de Varginha foi criado em 1986, portanto, completou uma década de prestação de serviços no ano passado.

A equipe multiprofissional inicial era composta por apenas dois psicólogos, um assistente social e psiquiatras, que esporadicamente vinham a integrá-la, trabalhando alguns meses e depois se ausentando. A responsabilidade da manutenção do serviço era do Estado de Minas Gerais, através da Secretaria Estadual da Saúde.

Não dispúnhamos de salas próprias e muito menos de sede. Os psicólogos atendiam nas salas dos médicos que, quando chegavam, solicitavam que os psicólogos as desocupassem, mesmo se isto ocorresse durante os atendimentos. Por isso, não raro, os atendimentos se davam nos corredores e nos degraus da escada que interligam um pavimento da Policlínica a outro.

A partir de 1990-91, com a municipalização dos serviços de saúde, o Serviço de Saúde Mental ganhou impulso naquilo que apresentava de mais falho até então, apoio político-administrativo e contratação de vários profissionais: psiquiatra, psicólogos, enfermeiro, assistente social, além de auxiliares de enfermagem para recepção e farmácia.

Desde a implantação do Serviço até o momento, um de nossos principais projetos é conseguir sede própria. Mudamos algumas vezes de prédio, mas não conseguimos, ainda, sede definitiva e apropriada ao Serviço que pudesse abrigar, além das salas de consulta e repouso, espaços para as oficinas terapêuticas que pretendemos implantar em breve.

O Serviço de Saúde Mental está atualmente funcionando em sua quarta sede provisória*.

* Vide observações dos Anexos I.

A equipe multiprofissional que o compõe é a seguinte:

Nível Superior
- 7 psicólogos
- 1 médico psiquiatra
- 1 enfermeiro
- 1 assistente social

Três auxiliares de enfermagem se ocupam da recepção e farmácia. Eles entregam os medicamentos prescritos, aplicam os injetáveis, prestam informações gerais aos pacientes e, quando necessário, participam de visitas domiciliares. Auxiliam, também, no registro dos dados estatísticos e no seu levantamento.

Para dar uma idéia geral sobre o volume dos atendimentos totais prestados pelo Serviço, incluindo aí os atendimentos dos psicólogos, psiquiatra, assistente social e enfermeiro, apresentamos a seguir duas tabelas. Como não dispomos de tempo suficiente para análise detalhada e comentários, elas sintetizam os dados da série histórica 1987-1996, quanto a número total de atendimentos, média mensal e número de internações psiquiátricas.

TABELA 1

Atendimentos totais efetuados pelo SSM/VG e média mensal em 1987 e 1996.

ANO	ATENDIMENTOS	MÉDIA MENSAL
1987	1.123	93,58
1996	9.003	750,25
TOTAL	44.265*	-

Fonte: SSM/VG

* Total de toda série histórica.

TABELA 2
Atendimentos totais e internações pelo SSM/VG em 1993 e 1996.

ANO	ATENDIMENTOS	INTERNAÇÕES	
		N	%
1993	5.741	103	1,79
1996	9.003	50	0,56

Fonte: SSM/VG

O número de atendimentos totais vem crescendo ano a ano. O número de internações, do qual somente dispomos de registro confiável a partir de 1993 caiu pela metade em três anos, ao passo que o número de atendimentos, no mesmo período, aumentou em 57,34%. Este é um dado significativo que aponta para o nível de resolubilidade do Serviço, no aspecto considerado.

Outro fato a ser considerado em posteriores análises é que, desde o final de 1996, além do Serviço de Saúde Mental que constitui unidade de referência, o município passou a dispor também de quatro psicólogos prestando atendimentos em policlínicas de diversos bairros*.

A partir do final do ano passado, após dez anos de atendimentos, percebemos que o registro dos dados dos pacientes apresentava uma lacuna importante: era suficiente para estudos de casos clínicos através do acesso ao prontuário individual, mas se revelava bastante limitado para estudos epidemiológicos. Orientamos, então, esforços no sentido de criar um instrumento que possibilitasse o registro de dados dentro de uma visão de saúde pública, privilegiando o coletivo.

* N.A: um se exonerou logo depois e os outros três começaram a atender no SPS/VG no início de 1999, devido a mudanças de diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, que resolveu centralizar os atendimentos em saúde mental, a partir desta data.
Os psicólogos se queixaram do trabalho isolado dentro de policlínicas, considerando importante trabalhar em equipe multidisciplinar a fim de ter com quem compartilhar experiências.
Os prontuários dos pacientes atendidos pelos psicólogos destas policlínicas (Barcelona, Sion e Canaã), foram transferidos para o SPS/VG e incorporados ao arquivo numérico do Serviço.

Por isso, criamos um Instrumento de Acompanhamento de Transtornos Mentais: IATM. Este instrumento sintetiza, num registro único, dados do perfil demográfico e nosológico da população atendida. Além disso, fornece uma idéia do fluxo da clientela e de sua circulação pelos serviços de saúde.

O *perfil demográfico* agrupa as variáveis sexo, idade, nível de escolaridade, ocupação, local de moradia, estado civil ou situação marital.

O *perfil nosológico* engloba principalmente o motivo da consulta e o diagnóstico.

Os dados do *fluxo* do usuário incluem: fonte encaminhadora; se o paciente é egresso de hospital psiquiátrico; a medicação utilizada e o tipo de alta (melhorada, a pedido, abandono ou óbito).

É do cruzamento das variáveis destes perfis que podemos obter importantes indicadores dos agravos à saúde mental e traçar o perfil epidemiológico específico do município, bem como, a partir deles, desenvolver atividades de planejamento, execução e controle em saúde mental.

A seguir, apresentamos nosso IATM*.

Constatamos, também, que outra falha em nosso Serviço é absorver casos que não constituem, a princípio, transtornos mentais. Como exemplos mais comuns, citamos problemas de aprendizagem e escolarização, mais apropriados ao pedagogo ou psicólogo escolar; quadros de senilidade que poderiam ser tratados na geriatria; síndrome epiléptica, mais apropriada à clínica de neurologia, etc.

Estamos apontando a importância de se discutir esta questão, pois ela tem contribuído para sobrecarregar o Serviço. Sabemos do emaranhado conceitual implicado na especificidade de cada ramo do conhecimento científico e, por isso, acreditamos

* Apresentação para os presentes no Encontro. A cópia do IATM está no capítulo Sistema de Informações.

que estaquestão merece análise mais aprofundada em outra oportunidade.

Falaremos agora dos leitos psiquiátricos, das oficinas terapêuticas, da supervisão institucional e do acolhimento.

Quanto aos *leitos psiquiátricos,* envidamos esforços no sentido de conseguir doze deles em nosso hospital geral, o que corresponderia a 10% do número de leitos disponíveis no hospital.

Sobre as *oficinas terapêuticas,* temos pronto o projeto para a implantação das seguintes: música, dança, teatro, alfabetização e trabalhos manuais. Numa pesquisa que fizemos junto aos usuários o ano passado (1996), as oficinas de corte e costura e culinária foram as que obtiveram o menor número de escolhas, razão pela qual estamos pensando em substituí-las por outras. A implementação das oficinas depende de conseguirmos sede adequada, que possua salas próprias ao desenvolvimento das atividades.

Quanto à *supervisão institucional,* consideramos um ganho relevante para o Serviço conseguir que um psicanalista do Rio de Janeiro, com formação em nível de doutorado e trabalhos em universidades, nos prestasse este tipo de supervisão . A cada quinze dias, num período superior a um ano, a equipe de saúde mental, incluindo os profissionais com nível médio de formação, se reuniu para discutir casos clínicos e as dificuldades inerentes à prestação de serviços em saúde mental, no serviço público.

Quanto ao *acolhimento*** , implantamos o sistema no início de 1997. O objetivo é prestar pronto atendimento a todas as pessoas que procuram o Serviço naquele dia. Grupos de no máximo 20 pessoas de cada vez, são coordenados simultaneamente pelo psiquiatra, enfermeiro e assistente social. Cada paciente tem sua vez de falar e ouve os demais.

Desta forma, conseguimos melhor resolubilidade, pois não é necessário o paciente marcar consulta com antecedência, nem esperar horas na fila. Além disso, a ansiedade dos pacientes

** Vide Capítulo Tratamento dos transtornos mentais no SPS/VG.

diminuiu, pois têm a certeza de serem atendidos naquele mesmo dia. O paciente pode regressar para o grupo de acolhimento toda vez que desejar acompanhamento e troca de medicação, orientação de familiares, ter alguém para ouvir suas queixas, etc. Se houver necessidade, o paciente é encaminhado para psicoterapia com os psicólogos, em grupo ou individualmente, dependendo do caso.

O acesso ao Serviço de Saúde Mental pelo usuário foi muito facilitado com esta medida, já que dispomos de apenas um médico psiquiatra, o que torna inviável a exclusividade das consultas psiquiátricas individuais.

Finalizando, compreendemos que a população alvo de um serviço de saúde mental deve ser aquela que apresente transtornos mentais. O índice de resolubilidade deve ser de tal ordem que o atendimento prestado pela equipe multiprofissional diminua bastante, ou torne desnecessárias as internações psiquiátricas, possibilitando a reinserção do portador de sofrimento mental no seu meio familiar e sócio-cultural.

Gostaria de encerrar esta apresentação retomando a fala do presidente da comissão organizadora deste evento: a preciosidade da vida merece ser mais bem aproveitada. Isto também lembra Sócrates: o fim último da vida humana é a felicidade.

Obrigado.

CAPÍTULO 8

INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS PELO SPS/VG

I - USUÁRIOS E INTERNAÇÕES
Março/1997 a Fevereiro/2000

1.0 - INTRODUÇÃO

No momento histórico em que nos encontramos, questões como a violência urbana, criminalidade, exclusão social, desigualdade na distribuição da renda, desemprego, direito e acesso da população à saúde e educação, estão na ordem do dia.

Emergiu também a questão da loucura e sua terapêutica. A luta antimanicomial preconiza a desativação dos hospitais psiquiátricos e o tratamento humanitário do portador de transtorno mental, sem excluí-lo da sociedade e do convívio familiar. Com isso, tornou-se imperativo que o tratamento ambulatorial prestado pelos Serviços de Saúde Mental, ou mais recentemente, denominados Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial - NAPS/CAPS, evite a exclusão, a discriminação e a cronificação de pacientes com transtornos mentais dentro de instituições asilares.

É desejável que tais serviços ambulatoriais prescrevam o menor número possível de internações psiquiátricas. Elas ocorreriam, a rigor, somente em situações limite, em que o paciente representasse risco de vida para si ou para terceiros. Dois comportamentos são freqüentemente citados como justificativa e critério de internação psiquiátrica: tentativas de suicídio e heteroagressividade. No entanto, como o Relatório da Auditoria

Especial de Saúde Mental (SUS/MG-1992)* mostrou de forma inequívoca, "a maior parte dos pacientes (internados) não apresenta qualquer risco para si e para terceiros e, ao contrário, os que apresentam grave risco formam uma minoria absoluta. Sob esse aspecto, o que foi encontrado não justifica a permanência da maioria dos pacientes hospitalizados."[1]

O principal propósito deste trabalho é verificar a relação entre o número de usuários atendidos em consultas ambulatoriais e o de internações, analisando-se a série histórica 1997 - 1999, do Serviço Psicossocial do município de Varginha, levando-se em conta as questões éticas levantadas acima.

2.0 - OBJETIVOS

1) comparar a relação entre o número de usuários (casos novos e antigos), atendidos em consultas ambulatoriais, por qualquer membro da equipe multiprofissional, com o número de internações psiquiátricas na série histórica 1997 - 1999.

2) fornecer dados para a construção de um banco de dados em saúde mental no município de Varginha.

3) propor novo modelo para o LIP - Livro de Internações Psiquiátricas do SPS/VG.

3.0 - METODOLOGIA

De 1986 a 1991 as internações psiquiátricas dos pacientes tiveram registro somente nos prontuários individuais ou fichas de consultas. Esta dispersão contribui para dificultar a realização de pesquisas epidemiológicas no período citado.

A partir de 1992, as internações dos pacientes do Serviço Psicossocial de Varginha em hospitais psiquiátricos da região, passaram a ser registradas no LIP - Livro de Internações Psiquiátricas.

O LIP registra os seguintes dados:

a) perfil demográfico: nome (de onde deduzimos o sexo) e idade.

* Participamos, na qualidade de revisor especial (auditor), deste processo de auditoria dos hospitais psiquiátricos públicos e conveniados do Estado de Minas Gerais.

b) perfil nosológico: hipótese diagnóstica, motivo da internação, local da internação e data da entrada e saída do paciente do nosocômio (duração da internação).

O LIP não contém, portanto, todos os dados do perfil demográfico e nosológico necessários para estudos epidemiológicos ou de pesquisa, envolvendo internações. Com isso, é preciso a busca de dados complementares nos prontuários individuais.

A série histórica disponível para pesquisa foi a do período 1992 - 1999. Procedemos à leitura preliminar do Livro de Internações. Tentamos quantificar os dados dos perfis demográfico e nosológico. A tentativa foi infrutífera devido aos seguintes fatos que inviabilizaram a quantificação das variáveis:

a) a coleta e o registro dos dados no Livro de Internações foi feita por auxiliares de enfermagem, com nível de escolaridade secundário.

b) elevado número de registros *não consta,* para dados dos dois perfis.

c) elevado número de registros *alteração de comportamento,* sem especificar o tipo de alteração.

d) uso impróprio de termos psiquiátricos diversos que ora figuram como hipótese diagnóstica, ora como motivo de internação.

e) O Livro não registra dados demográficos fundamentais como: nível de escolaridade, ocupação, estado civil ou situação marital e local de moradia.

f) o registro da hipótese diagnóstica não utilizou a nomenclatura da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, da Organização Mundial de Saúde.

Por esses motivos, não foi possível manter o propósito inicial de estabelecer o perfil das internações psiquiátricas no município, trabalhando-se com toda a série histórica 1992 - 1999. Não restou alternativa, a não ser trabalhar com os dados totais: número de usuários atendidos e número de internações no período 1997 - 1999. Este período apresentou o registro de dados mais confiável.

Interessa-nos, sobretudo, comparar o número de internações psiquiátricas com o número de usuários atendidos no ambulatório do Serviço Psicossocial. Neste aspecto, o critério utilizado neste trabalho difere do apresentado no anterior, *Serviço de Saúde Mental do Município de Varginha* (1997), quando foram comparados atendimentos totais e internações psiquiátricas nos anos 1993 e 1996.

A diferença de critério utilizado agora, se deve à implantação do IATM (Instrumento para Acompanhamento dos Transtornos Mentais), a partir de primeiro de março de 1997. O IATM surgiu como proposta da monografia *Sistema de informações sobre transtornos mentais no município de Varginha - 1996*. Com o registro mais completo dos dados da clientela, tornou-se possível estabelecer a quantidade de usuários, casos novos e antigos, que busca o Serviço Psicossocial, em determinado período de tempo. Tendo esse número disponível, o que não ocorria antes, acreditamos ser mais válido como critério, usá-lo para comparar com o total de internações no mesmo período.

Como o IATM foi implantado no SPS/VG em março de 1997, a série histórica vai de primeiro de março de cada ano a 28 ou 29 de fevereiro do ano seguinte. O mesmo critério foi utilizado para totalizar os dados das internações.

4.0 - INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

A Tabela 1 compara o total de usuários (casos novos e antigos) em tratamento pelo SPS/VG, nos períodos especificados.

TABELA 1

Total de usuários e total de internações psiquiátricas pelo SPS/VG de primeiro de março de 1999 a 29 de fevereiro de 2000.

PERÍODO	USUÁRIOS	INTERNAÇÕES	Pip (%)
Mar/97 a Fev/98	1441	50	3,46
Mar/98 a Fev/99	1591*	46	2,89
Mar/99 a Fev/00	3096**	62	2,00

Fonte: LIP - Livro de Internações Psiquiátricas; Diário de Atendimento (IATM) do SPS/VG.

* Total aproximado. O número real foi maior que este, embora não tenhamos condições de estimar o quanto. Alguns psicólogos não forneceram dados para o registro. Nem todos os atendimentos realizados pelo Serviço Social e Enfermagem foram registrados.

** O número de usuários atendidos pelo SPS/VG aumentou significativamente a partir do primeiro semestre de 1999, quando três psicólogos que atendiam em policlínicas de bairros e um que atendia no Conselho Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente passaram a atender no SPS/VG. No mesmo período, um médico neuropsiquiatra e um terapeuta ocupacional também passaram a integrar a equipe multidisciplinar.

Observa-se, na série histórica estudada, dois dados fundamentais: o total de internações psiquiátricas apresenta tendência de queda ano a ano, ao mesmo tempo em que, o número de usuários atendidos no ambulatório, apresenta tendência crescente.

Essa conclusão vem ratificar a do trabalho *Serviço de Saúde Mental de Varginha - 1997*, que apontou tendência de queda nas internações, usando os anos 1993 e 1996 para estudo, embora o critério de comparação tenha sido outro (atendimentos totais e total de internações).

4.1 - Proporções de Internação Psiquiátrica - PIP

A proporção é uma relação entre coisas, uma comparação. O que se pretende com as proporções descritas a seguir é exatamente possibilitar estudos comparativos entre as diversas

unidades de atendimento em saúde mental, utilizando dados das internações psiquiátricas. A proporção não mede o risco de adoecer ou morrer; indica o grupo mais atingido (idade, sexo, etc). O grupo mais atingido é aquele onde ocorre o maior número de casos.

As internações psiquiátricas podem ser estudadas do ponto de vista quantitativo. Com esse objetivo, propõe-se (Sales, 2000) a adoção de três proporções - PIP:

PIP { 1) proporção de internação psiquiátrica - *Pip*,
2) proporção de pacientes com internação psiquiátrica - *Ppi*,
3) proporção de reinternação psiquiátrica - *Prp*.

Os percentuais dos resultados obtidos possibilitam a comparação epidemiológica das internações psiquiátricas realizadas por diferentes Serviços de Saúde Mental.

4.1.1 - Proporção de Internação Psiquiátrica - *Pip*

É o cálculo do total de internações e reinternações psiquiátricas realizadas em um determinado intervalo de tempo, levando-se em consideração o total de usuários (casos novos e antigos), atendidos ou tratados em uma unidade de Serviço Psicossocial.

Para este cálculo, propõe-se a seguinte equação:

$$Pip = \frac{ti}{tu} \times 100, \quad \text{onde}$$

Pip = proporção de internação psiquiátrica.

ti = total de internações psiquiátricas, incluindo reinternações, realizadas em determinado intervalo de tempo.

tu = total de usuários (casos novos e antigos) atendidos no mesmo intervalo de tempo. Este denominador *não* inclui a quantidade de vezes que cada usuário foi atendido.

Exemplo:

De primeiro de março de 1999 a 29 de fevereiro de 2000, o SPS/VG atendeu a 3096 usuários, dos quais 54 foram hospitalizados pela primeira vez e 6 foram reinternados, perfazendo um total de 62 internações*. Temos, portanto:

$$Pip = \frac{62}{3096} \times 100 = 2{,}00\%$$

Isto quer dizer que, para cada grupo de 100 usuários atendidos no ambulatório, foram efetivadas duas internações hospitalares psiquiátricas.

4.1.2 - Proporção de Pacientes com Internação Psiquiátrica - *Ppi*

É o cálculo do total de pacientes com hospitalização psiquiátrica pela primeira vez, em um determinado intervalo de tempo, levando-se em consideração o total de usuários (casos novos e antigos), atendidos ou tratados em uma unidade de Serviço Psicossocial.

Para este cálculo, propõe-se a seguinte equação:

$$Ppi = \frac{tpi}{tu} \times 100, \quad \text{onde}$$

Ppi = proporção de pacientes com internação psiquiátrica.

tpi = total de pacientes com primeira internação psiquiátrica, realizada em determinado intervalo de tempo.

tu = total de usuários (casos novos e antigos) atendidos no mesmo intervalo de tempo.

Exemplo:

De primeiro de março de 1999 a 29 de fevereiro de 2000, o SPS/VG atendeu a 3096 usuários, dos quais 54 tiveram internação psiquiátrica pela primeira vez. Temos, portanto:

$$Ppi = \frac{54}{3096} \times 100 = 1{,}74\%$$

* Um paciente foi internado quatro vezes, devido ao alcoolismo e psicose.

Isto quer dizer que, para cada grupo de 100 usuários atendidos no ambulatório, 1,74% teve sua primeira internação psiquiátrica, no período estudado.

4.1.3 - Proporção de Reinternação Psiquiátrica - *Prp*

Para o cálculo da proporção de reinternação psiquiátrica propõe-se a seguinte equação:

$$Prp = x : ti \times 100, \text{ onde}$$

Prp =proporção de reinternação psiquiátrica.

x = total de internações psiquiátricas realizadas menos o total de pacientes internados em determinado intervalo de tempo (ti - tpi).

ti = total de internações psiquiátricas, incluindo reinternações, realizadas em determinado intervalo de tempo.

Exemplo:

O Serviço Psicossocial de Varginha realizou 62 internações psiquiátricas para 54 pacientes, de primeiro de março de 1999 a 29 de fevereiro de 2000 (62 - 54 = 8). Temos, portanto:

$$Prp = 8 : 62 \times 100 = 12{,}90\%$$

Isto quer dizer que, do total geral de internações psiquiátricas realizadas pelo SPS/VG no período especificado, 12,90% corresponde a reinternações.

4.1.4 - Síntese das Proporções de Internação Psiquiátrica - PIP

O estudo quantitativo das proporções de internação psiquiátrica do SPS/VG revelou o seguinte resultado:

Pip = 2,00%
Ppi = 1,74%
Prp = 12,90%

Estas proporções podem ser utilizadas para verificação do nível de qualidade e da resolubilidade dos tratamentos prestados por unidades de Serviço Psicossocial. É imprescindível que

cada Serviço tenha um sistema de informação satisfatório e disponha de um Instrumento de Acompanhamento de Transtornos Mentais (IATM).

Considerando inevitável a ocorrência de algumas internações psiquiátricas, dificilmente alguma unidade de Serviço Psicossocial apresentará proporções iguais a zero. Parece razoável supor que um Serviço que ofereça qualidade satisfatória de tratamentos, apresente *Pip* e *Ppi* próximas a 1,00% e que a *Prp* fique em torno de 5%. No entanto, somente estudos epidemiológicos a serem realizados, poderão confirmar ou refutar esta hipótese.

Apesar de a cada ano a população geral estar aumentando e com isso aumentando o número de pessoas potencialmente necessitadas de cuidados em saúde mental, o importante é a redução das proporções de internações psiquiátricas, pois, deseja-se a desospitalização e o incremento do tratamento ambulatorial.

4.6 - LIP - LIVRO DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Modelo proposto

As falhas do LIP - Livro de Internações Psiquiátricas, adotado pelo SPS/VG desde 1992, apontam para a necessidade de se propor novo modelo. O modelo proposto estabelece um perfil demográfico e nosológico mais completo.

Perfil demográfico: nome, sexo, data de nascimento, estado civil ou situação marital, escolaridade, local de moradia e ocupação.

Perfil nosológico: número do prontuário, hipótese diagnóstica, motivo da internação, local da internação, data de entrada e da saída do nosocômio (duração da internação).

Na hipótese diagnóstica deve ser usada a nomenclatura da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão - 1992), da Organização Mundial de Saúde.

Apresentamos, na página 151, cópia do modelo proposto, implantado no Serviço Psicossocial de Varginha em primeiro de março de 2000.

6.0 - CONCLUSÃO

É desejável que as internações psiquiátricas se reduzam ao menor número possível. No entanto, é plausível supor que casos especiais que requeiram internações - aqueles em que o paciente representa risco de vida para si ou para terceiros - sempre existirão. Neste caso, é de se esperar que o período de internação seja o mais curto possível e que o trato da equipe médica e paramédica com o paciente continue a sofrer mudanças. O sentido é de crescente humanização e de uma postura crítica em relação a teorias, técnicas e medicação.

Reconhecendo a inevitabilidade de algumas internações psiquiátricas, cuja tendência daqui para frente parece ser a do hospital geral, propusemos novo modelo do LIP - Livro de Internações Psiquiátricas. Entretanto, de nada adianta a modificação do modelo, se ele for preenchido por pessoal não habilitado. Por isso, é imprescindível que o Livro seja preenchido pelos profissionais da equipe multidisciplinar.

Analisando os dados da série histórica estudada, percebe-se que o número de internações psiquiátricas vem caindo, comparado ao número de usuários em atendimento ambulatorial.

Este fato está de acordo com os princípios da luta antimanicomial e com as políticas atuais de saúde mental, nos quais o Serviço Psicossocial de Varginha se referencia e procura atuar.

Nome	Nº pront.	Sexo	Data Nasc.	Estado civil	Escol.	Local de moradia	Ocupação	CID-10	Motivo internação	Local	Entrada	Saída

II - PERFIL DO PACIENTE INTERNADO
Março/1999 a Fevereiro/2000

1.0 - INTRODUÇÃO

A partir de março de 1999, o LIP - Livro de Internações Psiquiátricas passou a ser preenchido por membros da equipe multidisciplinar, embora utilizando o mesmo modelo de registro. Por isso, alguns dados do perfil demográfico (estado civil, nível de escolaridade e ocupação) tiveram que ser extraídos dos prontuários individuais. O conjunto dos dados e a confiabilidade do seu registro possibilitou a análise mais detalhada de um período de internações: primeiro de março de 1999 a 29 de fevereiro de 2000.

2.0 - OBJETIVOS

a) traçar um perfil do paciente com internação psiquiátrica pelo SPS/VG no período março/1999 a fevereiro/2000.

b) comparar o perfil encontrado com o perfil do paciente internado no Estado de Minas Gerais, segundo o Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental - SUS/MG (1992).

3.0 - METODOLOGIA

a) consultas ao LIP - Livro de Internações Psiquiátricas e aos prontuários individuais do SPS/VG, para coleta dos dados dos perfis demográfico e nosológico dos pacientes internados, no período citado.

b) quantificação estatística dos dados para análise epidemiológica.

4.0 - RELATÓRIO DA AUDITORIA ESPECIAL DE SAÚDE MENTAL - SUS/MG (1992)

O Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental - SUS/MG (1992) surge como "Resultado de um amplo trabalho de campo, onde técnicos ligados a múltiplas instituições foram convocados a diagnosticar clínica, ética e politicamente toda a rede de assistência em Saúde Mental Pública e Conveniada do Estado de Minas Gerais."[1] Foram vistoriados 36 hospitais que atendiam pacientes psiquiátricos, em todo o Estado de Minas Gerais, sendo 30 contratados, cinco públicos estaduais e um público federal. Os hospitais que não prestavam serviços para o setor público não foram incluídos.

O trabalho da auditoria promoveu estudo diagnóstico da rede hospitalar psiquiátrica mineira, estabeleceu diagnóstico clínico dos pacientes internados há mais de 45 dias, e diagnosticou a rede física, abrangendo infra-estrutura hospitalar e recursos humanos. Os dados oriundos deste trabalho de campo foram compilados e analisados criticamente, para que se pudesse estabelecer um conjunto de "diretrizes capazes de promover uma radical reorientação da assistência em Saúde Mental mantida pelo Estado de Minas Gerais."[1]

O documento da Auditoria "tem por finalidade, a apresentação de propostas para a reformulação do modelo de atenção à saúde mental no Estado de Minas Gerais. Em especial, pretende traçar diretrizes para a atuação das instituições de saúde no Estado, no contexto de um Sistema Único de Saúde, regionalizado, racionalizado, hierarquizado e otimizado sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais."[1]

O Relatório apresenta "algumas medidas a serem tomadas (...) dando início à desconstrução do modelo manicomial e à construção do novo modelo assistencial para a Saúde Mental em Minas Gerais."[1]

Uma das principais conclusões a que a Auditoria chegou foi que "As internações em regime de longa permanência, além de não se justificarem por qualquer indicação de ordem clínica, contribuem, em grande medida, para o agravamento dos distúrbios psicopatológicos apresentados pelos pacientes."[1]

5.0 - ESTUDO COMPARATIVO DA CLIENTELA HOSPITALIZADA

As tabelas a seguir sintetizam os dados sexo, idade e diagnóstico, encontrados nos pacientes internados pelo Estado de Minas Gerais, segundo o Relatório da Auditoria (1992) e nos pacientes internados pelo SPS/VG no período 01.03.1999 a 29.02.2000.

TABELA 1

Sexo na Auditoria (1992) e no SPS/VG (1999-2000).

SEXO	AUDITORIA	SPS/VG
Masculino	56,77%	77,41%
Feminino	42,87%	22,58%
Não codificado	0,36%	0
N	4227	62

Fonte: SUS-MG e SPS/VG.

TABELA 2

Idade na Auditoria (1992) e no SPS/VG (1999-2000)

IDADE	AUDITORIA	SPS/VG
Média*	42 anos	37 anos
Menos de 18 anos	0,78%	0
18 a 35 anos	32,41%	39,34%
36 a 50 anos	38,36%	45,90%
51 a 65 anos	21,94%	8,19%
Mais de 65 anos	6,51%	6,55%
N	4227	62

Fonte: SUS-MG e SPS/VG .

* Média aritmética. Fórmula matemática: $\overline{X} = \frac{\sum X}{N}$, onde

$\overline{X}$ = média aritmética; $\sum X$ = somatório dos valores e N = número de casos[2]. De acordo com critérios estatísticos, não entraram no cálculo da média cinco pacientes maiores de 60 anos. O Relatório da Auditoria não revela como foi realizado o cálculo da média encontrada.

TABELA 3

Diagnósticos na Auditoria (1992) e no SPS/VG (1999-2000)

DIAGNÓSTICOS	AUDITORIA	SPS/VG*
Neurose	4,73%	3,22%
Psicose	48,99%	40,32%
Oligofrenia	25,59%	1,61%
Epilepsia	11,12%	0
Alcoolismo	8,33%	54,83%
Sociopatia	0,75%	0
N	4227	62

Fonte: SUS-MG e SPS/VG.

* Os pacientes foram agrupados por categoria de *diagnóstico principal*. Exemplos: O SPS/VG realizou internações de epilépticos cujo diagnóstico principal foi psicose ou alcoolismo; a psicose alcóolica entrou na categoria alcoolismo, etc.

Percebe-se, pelos dados da Tabela 3, que 54,83% das internações psiquiátricas pelo SPS/VG tiveram como diagnóstico o alcoolismo. O baixo índice encontrado pelo Relatório da Auditoria, de apenas 8,33%, se deve, provavelmente, ao critério adotado para a escolha dos pacientes, aqueles com mais de 45 dias de internação. Dificilmente o alcoolista é internado por tempo tão longo.

5.1 - Conceito de alcoolista

O termo *alcoolista* é utilizado neste trabalho para se referir aos dependentes do álcool. A CID-10 (1992) conceitua síndrome de dependência do álcool ou de qualquer outra substância psicoativa como um "conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao forte desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo,

à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância à droga e, por vezes, a um estado de abstinência física."[3]

O alcoolismo é um gravíssimo problema de saúde pública . Segundo o Ministério da Saúde (1994), estudos epidemiológicos apontam para a correlação entre o consumo *per capita* de álcool numa sociedade e problemas como "óbitos por cirrose, homicídio, suicídios, bem como faltas ao trabalho, acidentes de trânsito, etc. Esses problemas aumentam ou diminuem na medida em que se eleva ou reduz o consumo *per capita* de álcool."[4]

O Ministério da Saúde (1991) diz que a atenção dispensada ao problema da dependência de substância psicoativa, seja álcool ou qualquer outra, "deverá levar em conta as profundas distorções sociais na realidade nacional" e que, para se instalar "um quadro de dependência de drogas, faz-se necessária, sempre, a confluência desfavorável de três dimensões correlatas: a personalidade do usuário, o momento sociocultural e econômico, o tipo de produto. Para se entender o fenômeno do consumo de drogas e os caminhos pelos quais o usuário envereda até que se instaure este quadro, cabe considerar esta equação no seu conjunto."[5]

5.2 - Prevalência do alcoolismo no Brasil

O Ministério da Saúde (1994) após realização de estudo epidemiológico com a população adulta de "áreas urbanas brasileiras, no período de 1990 a 1991, demonstrou uma prevalência de 8% a 10% para o abuso e dependência do álcool (CENEPI/MS - 1992). A Síndrome de Dependência do Álcool e a Psicose Alcóolica foram responsáveis por 35,8% do total de pacientes internados por transtornos mentais (DATAPREV/INAMPS - 1992)."

A prevalência do alcoolismo no município de Varginha, de acordo com o índice do Ministério da Saúde (1994), considerando população de 108.314 habitantes (estimativa IBGE - 1999) estaria entre 8665 casos (8%) e 10831 casos (10%).

5.3 - Perfil do paciente internado

5.3.1 - No Relatório da Auditoria

O Relatório da Auditoria (1992) traçou o seguinte perfil do paciente internado nos hospitais psiquiátricos (conveniados e públicos) do Estado de Minas Gerais:

Homem, entre 36 a 50 anos, psicótico e internado há seis anos. O risco para si e para terceiros é inexistente. Apresenta prejuízo moderado nas relações interpessoais e capacidade laborativa. Prejuízo leve na capacidade de cuidados pessoais. A perda de crítica é moderada em relação à doença, com desorganização do seu universo comunitário* . Não apresenta resistência ao uso da medicação e tem condição de alta programada. Deve ser inserido em programa especial após a alta hospitalar, com a recomendação de uso de medicação oral.[1]

5.3.2 - No Serviço Psicossocial de Varginha

O perfil do paciente internado pelo Serviço Psicossocial de Varginha é o seguinte:

Homem, entre 36 a 50 anos, alcoolista, solteiro, nível de escolaridade de 1ª a 4ª série do 1° grau, desempregado e internado na Casa de Saúde Paulo Menicucci, no município de Lavras, MG.

5.3.2.1 - Reinternações

No SPS/VG foram realizadas 62 internações psiquiátricas para 54 pacientes, no período março/1999 a fevereiro/2000. Seis pacientes foram internados mais de uma vez, sendo que um deles teve quatro internações devidas ao alcoolismo e os outros cinco, duas internações cada um, devidas ao alcoolismo e psicose. Apenas um caso do sexo feminino.

5.3.2.1.1 - Perfil do paciente reinternado

Homem, idade entre 24 a 42 anos, alcoolista, nível de escolaridade de 1° grau, solteiro e internado na Casa de Saúde Paulo Menicucci, em Lavras - MG, ou na Clínica Neuropsiquiátrica de Alfenas - MG.

[1] O Relatório da Auditoria conceitua *universo comunitário* como vínculo do paciente com a família, amigos e trabalho.

5.3.2.2 - Óbitos

Dois pacientes internados pelo SPS/VG no período março de 1999 a fevereiro de 2000, foram a óbito.

Caso 1: Feminino, 67 anos, solteira, aposentada, nível de escolaridade superior e com diagnóstico de doença de Gilles de la Tourette*. A paciente faleceu durante o período de internação no Hospital Psiquiátrico Gedor da Silveira, no município de São Sebastião do Paraíso, MG.

Caso 2: Masculino, 62 anos, separado, desempregado, nível de escolaridade de 1° grau e diagnóstico de alcoolismo crônico. O paciente foi encontrado morto, em via pública do município de Varginha.

Observações:

a) os dois pacientes foram internados uma vez cada um, no período estudado.

b) os prontuários do Arquivo de Óbitos do SPS/VG não dispõem de cópia da Declaração de Óbito, para maiores informações.

c) dos 54 pacientes internados pelo SPS/VG no período estudado, dois foram a óbito, o que corresponde a 3,70%.

5.4 - A internação psiquiátrica do alcoolista

O Relatório da Auditoria (1992) estabelece como normas a serem *imediatamente* incorporadas ao SUS-MG:

"- Proibição da internação de alcoolistas nos hospitais psiquiátricos, quando não houver estruturas clínicas que garantam o atendimento (plantão clínico, laboratório equipamento para emergência).

- Estabelecer a obrigatoriedade junto aos hospitais gerais, do atendimento dos casos agudos de alcoolismo, complementando a medida anterior."[1]

O Ministério da Saúde (1994) diz que "sempre que possível, o atendimento (do alcoolista) será ambulatorial e próximo da residência do paciente. Em situações de agravamento de sintomas orgânicos, psiquiátricos, uso abusivo de bebidas alcoólicas ou situações que envolvam riscos, o paciente deverá ser encaminhado para unidades especializadas.

A hospitalização do paciente deverá ocorrer, preferencialmente, em Unidade de Desintoxicação (UD) de hospital geral, integrada ou não a uma unidade especializada em alcoolismo."[4]

5.5 - O Alcoolista no Serviço Psicossocial de Varginha

No Capítulo *Serviço de Saúde Mental do município de Varginha (1997)* dissemos que o SPS/VG tentava conseguir 10% de leitos para internações psiquiátricas, em hospital geral. Até o momento (março de 2000), não foi possível a realização deste propósito.

Existe resistência do hospital geral em conceder a cota de leitos, devido à ausência de estrutura física adequada a abrigar pacientes psiquiátricos que requer arquitetura baseada em parâmetros do Ministério da Saúde. Também falta pessoal qualificado para lidar com pacientes psiquiátricos.

De modo geral, os pacientes psicóticos, neuróticos, oligofrênicos e epilépticos do SPS/VG aceitam bem os tratamentos psiquiátrico e psicológico e a medicação. Os alcoolistas, não. Eles recusam o tratamento ambulatorial e a família pressiona o paciente e o Serviço para a ocorrência da internação, na expectativa de que o paciente, mantendo abstinência alcoólica por algum tempo, venha a se conscientizar da sua doença e passe a aceitar o tratamento ambulatorial. Embora a experiência tenha mostrado aos profissionais da equipe multidisciplinar que esta situação, ainda que possível, constitua uma raridade (a demanda por tratamento tem que, necessariamente, partir do próprio paciente), o SPS/VG acaba optando pela internação por falta de alternativas satisfatórias.

6.0 - CONCLUSÃO

O estudo epidemiológico das internações psiquiátricas pelo Serviço Psicossocial de Varginha revelou que mais da metade dos pacientes (54,83%) são internados devido ao alcoolismo.

* "Doença de Gilles de la Tourette - F95.2 (tiques vocais e motores múltiplos combinados). (...) Os tiques vocais são freqüentemente múltiplos, com vocalizações, limpeza da garganta e grunhidos repetidos e explosivos, e por vezes emissão de palavras ou frases obscenas."[3]

O Ministério da Saúde (1994) e o Relatório da Auditoria (1992) não recomendam a internação deste tipo de paciente em hospitais psiquiátricos. É imprescindível, pois que o SPS/VG continue reivindicando junto aos órgãos públicos competentes a cota de 10% de leitos em hospital geral, para as internações de pacientes psiquiátricos diversos. Os hospitais gerais do município não recebem AIHs-Psiquiátricas (Autorização de Internação Hospitalar Psiquiátrica), por não terem se credenciado junto ao Sistema Único de Saúde. O Serviço Psicossocial reivindica, também, a criação de uma Unidade de Desintoxicação (UD) no hospital geral, para os alcoolistas e dependentes de outras substâncias psicoativas.

A proposta mais votada na 3ª Conferência Municipal de Saúde de Varginha (1999) foi uma proposta de saúde mental: a criação de uma clínica para o tratamento de alcoolistas e dependentes de outras substâncias psicoativas. A Conferência também aprovou a criação de hospital-dia e leitos psiquiátricos em hospital geral[6]. No momento (março/2000), o SPS/VG e a ABRAÇO* - Associação Brasileira Comunitária para Prevenção do Abuso de Drogas, estão tentando desenvolver uma parceria no sentido de oferecer ao alcoolista e sua família um leque maior de oportunidades terapêuticas.

BIBLIOGRAFIA

1. MINAS GERAIS. Sistema Único de Saúde. Relatório da Auditoria Especial de Saúde Mental. Comissão Especial de Saúde Mental. (1992). Belo Horizonte. Mimeo.

2. Spiegel, Murray Ralph. (1977). Estatística. Coleção Schaum, p. 80. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

3. CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª revisão. Volume I. (1999). Organização Pan-americana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Capítulo V: Transtornos mentais e comportamentais, p. 313 e 314. São Paulo: EDUSP.

* Vide Capítulo Outros tratamentos.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo. 2. ed. (1994). Brasília, DF.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas, p. 8 e 9. (1991). Brasília: SNAS, DPS, CORSAM.

6. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Varginha. Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Final, 10 p. (dezembro de 1999). Varginha: Correio do Sul - Gráfica - Editora.

* Maletta, Carlos Henrique Mudado. (1999). Epidemiologia e saúde pública. Vol. I, 2. ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

CAPÍTULO 9

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS NO SPS/VG

I - CONSIDERAÇÕES GERAIS

1.0 - ATENDER E TRATAR

Atender e tratar não são sinônimos. *Atender* é "dar ou prestar atenção; levar em conta; ter em vista; atentar, observar, notar; acolher com atenção ou cortesia; tomar em consideração; considerar, acolher; escutar atentamente".

Tratar, entre outros significados, é "fazer por curar; cuidar de; medicar; acolher, receber; aplicar medicamento; modificar, transformar, por meio de um agente; tratar com medicamentos e/ou por outros meios; cuidar da própria saúde; cuidar da higiene corporal; cuidar-se; dedicar-se a; cultivar; sustentar, alimentar, nutrir; receber; conversar; conviver"[1,2,3].

Como vemos, tratar é também atender, mas atender não é, necessariamente, tratar. A atitude de quem atende é passiva. A de quem trata é ativa, de intervenção direta sobre quem é tratado.

De acordo com estes conceitos, excetuando-se as primeiras entrevistas e anamneses* , todos os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional do SPS/VG, são formas de tra-

* Mesmo nestas situações, dependendo do caso e do tipo de transferência estabelecida, algumas orientações e intervenções psicológicas podem ser feitas. Entrevistas e anamneses, para serem consideradas apenas como atendimento, teriam que se limitar exclusivamente à coleta de dados.

tamento. Mesmo o grupo psiquiátrico, pois nele os pacientes são ouvidos em suas queixas, podem ser medicados e receber orientações. O psicodiagnóstico, devido às entrevistas de devolução de informação, também pode ser compreendido como tipo de tratamento, próximo da orientação psicológica (aconselhamento).

No SPS/VG o atendimento, então, se limita ao contato do paciente com a recepção e farmácia, onde é atendido por auxiliares de enfermagem. Neste atendimento, são fornecidos medicamentos prescritos pelo psiquiatra e neuropsiquiatra; prestadas informações sobre horário de funcionamento da Policlínica e horários em que os profissionais da equipe multiprofissional atendem, encaminhamentos para outras especialidades e serviços, exames médicos solicitados, etc.

Em suma, tudo aquilo que pode ser categorizado como atendimento, se restringe a um contato de natureza mais social com o paciente, executado por profissionais do Serviço com nível médio de escolaridade e com o objetivo de colher ou prestar informações.

2.0 - PORTARIA nº 189, de 19.11.1991

Secretaria Nacional de Assistência à Saúde

Antes de iniciarmos a exposição sobre os tipos de tratamentos oferecidos pelo SPS/VG, é necessário citarmos alguns trechos da Portaria nº 189, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, datada de 19.11.1991 e publicada no Diário Oficial da União em 11.12.1991[4].

A Portaria considera "a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais" e "a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando a integralidade da atenção a esse grupo".

Entre outras resoluções, ela estabelece conceitos e normas para o atendimento de pacientes em *grupo* e em *oficinas terapêuticas*. A Portaria ainda conceitua *visita domiciliar* e estabelece critérios para o *psicodiagnóstico*. A partir da data citada, esses atendimentos foram considerados como novos procedimentos em saúde mental, além dos já existentes, como as consultas psiquiátricas e as prestadas pelos psicólogos.

É importante ressaltar que, quatro anos antes da publicação da Portaria, o Serviço de Saúde Mental de Varginha já oferecia tratamento psicoterapêutico grupal e psicodiagnóstico para a clientela atendida.

2.1 - NAPS/CAPS

A Portaria nº 189, define também os componentes mínimos para a criação dos NAPS ou CAPS (Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial):

"Atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional (...) incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) (...) realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA* para a execução deste tipo de procedimento".

O atendimento nos NAPS/CAPS pode se dar em um ou dois turnos. No regime de um turno, as atividades tem duração de quatro horas e são servidas duas refeições. No regime de dois turnos, as atividades tem duração de oito horas e são servidas três refeições.

O SPS/VG ainda não pode ser denominado NAPS ou CAPS, pois falta criar atividades de lazer e aprimorar os atendimentos em orientação familiar e oficinas terapêuticas. Além disso, o SPS/VG não oferece refeições para os usuários.

No entanto, oficialmente, o Serviço Psicossocial de Varginha foi denominado NAPS a partir de dezembro de 1998. Em 1999, pela primeira vez, o Serviço passou a figurar na lista telefônica[5] como Policlínica Psico Social, um serviço independente. A lista telefônica do ano 2000 traz a mesma figuração.

3.0 - SAÚDE MENTAL...MENTAL?

3.1 - Transtornos Mentais

Transtorno mental é uma expressão psiquiátrica, composta por dois vocábulos de uso corrente na Língua Portuguesa: transtorno e mental.

* Vide Glossário.

Transtorno é "ato ou efeito de transtornar-se; contrariedade; decepção; desarranjo; desordem; perturbação mental; contratempo; alienação.

O significado de *mental* é: "que diz respeito ou que se passa na mente; espiritual; pensamento. *Mente* é intelecto; pensamento; entendimento; alma; espírito; concepção; imaginação; intenção; intuito; desígnio e tenção"[1,2,3].

O DSM-IV™ (1995) diz que "a expressão transtorno mental infelizmente implica uma distinção entre transtornos "mentais" e transtornos "físicos", que é um anacronismo reducionista do dualismo corpo/mente". Esta expressão criou um problema persistente, pois ainda não se encontrou uma outra que pudesse substituí-la satisfatoriamente.

3.2 - Os Serviços

A dificuldade em conceituar as afecções ditas "mentais" e de encontrar uma denominação adequada para o conjunto delas, os referidos transtornos, se reflete na dificuldade de encontrar um nome adequado para os serviços que atendem e tratam os portadores destes transtornos.

Assim sendo, quanto ao termo NAPS, discordamos da palavra *atenção*, pois nos parece demeritória e não revela a complexidade do conjunto de ações envolvidas no atendimento e trato dos transtornos mentais. Atenção aos transtornos mentais pode ser dada por leigos, bastando para isso certa dose de solidariedade para com quem padece com sofrimentos psíquicos. O Serviço não é um local somente de atenção aos transtornos mentais, mas um espaço onde se reúne uma equipe multiprofissional, técnica e cientificamente capacitada para o tratamento dos portadores destes transtornos.

A denominação ainda em uso, Serviço de Saúde Mental, também se presta a controvérsias. O termo mental, contraposto ao corpo e às emoções, se prende à lógica cartesiana de divisão da qual a contemporaneidade tenta se livrar. O mental sugere uma ênfase no aspecto intelectivo do sujeito quando, na verdade, estamos lidando com fenômenos que vão muito além dele e se situam no âmbito do inconsciente, da afetividade e das emoções.

Entretanto, a denominação Serviço de Saúde Mental apresenta a vantagem de ser mais facilmente compreendida pelo usuário e pela população.

A influência ou a determinação de aspectos da personalidade pelo meio cultural onde o sujeito vive também não pode ser desprezada. Portanto, a escolha de um nome que represente adequadamente o tipo de serviço que realizamos, permanece em aberto. No momento, o nome que nos parece mais apropriado, é Serviço Psicossocial (*psicossocial* é o "que concerne simultaneamente à psicologia individual e à vida social"[3]) denominação utilizada neste trabalho.

4.0 - GRUPOS

A Portaria nº 189/91 estabelece como componentes para o funcionamento de qualquer "grupo executado por profissional de nível superior" em Serviços de Saúde Mental da rede pública de saúde: "atividade de grupo de pacientes (grupo de orientação, grupo operativo, psicoterapia grupal e/ou familiar), composto por no mínimo 05, e, no máximo, 15 pacientes, com duração média de 60 minutos" e "desenvolvida nas unidades ambulatoriais cadastradas no SIA, e que tenha estes profissionais devidamente cadastrados"[4].

Os grupos em atendimento e tratamento pelo Serviço Psicossocial de Varginha em 1999 foram de três tipos:

Grupos { psiquiátricos / terapêuticos / adolescentes

A Tabela 1 sintetiza os tipos de grupos quanto a local de atendimento e objetivos.

TABELA 1

Tipos de grupos do SPS/VG, local de atendimento e objetivos (1999).

TIPOS DE GRUPOS	LOCAL DE ATENDIMENTO	OBJETIVOS
Psiquiátrico	Ambulatório	Cura
Terapêutico	Ambulatório	Cura
Adolescente	Escola*	Profilaxia

Fonte: SPS/VG.

* Alguns grupos de adolescentes foram atendidos no ambulatório do SPS/VG, neste caso, grupos terapêuticos.

À exceção do grupo terapêutico propriamente dito, categorizar rigorosamente quais deles constituiriam psicoterapia de grupo, não é a tarefa fácil que aparenta a princípio. Dutra Júnior (1974) diz que "o conceito de psicoterapia de grupo ainda não se mostra muito preciso" e que há os defensores de que "o grupo - seja de que tipo for e não importa quais objetivos tenha - sempre encerra, em seu bojo, uma finalidade terapêutica".

Que tipo de grupo seria o de adolescentes, cujo objetivo não é a cura, no qual questões íntimas e que despertam angústia são trabalhadas a partir de um estímulo inicial, como filmes e teatro? Seria um grupo intermediário, nem totalmente terapêutico, nem operativo?

Obviamente, não podemos nos alongar nestas questões. Basta-nos deixar claro que "a técnica a ser obtida no manejo de grupos depende do que se propõe fazer com eles, em função de objetivos claros e definidos. É, pois, uma questão de conceituação do grupo, diante da tarefa que ele se propõe"[7].

São estes conceitos e objetivos que procuramos elucidar nesta caracterização geral dos grupos. Ainda neste capítulo, descreveremos com detalhes o funcionamento de cada um.

II - OS TRATAMENTOS

1.0 - INTRODUÇÃO

Para o estudo dos tratamentos dos transtornos mentais no SPS/VG, investigou-se dados de 1827 pacientes registrados no Livro de Triagem, de primeiro de janeiro a 31 de dezembro de 1999.

A equipe multiprofissional se reúne uma vez por semana, em dia pré-determinado, para discutir todos os casos novos que chegaram ao Serviço e passaram pela entrevista inicial (Anamnese Psicológica e Neuropsiquiátrica). Esses casos são registrados no Livro de Triagem (IATM)*

*Vide Glossário e Capítulo Sistema de Informações.

Após a leitura da anamnese, cada caso é discutido até a equipe chegar a um consenso sobre o diagnóstico e a forma mais adequada de tratamento.

Alguns casos são de diagnóstico difícil e requerem coleta de mais dados sobre o paciente. Esta coleta é feita através de psicodiagnóstico ou nova entrevista.

As tabelas 1, 2, 3, 4, 5 e 6 mostram respectivamente: o número total de usuários em primeira consulta; os principais tipos de tratamentos indicados; os tratamentos mistos; os outros tipos de encaminhamentos realizados e o tipo de pacientes não absorvidos, se encaminhados ou espontâneos.

TABELA 1

Total de usuários em primeira consulta do SPS/VG, por sexo, em números absolutos e percentuais, em 1999.

SEXO	N	%
Masculino	806	44
Feminino	1021	56
Total	1827	100

Fonte: SPS/VG (Livro de Triagem - IATM).

No *Estudo da demanda ambulatorial...*[*], apontamos que "a Policlínica, neste aspecto de saúde mental, é um lugar da mulher." Dez anos depois, a afirmativa continua verdadeira, ainda que a diferença numérica da demanda entre os sexos tenha diminuído, caiu de 18% para 12%, mas continua bastante significativa e seria interessante que estudos posteriores viessem elucidar a razão desse diferencial.

[*]Vide Capítulo *Estudo da demanda ambulatorial do Serviço de Saúde Mental de Varginha - 1989.*

TABELA 2

Principais tipos tratamentos indicados, por sexo, no SPS/VG, em números absolutos, em 1999.

TRATAMENTOS	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
1. Psicoterapia individual	167	330	497
2. Neuropsiquiatria*	250	221	471
3. Psiquiatria	203	169	372
4. Psicodiagnóstico	33	14	47
N = 1827	653	734	1387

Fonte: SPS/VG (Livro de Triagem - IATM).

* A partir de abril de 1999.

Os dados da tabela acima indicam que 497 pacientes, de ambos os sexos, foram encaminhados para psicoterapia individual com psicólogos, o que significa 27% de toda a demanda atendida.

Somando-se todos os casos de pacientes, de ambos os sexos, que foram encaminhados para consulta médica (psiquiátrica ou neuropsiquiátrica), temos um total de 843 casos, o que corresponde a 46% de toda a demanda atendida.

Portanto, 73% dos pacientes que procuraram o SPS/VG no ano de 1999, foram encaminhados para psicoterapia individual ou para consultas psiquiátrica/neuropsiquiátrica.

TABELA 3

Principais tipos de tratamentos mistos, por sexo, do SPS/VG, em números absolutos, em 1999.

TRATAMENTO MISTO	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
1. Neuropsiquiatria e psicoterapia individual	32	65	97
2. Psiquiatria e psicoterapia individual	48	162	210
N = 1827	80	227	307

Fonte: SPS/VG (Livro de Triagem - IATM).

Da demanda total de 1827 casos, 307 pacientes foram encaminhados para tratamentos mistos, o que corresponde a 17% da demanda. Os tratamentos mistos aliam intervenção médica (com prescrição de medicamentos psicotrópicos) a psicoterapia individual.

TABELA 4

Outros atendimentos realizados para ambos os sexos, no SPS/VG, em números absolutos, em 1999.

CATEGORIAS	TOTAL
Outros*	96
Não absorvido	20
Não especificado	17
N = 1827	133

Fonte: SPS/VG (Livro de Triagem - IATM).

* A categoria *outros* inclui encaminhamentos para: ABRAÇO*, orientação de pais, ludoterapia, grupo terapêutico, oficina terapêutica e serviço social.

Os 133 casos dos outros atendimentos correspondem a 7% do total da demanda.

TABELA 5

Demanda com encaminhamento e espontânea, em ambos os sexos, no SPS/VG, em números percentuais e absolutos, em 1999.

DEMANDA	N	%
Encaminhamento	1334	73
Espontânea	493	27
Total	1827	100

Fonte: SPS/VG (Livro de Triagem - IATM).

*Vide Capítulo Outros Tratamentos.

TABELA 6

Pacientes não absorvidos, encaminhados e espontâneos, de ambos os sexos, no SPS/VG, em números percentuais e absolutos, em 1999.

NÃO-ABSORVIDOS	N
Encaminhados	13
Espontâneos	7
N = 1827	20

Fonte: SPS/VG (Livro de Triagem - IATM).

Numa demanda de 1827 pacientes, somente 20 (1,09%) não foram absorvidos para tratamento no SPS/VG.

Do total de pacientes não absorvidos, 13 chegaram ao SPS/VG encaminhados* e apenas sete correspondem à demanda espontânea. O Serviço Psicossocial tem como norma não atender a pacientes que buscam consultas espontaneamente. Entretanto, apesar desta norma, os profissionais nunca se recusam atendê-los, partindo do princípio que, independente do motivo, se o paciente procura pelo Serviço, está com uma demanda qualquer que precisa ser ouvida. Pelos dados apresentados nas Tabelas 5 e 6, atender à demanda espontânea não acarreta nenhum tipo de problema para o Serviço. O paciente demonstra que sabe, intuitivamente, estabelecer uma relação entre o tipo de sintoma que apresenta e o tipo de serviço ou profissional que deve atendê-lo. Apenas sete pacientes em 493, o que corresponde a 1,42% dos que procuraram o Serviço espontaneamente (apenas 0,38% da demanda total), não foram absorvidos para tratamento. Não é um número de pacientes que possa sobrecarregar o Serviço. Portanto, a norma de não atender à demanda espontânea, no caso específico do Serviço Psicossocial, é apenas uma exigência burocrática.

2.0-TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO-MEDICAMENTOSO

As internações psiquiátricas e o tratamento medicamentoso, de alguns tipos de transtornos mentais, no ambulatório de saúde mental, pede que se aborde a questão dos medicamentos psicofármacos básicos. A abordagem que fazemos aqui é genérica e meramente informativa.

*Encaminhamento por escrito de médicos, paramédicos e de escolas.

A Policlínica Psicossocial conta com uma sala específica para medicamentos: a farmácia alopática. O Serviço Psicossocial funciona em prédio anexo, embora independente, da Policlínica do Bom Pastor, essa última oferecendo atendimento médico em clínica geral.

A farmácia foi instalada nas dependências da Policlínica Psicossocial, para servir aos pacientes da clínica médica geral e da saúde mental, e atende aos pacientes de ambas.

A medicação básica da farmácia destinada à clínica geral é constituída por analgésicos, antitérmicos, antiinflamatórios, antiespasmódicos, antieméticos, antiácidos, sais para reidratação oral, broncodilatadores, descongestionantes da mucosa nasal (soro fisiológico nasal), antibióticos, antiparasitários e vitamínicos.

Tais medicamentos, vez por outra, são também prescritos pelo psiquiatra a pacientes da saúde mental, conjugados ou não com medicação psiquiátrica.

A medicação psicotrópica básica da farmácia alopática privativa da saúde mental, é formada pelos seguintes grupos medicamentosos: anticonvulsivantes, ansiolíticos, antidepressivos, antiparkinsonianos, neurolépticos, anti-histamínicos e estabilizadores do humor.

O quadro, apresentado na página seguinte, reúne os psicofármacos por substância, nome comercial, apresentação e uso terapêutico.

Além dos psicofármacos constantes no quadro, os medicamentos antipsicóticos Risperdal (risperidona, um derivado do benzisoxazol) e Leponex (clozapina, um dibenzodiazepínico tricíclico), podem ser obtidos mediante solicitação médica por escrito à Secretaria Municipal de Saúde. Esses psicofármacos fazem parte da Relação de medicamentos Excepcionais (SIA/SUS - Portarias MS/SAS 204, de 06.12.1996 e 22.01.1997).

QUADRO I

2.1 - PSICOFÁRMACOS DA FARMÁCIA ALOPÁTICA PRIVATIVA DO SPS VG (março de 1999)

SUBSTÂNCIA	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO	USO TERAPÊUTICO
AMITRIPTILINA	Tryptanol	Comp. 25 mg	Antidepressivo
BIPERIDENO	Akineton	Injetável 5 mg	Antiparkinsoniano
CARBAMAZEPINA	Tegretol	Comp. 200 e 400 mg - Xarope 100 mg	Anticonvulsionante Estabilizador do humor
CLORPROMAZINA	Amplictil	Comp. 25 e 100 mg - Injetável	Neuroléptico
DIAZEPAM	Diempax	Comp. 5 e 10 mg - Injetável 10 mg	Ansiolítico
FENITOÍNA	Hidantal	Comp. 100 mg - Gotas	Anticonvulsionante
FENOBARBITAL	Gardenal	Comp. 100 mg - Gotas 4% - Injetável 200 mg	Anticonvulsionante
HALOPERIDOL	Haldol	Comp. 1 e 5 mg - Injetável decanoato	Neuroléptico
IMIPRAMINA	Tofranil	Comp.25 e 150 mg	Antidepressivo
LEVODOPA + CARBIDOPA	Sinemet	Comp. 250 mg	Antiparkinsoniano
LEVOMEPROMAZINA	Neozine	Comp. 25 e 100 mg	Neuroléptico
PROMETAZINA	Fenergan	Comp. 25 mg - Injetável 50 mg	Anti-histamínico
CARBONATO DE LÍTIO	Carbolin	Comp. 300 mg	Estabilizador do humor

Fonte: SPS/VG

3.0 - TRATAMENTO PSICOLÓGICO

3.1 - Psicoterapia Individual

3.1.1 - Conceitos

Como o trabalho dos psicólogos do SPS/VG se baseia de modo principal, embora não exclusivo, na psicoterapia dos pacientes, é necessário conceituar psicoterapia e tecer considerações gerais sobre esse processo.

No dicionário, psicoterapia consta como "aplicação metódica de técnicas psicológicas determinadas para restabelecer o equilíbrio emocional perturbado de um indivíduo"[2] e "tratamento por métodos psicológicos"[3].

Van den Berg (1979) diz que "psicoterapia, no sentido moderno da palavra, aparece nos últimos decênios do século passado" (século XIX) e que pode ser compreendida como o processo de "conscientização do inconsciente", ou seja, "em tornar conhecido, ao paciente, aquilo que há de estranho dentro dele". O autor também diz que "psicoterapia não é informar".

Brown & Pedder (1981) consideram que "Embora seja uma verdade amplamente divulgada que todas as formas modernas da psicoterapia dinâmica - seja ela a psicanálise, a psicoterapia individual ou de grupo, a terapia familiar ou de casal - se originam do trabalho de Freud e outros na virada do século" (século XIX/XX), "não seria verdadeiro afirmar que Freud "inventou a psicoterapia".

"A idéia de uma cura pela conversação, através da catarse dos sentimentos, é, pelo menos tão antiga quanto o confessionário católico. Ditos populares, como "abra o coração", atestam a crença muito difundida no seu valor"[9].

Brown & Pedder (op. cit.), conceituam psicoterapia como "essencialmente, uma conversação que envolve o ouvir e o falar com aqueles que estão em dificuldade, com o objetivo de ajudá-los a compreender e resolver seus problemas (...) Os sintomas que os pacientes revelam aos médicos são, muitas vezes, a expressão de sentimentos não reconhecidos no presente, que permanecem ocultos devido a associações dolorosas com o passado."

Para Menninger & Holzman (1979) psicoterapia é o "tratamento formal de pacientes, usando agentes psicológicos em vez de físicos ou químicos, principalmente a comunicação verbal".

Piéron (1975), no Dicionário de Psicologia, define psicoterapia como um "conjunto de técnicas que visam o tratamento das moléstias mentais por meio de procedimentos psíquicos.".

Morgan (1978) diz que psicoterapia é o emprego de técnicas psicológicas para o tratamento de perturbações comportamentais.

Para Corey (1983), "A psicoterapia geralmente focaliza processos inconscientes e preocupa-se com mudanças na estrutura da personalidade (...) é instrumentada para uma autocompreensão intensiva da dinâmica que explica crises existenciais particulares". Corey enumera oito tipos de psicoterapia*, cada uma com um enfoque conceitual e técnico.

Porchat (1982) diz que os diversos tipos de psicoterapias tem diferentes "graus de elaboração teórica" e que a situação psicoterápica possui um caráter subjetivo. "Se em outras disciplinas das ciências humanas, o pesquisador tem a possibilidade de isolar-se do fato que busca compreender, na psicoterapia o fato a ser observado e o observador são indissociáveis."

"A psicoterapia é um campo de saber cujo objeto de estudo é o homem e o seu modo de existir no mundo, e é esse seu modo de existir no mundo que é enfocado na situação psicoterápica."[14]

Não existe, portanto, um consenso do que seja psicoterapia entre os diversos autores estudados, mesmo porque existem diferentes escolas de psicologia, cada uma com seu paradigma.

Como a orientação teórica da maioria dos psicólogos da equipe multidisciplinar do SPS/VG é psicanalítica**, conceituaremos psicoterapia usando o referencial psicanalítico.

* Psicanalítica; humanista-existencial; centrada no cliente; gestáltica; análise transacional; comportamental; racional emotiva (RET) e realidade.

** Vide capítulo Perfil da Equipe Multidisciplinar do SPS/VG.

Laplanche & Pontalis (1977) estabelecem que um dos níveis da psicanálise é o "método psicoterápico (...) especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo."

Costa (1989) conceitua psicoterapia como "atividade terapêutica dirigida a pessoas com conflitos psíquicos, com ou sem sintomas clínico-psiquiátricos manifestos" cujo objetivo é "estabelecer para as funções do ego condições psicológicas favoráveis. Atingido este objetivo, a tarefa está cumprida." Costa ainda diz que os fundamentos últimos da psicoterapia "não são as técnicas, mas a criação da possibilidade de que o inconsciente se manifeste e produza seus efeitos."

Lacan (apud Costa, in opere citato) diz: "Uma análise não tem de ser levada muito longe. Quando o analisando pensa que está feliz em viver, é o bastante."

Conceituamos psicoterapia (Sales, 1999), numa perspectiva psicanalítica, como uma tentativa de intervenção e modificação do mundo interno do paciente, mundo este constituído por fantasias inconscientes que determinam suas relações objetais e, em situações específicas, estão na origem da formação dos sintomas. Os recursos técnicos para tal intervenção são baseados num método de investigação e num conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas que permitem a interpretação do significado destas fantasias.

3.1.2 - Psicoterapia para as classes sociais de baixa renda

A clientela do Serviço Psicossocial de Varginha, em sua grande maioria, é oriunda da classe social de baixa renda, classe esta descrita na literatura sociológica como proletariado. Segundo Oliveira (1993)[17], os indivíduos desta classe social exercem trabalho não qualificado e tem acesso somente a bens e serviços de primeira necessidade.

Moffat (1981) diz: A "classe operária, especialmente em seus setores mais empobrecidos pela exploração, por estar mais atenta à sobrevivência e suas necessidades diárias, não precisa centrar seu mundo psicológico nas proibições sexuais, nos com-

Biblioteca Pública Municip
Varginha - MG

plexos edipianos e em sentimentos de culpa, como faz a burguesia. Por isso é que uma psicoterapia de base freudiana ortodoxa é absurda para os setores populares. Além de absolutamente inútil".

O autor propõe a "reinterpretação, na perspectiva da cultura popular, das técnicas analíticas como possibilidade de resgatar o melhor das técnicas psicoterapêuticas".

Costa (1989) pondera que "(...) a diversidade social marca o sujeito, sem que com isto ele perca seu estatuto de sujeito do desejo ou do inconsciente"[16].

Segundo Costa "(...) o imenso relevo dado à sexualidade (como organizadora da subjetividade) diminui de importância quando deixamos o espaço cultural das elites e entramos no universo da classe trabalhadora masculina. Nesta última, o sexo tem relevância enquanto comportamento manifesto e não enquanto fonte de verdade sobre a subjetividade". Nesta classe, "Ao lado da heterossexualidade, o componente capacidade de trabalho ou ser trabalhador também é um elemento definitório de grande significação"[16].

Costa diz que "é preciso que saibamos contornar os vícios do universalismo, devolvendo a palavra, na prática psicoterápica, a quem de direito: o cliente." Muito apropriadamente, o autor lembra-nos que "No caso da psicanálise, não pertencemos a ela; ela nos pertence. Ela é que tem de nos servir, e não nós a ela."

Dewald (1981) estudou a clientela dos centros comunitários para a saúde mental nos Estados Unidos, composta por usuários de baixa renda. O autor diz que esses pacientes compartilham "dos mesmos impulsos humanos básicos e percorrem os mesmo estágios e níveis de desenvolvimento psicossexual". Entretanto, "as forças ambientais, sociais e culturais que atuaram sobre eles exerceram significativa influência sobre a forma e o padrão de adaptação e resolução do conflito que alcançaram (...) o "ambiente médio" esperado é muito diferente daquele esperado na classe média*.

* Oliveira (1993) conceitua classe média como "aquela representada pela pequena burguesia, patamar intermediário da pirâmide social, um grupo de renda média que exerce trabalho qualificado".

Dewald (op. cit.) cita diferenças entre o paciente dos centros comunitários e o da classe média, do ponto de vista do id, ego e superego. O paciente das classes sociais de baixa renda teria as seguintes características principais:

Id: os impulsos agressivos tendem a ser liberados de modo mais imediato, direto e físico. A subcultura a qual pertence o paciente "provoca tanto o estímulo quanto a aceitação dessa livre descarga"[18] de agressividade.

Ego: podem ocorrer "impedimentos no desenvolvimento das funções do ego, como inteligência, valoração, capacidade de verbalização, leitura, capacidade para o pensamento abstrato ou conceptual"[18].

Superego: falha na internalização eficaz. Assim, "os sistemas de moralidade e valor permanecem dependentes de uma fonte externa e os sentimentos internos de culpa ficam diminuídos."[18] A violência física é muitas vezes utilizada como meio de expressar proibições.

"O ego ideal freqüentemente implicará valores e atributos muito diferentes daqueles ideais da classe média tradicional."[18]

Fatores como falta de oportunidade educacional, insegurança econômica, limitação ocupacional, etc., também "contribuem para as desvantagens do ego, por bloquear as possibilidades de sublimação satisfatória"[18].

Nossa experiência clínica no Serviço Psicossocial de Varginha nos autoriza a confirmar as afirmativas de Dewald: elas são válidas para compreender a dinâmica psicológica da maioria dos pacientes atendidos.

3.1.3 - Psicoterapia individual no SPS/VG

A orientação teórica da maioria dos psicólogos que trabalha no SPS/VG é psicanalítica (63,63%), portanto, é com este enfoque teórico que se efetivam a maior parte das psicoterapias, quer sejam individuais, de grupo, casal ou familiar.

Dewald (1981)[18] afirma que "Qualquer que seja o interesse e o propósito terapêuticos - indivíduo, família ou comunidade -, os dados básicos e as extrapolações conceptuais (da psica-

nálise) permanecem significativos e pertinentes para a compreensão do comportamento, quer visto individualmente quer numa perspectiva de grupos maiores".

3.2 - Psicoterapia em grupo

3.2.1 - Conceitos

A literatura existente sobre grupo terapia é ampla. Conceitos e técnicas variam de acordo com a escola de pensamento a que se filiam, seja o grupo terapêutico ou não: behaviorista, junguiana, rogeriana, psicanalítica, etc.

O grupo terapêutico é um tipo de tratamento que o SPS/VG oferece desde sua constituição. Todos os grupos de terapia existentes atualmente no SPS/VG, bem como os que já concluíram seu tratamento, são grupos de terapia analítica.

Segundo Dutra Júnior (1974) "A grupoterapia analítica tem objetivos bem definidos, que são os mesmos da psicanálise: levar os pacientes a elaborar seus conflitos internos e integrá-los..."

Grinberg, Langer e Rodrigué (1976) conceituam grupo terapêutico "como um conjunto de pessoas que se reúnem em um local determinado, a uma hora estabelecida de comum acordo, e que compartem uma série de normas, tendentes à consecução de um objetivo comum: a cura".

3.2.2 - Psicoterapia em grupo no SPS/VG

De acordo com os conceitos acima, os grupos em tratamento pelo SPS/VG constituem grupos terapêuticos.

No SPS/VG os grupos de terapia são atendidos exclusivamente pelos psicólogos e a quantidade anual é variável. No ano de 1999 estiveram em atendimento dois grupos, cada um coordenado por um psicólogo e sem co-terapeutas.

O número de membros de cada grupo é oito sendo que a freqüência média é de seis pacientes por sessão. Os encontros são semanais, com sessões durando cerca de 60 minutos. Em cada sessão se discute o tema que o grupo traz no momento.

O critério de ingresso no grupo é que o sujeito-paciente não seja psicótico, não tenha depressão grave, personalidade sociopática e nem demonstre tendência suicida. Nestes casos, "a

psicoterapia coletiva é contra-indicada, não só porque pode provocar um efeito negativo sobre os demais pacientes, mas também pela necessidade que essas pessoas têm de um contato mais íntimo e freqüente com o terapeuta"[20].

No final da primeira entrevista é feita uma sondagem da receptividade do paciente para ser tratado no grupo terapêutico. A maioria dos casos indicados é de mulheres com problemas de relacionamento afetivo ou sexual com o marido ou companheiro; mulheres cujos maridos ou companheiros são usuários de substâncias psicoativas, principalmente álcool, ou mulheres com filhos usuários de substâncias psicoativas (múltiplas drogas). São pacientes que não apresentam demanda para psicoterapia individual e que encontram no grupo espaço para falar de si, serem aceitas e ajudar outras pessoas. O grupo caracteriza-se pela ajuda mútua, embora seja distinto dos grupos anônimos de auto-ajuda, descritos no Capítulo Outros tratamentos.

Grinberg, Langer e Rodrigué (apud Leitão, 1986) se preocupam "com o trabalho psicanalítico de grupos" referido "especificamente à questão da demanda: entendendo que sua prática é uma ação social" e que "seria necessário estender os recursos psicanalíticos a um maior número de pessoas." Eles ainda consideram que análise individual não é análoga a análise grupal e que há uma "urgência na proposta de se desenvolver técnicas de grupo" a fim de criar uma "produção teórica específica" já que "as leis de funcionamento de grupo não são as mesmas daquelas existentes no sujeito".

Os mesmos autores ainda ressaltam que "A prática psicanalítica com grupos é a única viável em termos sociais, dando um sentido, mesmo, para a existência da psicanálise, se consideramos que a ciência deve se propriedade da maioria."[21]

É levando todo esse referencial teórico em consideração que o SPS/VG tem procurado ampliar o tratamento psicológico em grupos, não só valorizando o grupo terapêutico, mas também os grupos de adolescentes, as Oficinas Terapêuticas e o grupo psiquiátrico.

modo como a família articula sua hierarquia e relações afetivas. Discute-se também sobre a forma mais adequada de se lidar com a criança e pode-se sugerir tipos de comportamento aos pais e familiares em relação a ela. É feito acompanhamento semanal do caso, tanto da criança quanto dos pais.

Os objetivos da orientação são bem delimitados: esclarecer os pais sobre a doença e sintomas infantis e sugerir comportamentos mais adequados dos familiares para lidar com a criança. Por isso, as sessões são semi-diretivas, diferentes da psicoterapia, onde a técnica é a associação livre. Se o psicólogo perceber que questões inconscientes dos pais se interpõem e criam obstáculos, impedindo a modificação das relações afetivas familiares, pode recomendar psicoterapia para um dos pais ou para o casal.

Na clínica diária em saúde mental, num serviço público, percebemos que as fronteiras que separam o aconselhamento da psicoterapia são tênues. Citaremos dois exemplos.

Uma situação de ocorrência freqüente no aconselhamento de pais, se refere àquelas crianças que buscam o leito dos pais durante a noite. Na sessão de aconselhamento (posterior ao psicodiagnóstico), recomendamos aos pais que não permitam este tipo de comportamento infantil. No entanto, essa recomendação somente terá resultado terapêutico se for acompanhada por um trabalho de elaboração, por parte dos pais e da criança, das fantasias que constituem o motivo profundo desta busca ao leito. Se o trabalho que possibilita essa elaboração não for efetivado, um aconselhamento que se baseie exclusivamente na prescrição de medidas práticas, tende ao fracasso ou a obter resultados superficiais.

Outra situação de ocorrência freqüente é pais com filho adotado ocultarem a realidade da adoção para a criança e se apresentarem para ela como seus pais biológicos. A simples recomendação de que os pais revelem a verdadeira identidade e uma apologia sobre a paternidade biológica e afetiva seriam inócuas, se não prejudiciais, se os motivos inconscientes que levaram à ocultação da identidade não forem devidamente trabalhados.

Portanto, aconselhamento (Sales, 1999) é uma modalidade de tratamento psicológico que inclui orientações práticas do psicólogo ao orientando a respeito de situações vividas no dia-a-dia, e, quando preciso, uma interpretação das fantasias que necessariamente se interpõem neste ato de lidar com a realidade. Uma das principais distinções entre aconselhamento e psicoterapia é que esta última jamais é prescritiva.

Esta obra se estenderia além do espaço e dos recursos permitidos, se escolhêssemos um caso clínico de cada tipo de tratamento psicológico estudado, para relato. Acreditamos também que esse estudo, focalizando apenas conceitos e técnicas, seria excessivamente teórico e pouco contribuiria para o leitor compreender a variedade e a riqueza dos casos com os quais os profissionais do SPS/VG se deparam, diariamente. Por isso, optamos pelo relato de um caso clínico de aconselhamento, que pôde ser integralmente descrito em cinco consultas.

3.4.2.1 - Caso clínico

Juliano: História de uma morte não anunciada.

1ª entrevista - 13.09.1999

A morte que não se anunciou

A mãe chega para a primeira entrevista preocupada com o filho. Gostaria de tê-lo trazido para que eu o examinasse, conversasse com ele, mas fôra informada de que deveria vir sozinha.

Juliano tem quatro anos de idade. Está sofrendo com a morte do pai, ocorrida há dois meses. O pai era um homem saudável e afetuoso. Juliano e ele tinham uma boa relação.

Certo dia, o pai teve febre. Foi hospitalizado com pneumonia. Os exames de laboratório revelaram anemia e, logo em seguida, leucemia. Por fim, acidente vascular cerebral e insuficiência renal aguda. Vinte dias. Este foi o tempo do início do primeiro sintoma - a febre, até o falecimento, aos 35 anos.

A vivência da perda é sempre dolorosa, não importando a idade daquele que perde. Perder o pai na época da estruturação edípica, para uma criança na condição de filho único, é um estado de vivência de perda ainda mais especial.

Segundo Freud (apud Laplanche & Pontalis, 1977), o "complexo de édipo é vivido no seu período máximo entre os três e os cinco anos, durante a fase fálica (...) e desempenha um papel fundamental na estruturação da personalidade e do desejo humano". Na sua chamada forma *positiva**, o complexo apresenta-se como na história de *Édipo-Rei:* desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual da personagem do sexo oposto". Ao que tudo nos indicava, era esta a situação do caso em estudo.

A morte do pai vem, portanto, confirmar para Juliano que suas fantasias agressivas em relação a ele foram capazes de destruí-lo. Isto intensifica a culpa já existente (agora ele e a mãe estão sozinhos, o pai foi definitivamente excluído). De modo ambivalente, tentará resgatar o pai por identificação e incorporação.

A mãe diz que Juliano precisa de tratamento. Ele tem sentido dores abdominais, diarréia, inapetência e febre. Sempre pergunta pelo pai; eram muito apegados. Não chorou pela morte dele até hoje. A mãe diz que o pai está com o papai-do-céu. Não consegue dizer para o menino que o pai morreu. Não suporta falar no assunto. Não quer magoá-lo, vê-lo sentir dor tão profunda. Queria tê-lo trazido consigo, assim eu poderia comunicar a Juliano a morte do pai.

A mãe chora. Viúva aos 26 anos. Amava o marido, viviam bem, formavam uma família feliz. Como dizer para o filho de uma perda que nem ela suporta? Prefere calar-se. Quem sabe, o silencio dela poupa a dor de ambos.

No entanto, a incumbência de anunciar a morte cabe somente a ela. Morrer não é viajar, não é estar em outro lugar. Não existe outra palavra que signifique a mesma coisa e poupe a dor de quem a ouve. Como pode Juliano chorar por uma morte que não lhe foi ainda anunciada? A tarefa da anunciação é-lhe extremamente penosa.

* "Na realidade, verifica-se entre a forma positiva e a forma negativa (amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto) toda uma série de casos mistos em que estas duas formas coexistem numa relação dialética."[15]

Ficar a sós com Juliano:

- Cadê papai?

Responder-lhe:

- Papai morreu.

Dizer o que precisa ser dito, viabilizar a simbolização do que está apenas na "phantasie"* e por isso é tão aterrorizante. A mãe percebe que sua própria angústia a impossibilitou de revelar a verdade ao filho. Seria tão mais fácil se fosse outro a lhe dizer...

Conversamos sobre as possíveis reações que Juliano poderia ter, ao ser informado da verdade, que ele intuitivamente sabe mas não pôde ainda ser dita: choro convulsivo, agressividade, mutismo, negação do fato, etc.

CONCEITOS

a) O Sintoma ou a Palavra

O sintoma ou a palavra: Maud Mannoni (1971) dá este significativo título para o primeiro capítulo de seu livro A criança, sua "doença" e o outros. Em epígrafe, ela cita Martin Heidegger (1889-1976): "Entendemos quando fazemos parte do que nos é dito."

Mannoni (op. cit.), diz que o adulto responde a uma criança em situação de crise "segundo seus próprios fantasmas, preconceitos ou princípios educativos e que (...) a doença da criança constitui o lugar mesmo da angústia materna".

"O que a criança desarvorada (...) pede é a palavra justa, a "palavra orientadora" que ela invoca em estado de crise (...) a criança reclama o direito de compreender o que lhe ocorre de absurdo". Ela é muito sensível à palavra ou ao silencio do adulto.

"Na ausência do direito de se significar verdadeiramente na linguagem, é no sintoma que manifesta o que tem a dizer (...) O fantasma (...) aparece como véu, cuja função é esconder o texto original ou o acontecimento perturbador." O sintoma, portanto, "vem no lugar de uma palavra que falta (...) vem como más-

* Usamos a palavra "phantasie" no sentido amplo que possui no alemão: termo que designa a imaginação, não tanto no sentido filosófico, mas "como o mundo imaginário, os seus conteúdos, a atividade criadora que o anima."[15]

cara ou palavra cifrada. A mãe, nesse sintoma, é participante (...) o sintoma se desenvolve, pois, com um Outro e para um Outro."[27]

As palavras ou a ausência delas vão criar na criança a dimensão da experiência vivida. É também a verbalização duma situação dolorosa que pode permitir-lhe dar um sentido ao que vive."

O papel do analista é criar condições para que aflore o sentido oculto que se inscreve no sintoma. "É do lugar do analista que o indivíduo* vai articular certo discurso. O que lhe é dado é a sua verdade, até então escondida na doença ou no sofrimento." O analista ajuda o sujeito a romper com um discurso alienado "que é o dos outros e da opinião."[27]

b) O Luto

O vocábulo *luto* consta no dicionário como "sentimento de pesar ou dor pela morte de alguém; tristeza profunda; consternação, dó." Em sentido figurado pode significar a morte[2].

Freud (1974) em *Luto e Melancolia*, conceitua luto, de modo geral, como "a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante." Freud diz que o luto não pode ser considerado uma condição patológica e, portanto, passível de tratamento médico. Segundo ele, o luto é superado "após certo lapso de tempo" e julga "inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele."

Freud (op. cit.), diz que a disposição para o luto é 'dolorosa'. Em seguida, pergunta: "Em que consiste, portanto, o trabalho que o luto realiza? (...) O teste da realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. (...) Cada uma das lembranças e expectativas isoladas, através das quais a libido

* A autora está se referindo ao *sujeito*, "ser humano, submetido às leis da linguagem que o constituem, e que se manifesta de forma privilegiada nas formações do inconsciente (...) O sujeito, em psicanálise, é o sujeito do desejo, que Freud descobriu no inconsciente" Chemama (1995)[31].

está vinculada ao objeto, é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas. (...) quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido"[28].

Nasio (1997) considera que "(...) a dor não é imediatamente ligada à perda, mas ao trabalho do luto, entendendo-se que a palavra "luto" não significa "perda", mas reação à perda" e que "O luto, concebido como um trabalho, nos dá a liberdade de pensar que não perdemos alguém quando ele morre, mas apenas o perdemos depois de um longo tempo de elaboração."

O autor diz que "Atribuir um valor simbólico a uma dor que é em si puro real, emoção brutal, hostil e estranha, é enfim o único gesto terapêutico que a torna suportável."

Para Fenichel (1981), "No afeto do luto (...) o que ocorre (...) é uma elaboração gradativa de um afeto que, se fosse libertado com vigor pleno, esmagaria o ego, isto é, a quantidade de catexias libertadas pela perda do objeto. O luto (...) é, fora de dúvida, a neutralização e distribuição de um tipo bravio e autodestrutivo de afeto, ainda de observar-se no pânico da criança quando perde a mãe" ou o pai. "Quando uma criança perde um objeto, os desejos libidinais, já não mais ligados àquele, inundam-na e são capazes de criar pânico."

Aberastury (1982) ressalta que "A morte do pai provoca na criança conflitos intensos, entre os quais aparecem sentimentos de culpa, temor, dor e saudade (...) a atitude dos familiares com relação ao fato e à forma como é comunicado são fatores que entorpecerão ou facilitarão a elaboração do luto, processo por si só difícil e doloroso de realizar".

A Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde - CID-10 (1992), qualifica a *reação de luto* como um transtorno de adaptação (F43.2). O *transtorno de adaptação* é "Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que entravam usualmente o funcionamento e o desempenho sociais, ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma *mudança existencial importante* ou a um acontecimento estressante"[33] (grifo nosso).

Ora, como o pequeno Juliano poderia passar por esse longo, penoso e necessário processo se a explicitação verbal da morte do pai lhe fora negada? O que lhe restou além do caos provocado pela angústia de uma perda que ele intuiu mas não poderia simbolizar?

c) O sentido dos sintomas

Os sintomas apresentados por Juliano evidenciam os dois processos principais utilizados por ele na reação à perda: a identificação* e a incorporação**.

Identificado com o pai morto, desenvolve *febre*, o primeiro sintoma manifesto da doença paterna, assemelhando-se assim ao objeto perdido.

A *inapetência* se liga à rejeição da fantasia inconsciente de comer o pai morto, o que desperta culpa, mesmo assim o pai é parcialmente devorado; as partes devoradas do pai provocam *dores abdominais* (autoagressividade) e *diarréia* (expulsão violenta do que foi devorado e rejeição da fantasia de devoramento).

d) Angústia e Negação da Morte

A verbalização da morte do pai foi impedida a Juliano por uma dificuldade da mãe em lidar com a angústia desta perda. Chaui (1997) diz que para os seres humanos, vida e morte não são apenas acontecimentos biológicos. "São *acontecimentos simbólicos*, são significações, possuem sentido e fazem sentido.

Viver e morrer são a descoberta da finitude humana, de nossa temporalidade e de nossa identidade."[33]

Para Heidegger (1983) o homem é um "ser-no-mundo e ser-para-a-morte (...) e existir é encontrar-se no mundo (...), pois,

* "Processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações."[15]

** "Processo pelo qual o indivíduo, segundo um modo mais ou menos fantasmático, faz penetrar e conserva um objeto no interior do seu corpo. A incorporação constitui o protótipo corporal da introjeção e da identificação."[11]

como ser finito, passa a essência do homem a residir na sua existência (..) mas, pelas próprias limitações de encontrar-se no mundo e no tempo, o homem experimenta a impossibilidade de realizar-se plenamente, a não ser na morte. Existir é viver para a morte". Heidegger também descreveu "a angústia gerada por essa experiência radical do nada."

"A morte de um homem alterava solenemente o espaço e o tempo do grupo social ou da comunidade inteira", - diz-nos Ariès (1982)[35]. Segundo ele, durante o século XIX, começou a ocorrer na cultura ocidental a mudança que retirou a morte do espaço público e transformou-a num exercício de silencio.

Ariès (op. cit.), constata que a morte foi excluída de nossa sociedade. "Existiam, outrora, códigos para todas as ocasiões, para a manifestação de sentimentos geralmente inexpressos - fazer a corte, dar à luz, morrer, consolar os enlutados. Esses códigos já não existem. Desapareceram em fins do século XIX (...) A sociedade recusa a presença da morte, mesmo que se admita, em princípio, sua realidade."

"A recusa da morte ultrapassou a pessoa dos enlutados e a expressão do luto, para se estender a tudo que toca à morte."

Os psicólogos fazem uma apreciação do "luto e do seu papel que é exatamente o oposto daquela da sociedade. Esta considera o luto mórbido, enquanto que, para os psicólogos, é a repressão do luto que é mórbida e causa morbidez."[35]

A angústia da mãe de Juliano diante da morte - "essa experiência radical do nada", como nos diz Heidegger, é a de todos nós. É, pois, compreensível: existencial, encontra na cultura origem e apoio para a sua negação. O trabalho do psicólogo é possibilitar a verbalização e o dar sentido para esta angústia, dentro da experiência pessoal de perda do sujeito.

A mãe compreende, então, o encargo que terá pela frente, doloroso e necessário: anunciar para Juliano a morte do pai.

2ª entrevista - 16.09.1999
A revelação

A mãe chega para a segunda entrevista dizendo estar mais tranqüila. Chora, mas, segundo ela, de alívio. Juliano perguntara novamente pelo pai. Desta vez, conseguiu dizer-lhe. A reação dele foi formular mais perguntas: sobre a doença, a morte, o velório, o enterro, o cemitério. Nenhuma pergunta ficou sem resposta. Por fim, ele se fartou:

- Chega, mamãe. Não quero ouvir mais.

O que fazer com os pertences que foram do pai? Com as fotografias? Escondê-los todos numa caixa? Tirá-los das vistas do menino até quando? Para ela, a revelação foi um alívio também. A situação do não-dito estava-lhe insustentável.

A conseqüência foi imediata: a supressão dos sintomas. Mannoni (1971), coloca o sintoma e a palavra numa relação de mútua exclusão.

3ª entrevista - 24.09.1999
A dor do luto

A mãe de Juliano procura o Serviço antes do dia marcado para consulta. Muito ansiosa, veio com novo encaminhamento do médico pediatra. Queria um psicólogo que atendesse ao filho. Juliano teve pneumonia e infecção de garganta. Após a revelação, estes sintomas não estão mais tão estreitamente relacionados à identificação e incorporação, embora constituam, obviamente, expressão de intensa angústia. Antes do pai morrer, Juliano não costumava ter doença alguma. Agora, estão aparecendo diversas infecções; cura-se de uma, surge outra.

- Cadê meu pai? estou com saudades de meu pai, quero ver meu pai.

O menino tem tido febre e agitação. Quando a mãe repete que o pai morreu e que nunca mais o verá, ele grita:

- Cala a boca!

Converso com a mãe sobre sua própria ansiedade e de como isso pode estar afetando Juliano. Esclareço que ele, assim como a mãe, estão em processo de elaboração do luto e que esse

processo é doloroso e demanda tempo. Marco retorno para a próxima semana e solicito que traga Juliano.

4ª entrevista - 30.09.1999
Juliano e a cobra

A mãe vem com Juliano. É um belo menino louro, aparência saudável, olhos grandes e melodiosos. Assim que me vê, começa a chorar. Ajoelho no chão para conversarmos com os olhos na mesma altura (este costume de algumas tribos indígenas brasileiras é bastante saudável). Digo-lhe que não precisa ter medo pois vamos conversar, desenhar e brincar. Quando o choro cessa, entramos os três no consultório.

Enquanto converso com a mãe, dou a ele papel e lápis de cor. Peço-lhe que desenhe o que quiser. Ele produz três garatujas e as nomeia: dinossauro, papagaio (pipa) e caderno.

A mãe relata que Juliano está bem melhor. Os sintomas e infecções desapareceram. Entretanto, ainda está nervoso. Antes da morte do pai não era assim, sempre foi um menino calmo. Agora, de vez em quando, grita e joga objetos.

- Mamãe, o que é alma?

- É uma coisa que a gente não vê.

- A gente não vê, porquê?

A mãe ficou quieta, não sabia o que responder. Ela está mais tranqüila. Percebe que Juliano, ao mesmo tempo, quer e não quer saber da morte do pai. Espontaneamente, perguntou para o tio materno, de 18 anos, se poderia chamá-lo de pai. Os dois tem ótimo relacionamento. A mãe percebe que o filho está operando uma substituição. Digo-lhe que é positivo para Juliano ter uma figura masculina próxima e afetiva com quem possa se identificar. Não há inconveniente em chamar o tio de pai, já que esta iniciativa partiu do menino. A realidade da situação é que não deve ser camuflada: o tio é o tio que está sendo chamado de pai.

Solicito à mãe que se retire da sala e fico a sós com Juliano. Peço-lhe outro desenho livre. Com lápis preto, ele produz uma garatuja bem maior que as anteriores, lembrando uma aspiral, um redemoinho, um labirinto (Fig. 1).

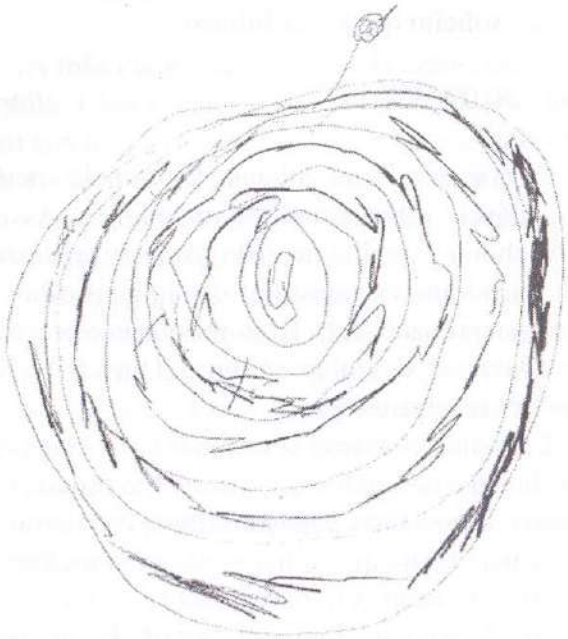


Fig. 1. Cobra.

- Juliano, o que é isso?
(Partindo da nomeação para chegar ao que isso significa.)
- Uma cobra.
- O que te lembra a cobra?
- Lápis. A cobra escreve?
- Essa cobra escreve?
- Escreve. Vou colorir.
(Pega lápis de cor preto e colore.)
- O que a cobra faz?
- Gosta de comer papel.
- O que mais?
- Só isso. Pronto!

Juliano produz uma cobra, símbolo fálico por excelência. Chevalier & Gheerbrant (1982) dizem que a serpente é um "arquétipo fundamental ligado às fontes da vida e da imaginação (...) Ela é o reservatório, o potencial em que se originam todas as manifestações".

Segundo Bachelard (apud Chevalier & Gheerbrant, op. cit.), o símbolo serpente, em uma de suas vertentes, representa "a dialética material da vida e da morte, a morte que sai da vida e a vida que sai da morte".

A serpente simboliza também, através do caduceu*, de acordo com Henderson (apud Chevalier & Gheerbrant, ibid.), "a procura de uma mensagem espiritual de liberação e de cura"[36].

Câmara Cascudo (1999) diz que, no folclore brasileiro, "a serpente tem para o povo um poder misterioso de vitalidade e força".

A produção da cobra-serpente é significativa e representa um momento especial na vida de Juliano: perder o pai no período da estruturação edípica. O símbolo da serpente nos indica que Juliano está elaborando o luto de forma positiva, conjugando, na sua vivência, a dialética dos significados de vida e morte. É significativo que, neste momento de sua vida, ele tenha produzido um arquétipo riquíssimo, associado à imaginação, liberação e à cura.

Juliano escolheu, dentre as cores que tinha disponíveis, colorir a serpente apenas com preto. Segundo Amaral (1976) "De acordo com os costumes ocidentais, o Preto simboliza o luto, a dor, o sofrimento, a tristeza e frustrações em geral. Seu valor simbólico conduz também, à austeridade das coisas e atos solenes". Portanto, a escolha do preto por Juliano como cor exclusiva neste desenho (nos outros, desenhados primeiro, utilizou outras cores), está em sintonia com o delicado processo de elaboração do luto que vivencia; a perda e o luto não estão negados.

Em suma, a produção de Juliano durante esta entrevista nos revela um menino sofrendo a dor de uma perda funda-

* Vide Glossário.

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

mental, mas com recursos internos para elaborá-la. O aconselhamento para a mãe e o rebaixamento de sua ansiedade, favoreceram-na na elaboração do luto pelo marido e possibilitaram que ajudasse o filho, não negando a realidade e criando oportunidade para que ele simbolize a experiência ocorrida.

Chamo a mãe. Conversamos sobre o processo de elaboração do luto, de como é longo e penoso. Comunico-lhe que estarei em férias e marco nova entrevista, desta vez somente com ela, para dali a quarenta dias.

5ª entrevista - 10.11.1999

De volta à vida

A mãe comparece à sessão de acompanhamento. Deixou Juliano em casa, aos prantos, pois ele também gostaria de ter vindo para conversar mais comigo e desenhar.

A mãe diz que ele está bem. Não apresenta nenhum sintoma e não está agressivo. Continua perguntando pelo pai, querendo ver as fotografias dele. Folhearam juntos o álbum.

No Dia de Finados, pediu à mãe para levá-lo ao cemitério.

- Posso sentar (no túmulo)?
- Pode.
- Papai está mesmo aí dentro?
- Está.
- Quem colocou ele aí? eu não vi!
- Muitas pessoas.
- Não vou ver nem a cabeça dele?
- Não. O que nós podemos fazer é rezar e por flores para o papai.
- Quando eu vou morrer? Quando você vai morrer, mamãe?
- Isto nós não sabemos. Mas vai demorar, não se preocupe.

Freud (1974) ainda diz sobre o luto: "permanece um mistério para nós o motivo pelo qual esse desligamento da libido

de seus objetos deve constituir um processo tão penoso" mas "(...) por mais doloroso que possa ser, chega a um fim espontâneo. Quando renunciou a tudo que foi perdido, então consumiu-se a si próprio, e nossa libido fica mais uma vez livre (...) para substituir os objetos perdidos por novos igualmente, ou ainda mais, preciosos."

O diálogo acima, entre a mãe e Juliano, marca uma fundamental modificação na maneira de ambos lidarem com a idéia da morte e com os sentimentos da dura perda que representou para eles o falecimento do marido/pai. A tranqüilidade da mãe neste último encontro comigo e o relato que fez do comportamento geral do filho, nas últimas semanas, nos indicaram que nosso trabalho estava concluído. Entre o sintoma ou a palavra, no caso de Juliano, o aconselhamento possibilitou à mãe fazer a saudável opção pela palavra.

4.0 - TRATAMENTO PSICOSSOCIAL

4.1 - Conceito

O tratamento psicossocial reúne as formas terapêuticas com duas características principais:

a) a intervenção do profissional sobre o paciente ocorre dentro de um grupo: familiar, comunitário ou escolar,

b) o caráter desta intervenção é informativo ou persuasivo e pode se dar de dois modos: sobre o paciente no grupo ou sobre o grupo a partir do paciente, quando se relaciona o conteúdo que o paciente traz individualmente com questões pertinentes a todo o grupo.

O tratamento psicossocial não pode ser conceituado exclusivamente como psicoterapêutico nem como psiquiátrico, embora possa congregar recursos técnicos de ambos, dependendo do caso e da situação.

Além disso, o tratamento psicossocial tem uma característica de contato social mais acentuada que os demais, constituindo-se em oportunidade para os profissionais observarem "in loco" o paciente no ambiente familiar e no convívio com outros membros da comunidade, ao mesmo tempo em que realiza atividades conjuntas ou é orientado quanto ao uso da medicação.

4.2 - Tipos

De acordo com o exposto, são quatro os tipos de tratamento que o SPS/VG oferece que se enquadram na definição acima: oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, grupo psiquiátrico e grupo de adolescentes, este último voltado para a profilaxia.

Tipos de Tratamento Psicossocial	Comunitário	oficinas terapêuticas grupo psiquiátrico
	Familiar	visitas domiciliares
	Escolar / Comunitário	grupo de adolescentes

Vamos agora descrever o funcionamento de cada um deles.

4.3 - Oficinas Terapêuticas

4.3.1 - Na Portaria nº 189/91

A referida Portaria nº 189/91[4] conceituou e estabeleceu os componentes mínimos das Oficinas Terapêuticas. Elas podem ser de dois tipos: I e II.

O atendimento em Oficina Terapêutica I é coordenado por profissional com nível médio de formação.

O atendimento em Oficina Terapêutica II foi assim descrito e especificado:

"Atendimento em Oficinas Terapêuticas II:

Atividades grupais (no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, executadas por profissional de nível superior, através de atividades como teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. Serão realizadas em serviços extra-hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SIA* para a execução deste tipo de atividade."[4]

* Vide Glossário.

4.3.2 - No SPS/VG

Em 1994 o Serviço de Saúde Mental produziu o *Projeto para implantação de Oficinas Terapêuticas no município de Varginha - MG*[39], baseado na Portaria nº 189/91.

Nas Justificativas do projeto foi ressaltado que a implantação das Oficinas "visa ampliar a atenção e atendimento aos pacientes portadores de transtornos mentais, através da diversificação de métodos e técnicas terapêuticas condizentes com a atual política do SUS, indo de encontro com a proposta de modelos alternativos à internação psiquiátrica". Nas Oficinas, o atendimento é prioritário aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, dependência do uso de substâncias psicoativas (álcool e múltiplas drogas) e neurose grave.

Entre os objetivos das Oficinas estão o redimensionamento da terapêutica em saúde mental para ações de cunho coletivo já que, na atualidade, o atendimento psicoterápico individual é o principal tipo de terapêutica psicológica utilizado pelo SPS/VG.

O Projeto lista dez oficinas com os seguintes títulos-atividades: alfabetização; biocultural; bordados; corpo em movimento; culinária; horta e jardinagem; leitura e letras; música; pintura e arranjos decorativos e trabalhos manuais.

A seguir, apresentamos um dos modelos de Oficina Terapêutica do Projeto.

4.3.2.1 - Modelo: Oficina de Alfabetização

4.3.2.1.1 - Justificativas

Considerando-se que:

a) o analfabetismo é um problema crônico em nosso país e fere os direitos humanos;

b) o ato de ler e escrever é um direito imprescindível da pessoa humana para que ela se realize social e pessoalmente;

c) a educação de 1º grau, que inclui a alfabetização em sua série inicial, é um direito estabelecido na Constituição da República Federativa do Brasil (1988)[40];

d) o analfabetismo não é apenas um problema lingüístico e pedagógico, mas também político e social;

e) um Serviço de Saúde Mental deve promover a recuperação do paciente em seu contexto social; e,
f) o analfabetismo induz a pessoa a uma auto-imagem negativa,

Propõe-se a criação da Oficina de Alfabetização.

4.3.2.1.2 - Objetivos

4.3.2.1.2.1 - Gerais

a) resgatar o paciente na construção e reconstrução de sua cidadania;
b) possibilitar ao paciente conscientizar-se de seus direitos, com inserção crítica na realidade;
c) possibilitar ao paciente a reconstrução de sua auto-imagem;
d) criar um espaço terapêutico alternativo que permita a livre expressão de idéias e sentimentos, a partir das vivências dos pacientes;
e) possibilitar aos pacientes analfabetos, analfabetos funcionais e semi-alfabetizados, condições para aprimorarem-se no uso da língua escrita e falada; e,
f) ressaltar o papel da língua como meio de comunicação, informações e intercâmbio pessoal.

4.3.2.1.2.2 - Específicos

a) oferecer recursos terapêuticos através de outras formas de expressão (no caso, a alfabetização), para o atendimento dos casos que não respondem à terapêutica tradicional;
b) possibilitar redimensionamento da atenção em saúde mental, de um enfoque predominantemente individual, para ações de cunho coletivo;
c) possibilitar a aproximação de outros profissionais, de familiares e da comunidade, em geral, ao trabalho em saúde mental;
d) favorecer a reinserção do usuário no serviço ambulatorial; e,
e) oferecer ao paciente condições pedagógicas suficientes para que possa discriminar: palavras, sentenças, símbolos, fonemas, letras e saber usá-los adequadamente na fala e escrita, levando-se em consideração o ambiente social onde vive.

4.3.2.1.3 - Métodos

4.3.2.1.3.1 - De alfabetização

Analítico ou Sintético, usados concomitantemente ou não, dependendo do perfil do grupo de pacientes atendidos.

4.3.2.1.3.2 - Didático

1) Debates em grupo, sobre assuntos da vivência diária dos pacientes, coordenados pelo psicólogo.
2) Levantamento do vocabulário usual do paciente, através de conversa informal.
3) Listagem desse vocabulário com as palavras mais comuns usadas pelo grupo e, a partir daí, iniciar o trabalho de alfabetização.

Nos dois métodos, podem ser usados os seguintes exercícios:

- identificação de palavras em jornais e revistas para recortes e colagens em murais de alfabetização.
- treino da caligrafia, com o objetivo de possibilitar a discriminação gráfica das letras e o aprimoramento da escrita.

4.3.2.1.4 - Recursos materiais e físicos

a) sala com aproximadamente 16 m² para acomodar um grupo com, no mínimo, cinco e, no máximo, dez pacientes.
b) quadro-de-giz tamanho médio ou pequeno.
c) gizes de cor e branco.
d) apagador.
e) tesouras sem ponta (uso infantil e escolar).
f) durex, cola e barbante.
g) lápis preto nº 2, lápis de cor e gizes de cera de diversas cores.
h) revistas, revistas em quadrinhos e jornais.
i) cadernos.
j) livros.

4.3.2.1.5 - Considerações finais

A Oficina de Alfabetização é um espaço terapêutico alternativo para livre expressão de idéias e sentimentos dos pacientes. A partir desta expressão, o coordenador da Oficina tentará aproveitá-la como possibilidade para o aprendizado da alfabetização ou, no caso de pacientes já alfabetizados, para o aprimoramento do uso da língua escrita.

A Oficina de Alfabetização não é, não pretende ser e nem substitui uma classe escolar de alfabetização. Não se avaliará rendimento nem desempenho de aprendizagem. Cada paciente

aprend[illegible] dentro dos seus próprios limites e possibilidades e sua p[illegible]ação na Oficina, da forma que conseguir, será valoriza[illegible]

4.3 [illegible] Oficina Terapêutica de Trabalhos Manuais

A oficina de trabalhos manuais foi implantada em nove[illegible]bro de 1998, coordenada pelo assistente social e enfermeiro do SPS/VG.

Em junho de 1999, foi contratado um terapeuta ocupacional, que pôde capacitar a oficina para atender maior número de pacientes.

Quatro grupos são atendidos duas vezes por semana, com seis a oito pacientes, em média, por grupo. A freqüência mínima é de três, e, a máxima, de 18 pacientes, por grupo.

Em 1999, foram atendidos 47 pacientes na oficina, sendo 29 homens e 18 mulheres.

A maioria dos pacientes que freqüentam a oficina tem como diagnóstico: esquizofrenia, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (principalmente álcool) e epilepsia.

As demais oficinas citadas no referido Projeto[39] ainda não foram implantadas. A oficina de alfabetização atendeu, em 1999, a um paciente apenas, em cinco sessões.

4.4 - Grupo Psiquiátrico

4.4.1 - Conceito de acolhimento

É sempre elucidativa a pesquisa dos significados da palavra no dicionário. Vamos a ela. *Acolhimento* ou *acolhida* é o "modo e ato de acolher; recepção; refúgio; agasalho; proteção" e *acolher* é "receber, dar acolhida; agasalhar; hospedar; escutar, atender a; admitir; ter em consideração". *Acolhedor* é "que, ou o que acolhe; agasalhador."[1,2,3]

Em 1997 foi criado um grupo de pronto atendimento ao usuário, denominado *grupo de acolhimento*. Para Merhy (apud Ribeiro, 1996), acolhimento "é a relação humanizada, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, tem que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam". O objetivo do acolhimento, enquanto técnica, seria "aumentar a capacidade de autonomia do paciente para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em conseqüência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida".

4.4.1.1 - Crítica ao conceito de acolhimento

O conceito de acolhimento e sua técnica também se aplicam a todas modalidades de tratamento ou atendimento que o SPS/VG oferece, pois, como não dizer que uma sessão de psicoterapia não é uma relação humanizada e humanizadora?

Acolher é o mínimo que se espera de um serviço público de saúde mental ou de qualquer outro tipo de serviço público de saúde. O acolhimento deve estar pressuposto nas relações do usuário com estes serviços. Portanto, a necessidade mesma de se criar um grupo denominado de acolhimento parece-nos reveladora de um sintoma institucional, indicando que o usuário, na relação com os serviços públicos de saúde, foi transformado em coisa. Daí a necessidade de um contraponto: a humanização do acolhimento.

4.4.2 - Grupo psiquiátrico no SPS/VG

Devido ao tipo específico de tratamento oferecido ao grupo, a denominação mais adequada é grupo psiquiátrico.

O grupo psiquiátrico surgiu devido à enorme demanda que acorre ao SPS/VG, diariamente, em busca de atendimento psiquiátrico. O Serviço passou a contar com mais um psiquiatra (neuropsiquiatra) somente a partir de meados de 1999. Mesmo assim, atender toda a demanda exclusivamente em consultas psiquiátricas individuais, tem-se mostrado inviável. Até o início de 1999, toda a demanda por psiquiatria pelo Sistema Único de Saúde, no município de Varginha, era atendida pelo único psiquiatra do SPS/VG.

O grupo psiquiátrico é coordenado simultaneamente pelo psiquiatra, enfermeiro e assistente social. O tratamento em grupo ocorre três vezes por semana, com aproximadamente 24 participantes por sessão. Cada sessão dura cerca de três horas. Ele é composto exclusivamente por usuários do SPS/VG que necessitam de acompanhamento psiquiátrico mensal ou quinzenal.

É feita prescrição medicamentosa, se necessário, para os pacientes que foram ao grupo pela primeira vez. Para os usuários antigos, a medicação é prescrita, alterada ou suspensa, de acordo com a evolução do quadro sintomatológico. O grupo psiquiátrico não é um grupo terapêutico, embora seja um grupo de tratamento.

Orientações a respeito da medicação são feitas, bem como a familiares de pacientes, em qualquer aspecto que se fizer necessário. Muitos pacientes que freqüentam o grupo são também tratados em psicoterapia individual ou grupal, pelos psicólogos.

De início, são dadas informações sobre o funcionamento do grupo e seus objetivos. Pede-se sigilo para tudo que for ouvido e dito ali. Cada participante é convidado a falar da sua questão, suas queixas, do que o trouxe ao grupo. Os profissionais ouvem as queixas e fazem as intervenções pertinentes. A quase totalidade dos casos requer prescrição medicamentosa que é feita durante o atendimento em grupo. O paciente pode se retirar ou continuar no grupo, ouvindo os demais. Exames médicos e pedidos de internação psiquiátrica podem ser feitos. A maioria dos exames solicitados pelo psiquiatra é de eletroencefalograma (EEG), eletrocardiograma (ECG), hemograma, endoscopia, exames olftalmológicos, etc. Os exames somente são concedidos aos pacientes em tratamento no SPS/VG.

A equipe multidisciplinar do SPS/VG decidiu encerrar com o atendimento em grupo psiquiátrico a partir do início de agosto de 1999. O principal motivo desta decisão foi a insatisfação dos usuários com este tipo de atendimento (vide Capítulo Pesquisa de Opinião do Usuário sobre o SPS/VG). Antes da referida pesquisa, a equipe já manifestara o desejo de reformular o atendimento psiquiátrico.

4.5 - Grupo de Adolescentes

O atendimento ao grupo de adolescentes se dá como uma prestação de serviço extra ambulatorial realizada por psicólogo do SPS/VG e médico pediatra da rede pública, em escolas públicas do município.

O número de grupos é variável de um a três e são formados semestralmente. A escola solicita o serviço à Secretaria Municipal de Saúde, que encaminha o pedido ao SPS/VG. Até 1998, o pedido era informal, feito à Policlínica, que o repassava aos profissionais.

Os grupos tem encontros semanais, com sessões que duram entre 60 a 90 minutos. A coordenação é conjunta, por psicólogo do SPS/VG e médico pediatra.

O número de adolescentes varia por grupo, geralmente, entre 20 e 25, com freqüência média de 18 por sessão. Os professores indicam os alunos, a partir da manifestação de interesse, feita em sala de aula.

A faixa etária do grupo varia entre 11 e 15 anos. São alunos que freqüentam da 5ª à 8ª séries. Os grupos são divididos por faixa etária: um grupo de pré-adolescentes e adolescentes de 11 a 13 anos e, outro, com adolescentes de 14, 15 ou até 16 anos.

Os temas, envolvendo a vivência da sexualidade, são escolhidos pelo grupo: afetividade, relação sexual, namoro, virgindade, masturbação, homossexualidade* , prostituição e doenças sexualmente transmissíveis. Uma sessão é reservada somente para o tema da AIDS (síndrome da imunodeficiência humana adquirida). Além disso, discute-se o desenvolvimento físico e emocional da adolescência. A profundidade com que os temas são trabalhados pelos coordenadores depende da maturidade emocional do grupo e das questões que o próprio grupo levanta no momento.

Os principais objetivos do grupo são a informação e abertura de espaço para o diálogo sobre temas que muitos encontram dificuldade de conversar em outras situações. Dúvidas sobre os temas discutidos são esclarecidas pelos coordenadores.

Não se ministram aulas. Apesar do trabalho ser desenvolvido dentro da escola, procura-se diferenciar o debate, no grupo de adolescentes, das aulas escolares.

* A Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 1/99, de 23 de março de 1999 considera que "a homossexualidade não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão" e proíbe os psicólogos brasileiros de tratá-la como doença.

Os recursos didáticos utilizados são: fitas de videocassete, debates, jogos e teatro.

Como a maioria dos atendimentos aos grupos de adolescentes se dá em situação extra ambulatorial, não são incluídos na totalização dos atendimentos prestados pelo SPS/VG durante o ano. Somente os grupos atendidos no ambulatório tem esse registro.

4.6 - Visita Domiciliar

A Portaria nº 189/91[4] estabelece que a visita domiciliar por profissional de nível superior é o "atendimento domiciliar realizado por profissional de nível superior, com duração média de 60 minutos."

No SPS/VG, a visita é feita pelo assistente social ou enfermeiro e, às vezes, acompanhados pelo auxiliar de enfermagem, de nível médio.

O objetivo principal da visita é a orientação do paciente e dos familiares quanto ao processo do adoecer psíquico. São prestadas informações sobre os tipos de tratamentos propostos e sobre a necessidade de prosseguir com eles. A família também é orientada quanto ao modo mais adequado de lidar com o paciente. Esclarecimentos são feitos a respeito da medicação, quanto a horários e dosagens. Cria-se um vínculo com o paciente e sua família, mas pretende-se resgatá-lo para a continuidade do tratamento ambulatorial.

A visita domiciliar, embora tenha aspectos psicológicos e psiquiátricos envolvidos, não pode ser categorizada como consulta psicológica nem psiquiátrica. É um atendimento social.

O número de visitas mensais não é fixo, variando de acordo com as necessidades dos pacientes.

Os casos clínicos que tem apresentado necessidade de visita domiciliar são, principalmente, os que tem como diagnóstico esquizofrenia e dependência de substâncias psicoativas (álcool, predominantemente). Muitas vezes, tais pacientes comparecem ao ambulatório, e, apresentando pequena melhora, abandonam o tratamento sem concluí-lo.

Com a visita, busca-se um suporte familiar para a continuidade e efetividade dos tratamentos, pois é comum o paciente

e a família terem pouca informação sobre a doença e os sintomas.

Tanto nos casos de dependência de substância psicoativa, quanto nos de esquizofrenia, a visita somente se faz necessária para aqueles pacientes resistentes ao tratamento proposto, que recusam a medicação. A visita também pode ser feita a pedidos de familiares de dependentes do álcool.

Os pacientes esquizofrênicos que rejeitam o tratamento ambulatorial e os medicamentos, são tratados por medicação injetável mensal em sua residência.

Em cada visita, é feita uma avaliação do quadro clínico do paciente. Os dados coletados são registrados no prontuário individual de consultas e levados ao SPS/VG para discussão com o médico psiquiatra.

BIBLIOGRAFIA

1. Bueno, Francisco da Silveira. (1970). Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: MEC-FENAME. Originalmente publicado em 1956.

2. Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. (1988). Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

3. Koogan/Houaiss. (1999). Enciclopédia e dicionário. Rio de Janeiro: Edições Delta.

4. BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 189, de 19.11.1991. Diário Oficial da União, 11.12.1991.

5. Lista telefônica Circuito dos Lagos. (1999). Sul de Minas - 357. Belo Horizonte: Guiatel - Telemig.

== Lista telefônica Sul de Minas - Circuito dos Lagos. (2000). 357. Belo Horizonte: Guiatel - Telemar.

6. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (1995). 4. ed. DSM-IV™. Tradução de Batista, Dayse. Porto Alegre: Artes Médicas.

7. Cabernite, Leão et alii. (1974). O grupo terapêutico e a psicanálise. Dutra Júnior, Antônio. Ensino e treinamento na psicoterapia analítica de grupo e na psicanálise. Rio de Janeiro: Imago Editora.

8. Berg, Jan Hendrik van den. (1979). Que é psicoterapia? São Paulo: Editora Mestre Jou.
9. Brown, Dennis & Pedder, Jonathan. (1981). Introdução à psicoterapia. Rio de Janeiro: Editora Campus.
10. Menninger, Karl & Holzman, Philip S. (1979). Teoria da técnica psicanalítica. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
11. Piéron, Henri. (1975). Dicionário de psicologia. Porto Alegre: Editora Globo.
12. Morgan, Clifford T. (1978). Introdução à psicologia. São Paulo: Editora McGraw-Hill do Brasil.
13. Corey, Gerald. (1983). Técnicas de aconselhamento e psicoterapia. Rio de Janeiro: Editora Campus.
14. Porchat, Ieda (organizadora). (1982). As psicoterapias hoje: algumas abordagens. Porchat, Ieda. As psicoterapias hoje: pontos de encontro e divergências. São Paulo: Summus Editorial.
15. Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1977). Vocabulário da psicanálise. Santos (SP): Livraria Martins Fontes.
16.Costa, Jurandir Freire. (1989). Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Editora Campus.
17. Oliveira, Persio Santos de. (1993). Introdução à sociologia. São Paulo: Editora Ática.
18. Dewald, Paul. (1981). Psicoterapia: uma abordagem dinâmica, p. 12, 317-318. Porto Alegre: Editora Artes Médicas. Originalmente publicado em 1973.
19. Moffatt, Alfredo. (1981). Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psicoterapia popular. São Paulo: Cortez Editora.
20. Grinberg, Leon; Langer, Marie & Rodrigué, Emilio. (1976). Psicoterapia de grupo: enfoque psicanalítico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
21. Baremblitt, Gregório (organizador). (1986). Grupos, teoria e técnica. Leitão, Maria Beatriz Sá. Conceito de grupo em Grinberg, Langer e Rodrigué. Rio de Janeiro: Edições Graal-Ibrapsi.
22. Freud, Sigmund. (1977). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos: O pequeno Hans. Rio de Janeiro: Imago Editora. Originalmente publicado em 1909.

23. Axline, Virginia Mae. (1980). Ludoterapia. Belo Horizonte: Interlivros de Minas Gerais.
24. Arfouilloux, J.C. (1976). A entrevista com a criança. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
25. Reca, Telma. (1976). Psicoterapia en la infancia. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.
26. Scheeffer, Ruth. (1981). Aconselhamento psicológico: teoria e prática. São Paulo: Editora Atlas.
27. Mannoni, Maud. (1971). A criança, sua "doença" e os outros. Capítulo I: O Sintoma ou a Palavra. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
28. Freud, Sigmund. (1974). Luto e melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XIV. Rio de Janeiro: Imago Editora. Originalmente publicado em 1927.
29. Nasio, Juan-David. (1997). O livro da dor e do amor. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
30. Fenichel, Otto. (1981). Teoria psicanalítica das neuroses, p. 150 e 367. Rio de Janeiro - São Paulo: Livraria Atheneu.
31. Chemama, Roland (organizador). (1995). Dicionário de psicanálise. Porto Alegre: Larousse/ Artes Médicas.
32. Aberastury, Arminda. (1982). Psicanálise da criança: teoria e técnica. Capítulo 10: Conflitos na elaboração do luto, p. 180. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
33. CID-10 (1992). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão. Volume I. Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial de Saúde. Capítulo V: transtornos mentais e comportamentais, p. 303 a 379. São Paulo: EDUSP - Editora da Universidade de São Paulo. 7. ed. (1999).
34. Chaui, Marilena. (1997). Convite à filosofia. 6. ed., p. 365 e 366. São Paulo: Editora Ática.
35. Almanaque Abril. (1983). Filosofia, p. 633. São Paulo: Editora Abril.
36. Ariès, Philippe. (1982). O homem diante da morte. Volume II, p. 632-634. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora.

37. Chevalier, Jean & Gheerbrant, Alain. (1982). Dicionário de símbolos. 8. ed., p. 228. Santos (SP): Livraria Martins Fontes Editora.
38. Câmara Cascudo, Luís da. (1999). Dicionário do folclore brasileiro. Rio de Janeiro: Ediouro Publicações.
39. Amaral, Fernando de Villemor. (1976). Pirâmides coloridas de Pfister. 2. ed. Capítulo 6: As cores, p. 104. Rio de Janeiro: CEPA - Centro Editor de Psicologia Aplicada.
40.VARGINHA. Sistema Único de Saúde. Projeto para implantação de oficinas terapêuticas no município de Varginha - MG. (1994). Equipe multiprofissional de saúde mental. Serviço de Saúde Mental. Mimeo.
41.BRASIL. Lopes, Mauricio Antonio Ribeiro (coordenador). (1998). Constituição da República Federativa. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.
42. Ribeiro, A C.M. et alii. (1996). Monografia: Avaliação do atendimento dispensado ao usuário no ambulatório da unidade de saúde Dr. J.E.P., no bairro Sion, em Varginha. Biblioteca da Escola de Saúde Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.
43. Freud, Sigmund. (1974). Sobre a tansitoriedade. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XIV, p. 347-348. Rio de Janeiro: Imago Editora.
44. BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 1/99, de 23 de março de 1999. Brasília, DF. Publicada também no Jornal do Psicólogo - CRP-04, ano 16, nº 63, junho de 1999. Belo Horizonte, MG.
• Vieira, Maria Stela Cardoso, pedagoga. (1999). Orientação pedagógica: Métodos (Modelo da Oficina de Alfabetização).
• P.R. Vade-Mécum. (1998). São Paulo: Soriak Comércio e Promoções.
• SIA/SUS - Portarias MS/SAS 204 de 06.12.1996 e 22.01.1997.
• Dicionário Português-Espanhol; Espanhol-Português. Cavero, David Ortega. (s.d.). Barcelona (Espanha): Editorial Ramon Sopena.

CAPÍTULO 10

OUTROS TRATAMENTOS

O Serviço Psicossocial de Varginha tem procurado estabelecer intercâmbio com todas as instituições do município que prestam atendimento direta ou indiretamente relacionado à saúde mental. Este intercâmbio contribui para a criação de uma rede municipal de assistência em saúde mental onde são contemplados diferentes níveis de complexidade quanto aos tratamentos oferecidos. No momento (2000) essa rede é informal e não articulada.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1982) "a prevalência da doença mental é estimada ao redor de 10%, na população geral"[1]. A demanda do SPS/VG representa um total inferior a 10% . O restante da população acometida por transtornos mentais, procura outras alternativas de atendimento e tratamento. Os outros tratamentos em saúde mental descritos abaixo, são realizados através de:

a) cooperativa.
b) filantropia.
c) ONG - Organização Não-Governamental.
d) serviço público da área social e da saúde.
e) trabalho comunitário voluntário.
f) profissionais liberais da área da saúde.
g) grupos anônimos de auto-ajuda.

I - DIVERSOS

1.0 - UNIPSICO - Cooperativa de Trabalho em Psicologia.

A UNIPSICO de Varginha, fundada em 1990, foi a segunda Cooperativa do gênero criada no Brasil*.

A UNIPSICO oferece serviços de psicologia nas seguintes áreas:

a) clínica: psicoterapia individual e de grupo, psicoterapia familiar e de casal, psicodiagnóstico, etc.

b) hospitalar.

c) educacional.

d) organizacional ou do trabalho.

O convênio firmado entre as empresas e a UNIPSICO, permite aos funcionários que trabalham nas empresas conveniadas, bem como aos seus dependentes, o tratamento psicológico por um preço de consulta mais acessível que o praticado nos consultórios particulares.

A UNIPSICO oferece ainda plano individual/familiar para o conveniado e sua família.

2.0 - FUVAE - Fundação Varginhense de Assistência aos Excepcionais.

A FUVAE "É uma entidade sem fins lucrativos, fundada em 1961, com o objetivo de oferecer atendimento especializado à pessoa portadora de deficiência (...) visando incluí-la na sociedade e no mercado de trabalho como cidadão participativo."[1] É uma instituição de reconhecida utilidade pública (municipal, estadual e federal) e de caráter beneficente.

A instituição "oferece ensino especial em estimulação precoce, educação infantil, ensino fundamental de 1° ciclo (1ª a 4ª séries) e oficinas profissionalizantes (artesanato, culinária, jateamento em areia, marcenaria, serviços gerais)."

A equipe multidisciplinar da FUVAE é composta pelos seguintes profissionais: pedagogos, professores, psicólogo,

* A primeira Cooperativa brasileira em psicologia foi criada no município de São Paulo, Capital, a qual é proprietária da logomarca UNIPSICO.

fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, dentista e médicos pediatra e neurologista.

Em 1999, a FUVAE prestou atendimento a aproximadamente 260 portadores de deficiências mental, visual, auditiva, física, paralisia cerebral, autismo, distúrbios de aprendizagem, síndrome de Down e deficiências múltiplas. Para isto, conta com atividades de ensino especial, oficinas profissionalizantes, reabilitação e habilitação e atendimento e acompanhamento pedagógico[2].

3.0 - Educandário Olegário Maciel

O Educandário Olegário Maciel é uma instituição beneficente e filantrópica, inaugurada em 8 de agosto de 1942. Foi construído e instalado pelo Governo Federal na presidência de Getúlio Vargas, em terreno doado pela Prefeitura Municipal.

Na época, a instituição teve o reconhecimento da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros, pois, sua finalidade era dar abrigo e assistência aos filhos de hansenianos cujos pais estavam internados no Sanatório Santa Fé, no município de Três Corações ou em outros leprosários. Devido a esse objetivo, o primeiro nome da instituição foi Preventório* Olegário Maciel, logo alterado para Educandário, a fim de evitar o estigma da doença e do preconceito.

O Educandário ocupa área de oito alqueires**, sendo aproximadamente 5.000 m² de construções, em grandes edifícios conjugados e de dois pavimentos. Os principais cômodos são: salas, cozinhas com despensas, refeitório, dormitórios masculino e feminino, apartamentos para hóspedes, sala de consulta médica, salão de conferências, sala de televisão, sala de datilografia e informática, sala da diretoria, capela, etc.

A parte externa possui quadras de basquete e futebol; parque infantil com brinquedos variados; horta, onde são cultivados verduras e legumes consumidos pelos residentes e vendidos para a comunidade, além de café em mudas e grãos. Há também

* Preventório: "estabelecimento onde os enfermos são cuidados preventivamente; instituição onde são internadas crianças filhas de tuberculosos ou morféticos para afastá-las do contágio."

** Um alqueire = 48.400 m². 8 x 48.400 = 387.200 m2. A área construída ocupa 1,29% da gleba.

jardins e áreas arborizadas.

Atualmente (fev./2000), a clientela do Educandário é formada por crianças e adolescentes de ambos os sexos, encaminhados pelo Conselho Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente e pelo Juizado de Menores. Dezenove são do sexo masculino e 26 do sexo feminino, com idades entre dois e 19 anos. Além disso, cinco deficientes mentais residem no Educandário, sendo três mulheres e dois homens, com idades entre 20 e 46 anos.

Muitas das crianças não são órfãs, mas oriundas de lares desfeitos e sem estrutura econômica e afetiva para educá-las. Outras chegam à instituição acreditando estarem presas, embora o estabelecimento não tenha grades nem muros. Com estas é desenvolvido um trabalho a fim de que possam perceber o Educandário como o seu lar. Há as que chegam sem noções de limites e esta aprendizagem é realizada através das regras de convivência social dentro da instituição.

O objetivo do Educandário é retirar o menor da rua e do abandono, oferecer-lhe um lar e afirmar sua cidadania. A aprendizagem escolar é valorizada e os menores estudam na escola do bairro.

Pessoas da comunidade auxiliam prestando trabalho voluntário diversificado, desde a convivência com os menores para oferecer-lhes apoio afetivo e psicológico até a doação de alimentos, roupas, material de limpeza e higiene pessoal, etc.

No Educandário trabalham 13 profissionais: diretor interno, horta (dois), costureira, pedreiro, cozinheira, lavadeira, faxineira, porteiro, arrumadeira, secretária, professora leiga e vigia (guarda). Todos têm nível de escolaridade de 1° grau. Profissionais com nível superior de formação prestam trabalho voluntário.

As atividades desenvolvidas são: horta e jardinagem, jogos de basquete e futebol, brinquedos educativos, recreação no parque infantil e passeios no próprio município, dança, música, datilografia, informática e recuperação da aprendizagem escolar.

Os recursos financeiros insuficientes tem impedido o Educandário de realizar as reformas necessárias nas edificações e de absorver clientela maior que a atual.

Por décadas, o Educandário Olegário Maciel vem prestando à comunidade varginhense relevante serviço na área social. Menores recebem nesta instituição os cuidados humanizadores que os impedem de ingressar na marginalidade, na violência, na prostituição e de fazerem da rua a sua morada. Uma parceria do Educandário com o poder público e a Universidade poderia apontar soluções para os principais problemas enfrentados e que se tornaram crônicos ao longo dos anos.

4.0 - ABRAÇO - Sul de Minas - Associação Brasileira Comunitária de Prevenção às Drogas.

A ABRAÇO é uma ONG - organização não-governamental, com caráter filantrópico. Iniciou suas atividades no município de Varginha em dezembro de 1994.

A clientela atendida pela ABRAÇO, é formada por portadores de transtornos mentais e de comportamento, devido ao uso de substâncias psicoativas: álcool, opióides, canabinóides, sedativos ou hipnóticos, cocaína, outros estimulantes (incluindo a cafeína), alucinógenos, tabaco, solventes voláteis e múltiplas drogas. Atualmente (set./1999), estão em tratamento cerca de 50 dependentes.

O trabalho de prevenção é realizado principalmente em escolas e empresas do município, onde os profissionais da equipe multiprofissional ministram palestras, com o objetivo de informar a comunidade sobre os riscos e conseqüências do uso de drogas.

A equipe multidisciplinar da ABRAÇO é formada por quatro psicólogos (três contratados e um voluntário); um assistente social e um terapeuta ocupacional. Quando há necessidade de consulta com médico psiquiatra, é utilizado o do Serviço Psicossocial.

A ABRAÇO possui três oficinas terapêuticas em funcionamento. Uma Oficina II, coordenada por terapeuta ocupacional, desenvolve atividades utilizando a reciclagem de sucatas variadas e de madeira e papel. Duas Oficinas I, coordenadas por profissionais com nível médio de escolaridade, desenvolvem atividades de artesanato e música. Todos os pacientes que freqüentam as oficinas tem acompanhamento psicoterápico individual.

Os recursos financeiros da ABRAÇO vêm do convênio firmado com o Sistema Único de Saúde para as oficinas terapêuticas e dos projetos esporádicos feitos por esta ONG para o Ministério da Saúde. Também são promovidos eventos juntos à comunidade (leilão de obras de arte) e solicitação de doações diversas.

A ABRAÇO funciona com dois turnos de atendimento, um pela manhã e outro, à tarde.

5.0 - Conselho Tutelar dos Direitos da Criança e do Adolescente

A Lei Federal nº 8069, de 13.07.1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

O Capítulo I, Título V, Do Conselho Tutelar, Disposições Gerais, estabelece:

"Art. 131. O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (...).

Art. 132. Em cada município haverá, no mínimo, um Conselho Tutelar composto de cinco membros, eleitos pelos cidadãos locais para mandato de três anos (...)."[3]

O artigo 136 diz que as principais atribuições do Conselho são atender as crianças e adolescentes e atender e aconselhar os pais ou responsável.

Em Varginha, o Conselho Tutelar foi criado pela Lei Municipal nº 2072 de 1991 e passou a exercer suas atividades em janeiro de 1993. Ele está vinculado à Secretaria do Bem-Estar Social e não dispõe de recursos financeiros próprios. A atividade de conselheiro é remunerada pela Prefeitura.

A clientela atendida é formada por crianças e adolescentes até os 18 anos e seus pais ou responsáveis. A grande maioria das queixas apresentadas se refere a agressão física e maus tratos dos pais contra filhos, por vezes com espancamento, e desentendimentos entre pais e filhos.

Em 1998, o Conselho Tutelar realizou 4.481 atendimentos totais, isto é, atendimentos às crianças e adolescentes e aos pais e responsáveis.

Atualmente (set./1999)O Conselho Tutelar trabalha em um turno de atendimento, das 12:00 às 18:00 horas, das segundas às sextas-feiras e mantém plantões (na residência de um dos conselheiros) aos sábados, domingos e feriados, em sistema de rodízio.

6.0 - PAMEV - Programa de Assistência ao Menor de Varginha

O PAMEV - Programa de Assistência ao Menor de Varginha, foi criado em 1988. O objetivo principal do programa é desenvolver trabalho preventivo com adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária dos 14 aos 17 anos. Pretende-se evitar a ociosidade e capacitá-los para o ingresso no mercado de trabalho. A clientela preferencial do programa são os adolescentes oriundos de famílias de baixa renda.

O PAMEV oferece, através do SET - Setor de Treinamento, curso de Iniciação às Atividades Administrativas, com carga horária de 180 horas. As disciplinas que compõem o currículo são:

a) auxiliar de trânsito;
b) auxiliar de escritório;
c) ética e comportamento;
d) datilografia;
e) arte e música.

Após a conclusão do curso, os alunos que atingiram o nível mínimo de aproveitamento se dirigem ao SEAPRO - Setor de Acompanhamento Profissional do PAMEV, onde são encaminhados para trabalho inicial na "área azul", locais da via pública com vagas para estacionamento de veículos automotores, na região central da cidade. Posteriormente, são encaminhados para trabalhar como auxiliares de serviços gerais de escritório, em empresas do município. Nesta etapa, o PAMEV oferece aos adolescentes um seguro de vida.

A equipe profissional do PAMEV é formada por cinco instrutores de atividades (um psicólogo e quatro profissionais com nível médio de escolaridade).

A cada ano são atendidos, aproximadamente, 224 menores. Os adolescentes, ao concluírem o curso, passam a ter

durante todo o tempo de permanência no PAMEV, acompanhamento psicológico. As principais queixas apresentadas por eles são: depressão, uso de drogas e problemas de relacionamento familiar (alcoolismo e agressividade dos pais).

A entidade mantenedora do programa é o Centro de Desenvolvimento da Criança, em parceria com a Prefeitura. A Prefeitura fornece a alimentação e os profissionais. O Centro de Desenvolvimento da Criança custeia equipamentos, material pedagógico e de trabalho (uniformes, capas de chuva, etc.).

7.0 - CIAME - Centro Integrado de Atendimento ao Menor

O CIAME - Centro Integrado de Atendimento ao Menor começou a desenvolver suas atividades no município, coordenado pelo governo do Estado de Minas Gerais, em 1979. A partir de 1985 foi dotado com sede própria pela Prefeitura Municipal, que desde esta data é a responsável pela manutenção do Centro, localizado na Vila Barcelona.

O CIAME desenvolve trabalho em nível preventivo, psicossocial e pedagógico, com crianças e adolescentes das classes sociais de baixa renda, dos sete aos 18 anos incompletos. O trabalho tem por objetivo evitar a ociosidade, complementando as atividades dos menores no período do dia em que não se encontram em classe regular de ensino.

São desenvolvidas as seguintes atividades:

a) horticultura;
b) acompanhamento escolar de 1ª a 4ª séries;
c) datilografia;
d) musicalização* ;
e) oficinas pré-profissionalizantes para adolescentes maiores de 14 anos: corte e costura, eletricidade, eletrônica, gráfica e marcenaria.

Os legumes e verduras cultivados pelos menores na horta comunitária, são servidos nas refeições que o CIAME oferece: dois lanches e almoço diários, com cardápio supervisionado por nutricionista.

* Noções de princípios musicais.

Na atividade musicalização, os adolescentes participam da fanfarra, denominada Meninos Gerais e, no ano de 2000, passaram a ser responsáveis pela gestão da Banda Marcial de Varginha.

O CIAME oferece também orientação pedagógica e psicológica para pais e menores. As crianças, geralmente, apresentam problemas de escolarização e aprendizagem e, os adolescentes, problemas de conduta e uso de múltiplas drogas.

A equipe profissional é formada por um psicólogo (coordenador); oito instrutores de atividades com nível secundário e primário de escolaridade; quatro auxiliares de serviços gerais e três auxiliares de serviço público.

Em 1999, o CIAME recebeu 554 matrículas, feitas por atividades. O adolescente pode se matricular em quantas atividades desejar. No primeiro semestre de 2000, estão sendo atendidos 300 alunos.

O horário de funcionamento do CIAME é das 7:30 às 17:30 horas, das segundas às sextas-feiras.

8.0 - Grupos de Terceira Idade

O grupo da terceira idade, mais recentemente denominado da Maioridade, foi criado no município de Varginha em junho de 1994, através do SESI - Serviço Social da Indústria, coordenado por assistente social.

Os grupos de terceira idade são registrados em cada unidade da federação com um nome específico, uma logomarca. A logomarca mineira é Melhor Idade. Em Varginha, o trabalho com grupos da terceira idade foi iniciado com o grupo Melhor Idade denominado *Viver e Conviver.*

Os principais objetivos dos grupos de terceira idade são: melhorar a qualidade de vida e auto-estima dos participantes.

A idade mínima para o ingresso no grupo é de 50 anos e não há limite de idade máxima para participação. As pessoas que mais buscam o grupo são as que estão na faixa etária dos 60 anos. Embora não tenha sido realizado estudo epidemiológico com os grupos de terceira idade do município, pode-se afirmar sobre

eles que são formados por pessoas de nível socio-econômico heterogêneo (classe de baixa renda, classe média e média alta*). Aproximadamente 90% dos participantes são mulheres, em sua maioria, viúvas. A procura masculina é incipiente; os homens são, em sua maioria, também viúvos.

Tanto homens quanto mulheres apresentam dificuldade inicial de relacionamento ao ingressarem nos grupos, mas a experiência mostra que essa dificuldade é logo superada. A participação e o entrosamento entre os participantes têm sido satisfatórios.

Atualmente (jan./2000), existem no município cinco grupos de terceira idade ativos, distribuídos pelo centro e pelos bairros da Boa Vista, Sion e Santana.

É realizado um encontro semanal com dinâmica de grupo, coordenada por assistente social. A média de participantes por grupo é de 40 pessoas. Membros da comunidade participam como colaboradores, incluindo profissionais liberais: médicos, psicólogos, educadores, dentistas, fisioterapeutas, professores de educação física, etc.

São desenvolvidas as seguintes atividades: dinâmicas de grupo; palestras sobre educação, saúde e lazer; viagens; piqueniques; bailes; participação em eventos diversos da comunidade; coral; teatro; visitas a empresas municipais; atividades artesanais e manuais como crochê, tricô e bordado; jogos de salão (damas, dominós, baralho, varetas), etc. Ginástica e hidroginástica são oferecidas através de convênios com academias que reduzem o preço das mensalidades e criam horários especiais de atendimento.

Atualmente, o trabalho dos coordenadores com os grupos de terceira idade é voluntário e os participantes não pagam nenhum tipo de taxa ou mensalidade. O local onde os encontros acontecem é cedido pela comunidade: Clube de Varginha, Associação dos Aposentados e Pensionistas de Varginha, SENAI II - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial, Paróquia da Igreja do Rosário, etc.

* Vide conceitos no Capítulo Tratamento dos transtornos mentais, notas de rodapé.

9.0 - Instituições Asilares Geriátricas e Penitenciárias

Existem pacientes que apresentam transtornos mentais e se encontram reclusos em instituições asilares geriátricas ou penitenciárias. O atendimento a esses pacientes ocorre sempre por solicitação verbal ou escrita dos diretores ou responsáveis por estes estabelecimentos.

Quase *"in totum"*, os pacientes penitenciários são levados ao SPS/VG algemados e acompanhados por policiais militares fardados e armados. O psicólogo vinculado ao Fórum Municipal acompanha os casos e se reúne com o psiquiatra do SPS/VG para estabelecimento de hipóteses diagnósticas e tomadas das decisões.

Dos pacientes das instituições geriátricas, muitos apresentam dificuldade de deambulação devido a afecções típicas da terceira idade, outros encontram-se acamados ou com afecções orgânicas importantes. Por isso, é necessário que o psiquiatra ou o psicólogo, acompanhados por enfermeiro, se locomova até estas instituições e preste atendimento no local. Esse tipo de atendimento, no entanto, acontece raramente, sendo mais freqüente o atendimento ao recluso penitenciário.

10.0 - Consultórios Particulares

Além destas instituições, ainda existem profissionais liberais (médicos e psicólogos) que mantém consultórios particulares no município. Estes profissionais atendem principalmente à clientela da classe média e média-alta.

A demanda também pode dirigir-se a profissionais de saúde mental, da rede pública ou privada de outros municípios. Não dispomos de instrumentos que possam fornecer dados sobre esta situação.

II - GRUPOS ANÔNIMOS DE AUTO-AJUDA

Os grupos anônimos de auto-ajuda descritos a seguir tem em comum:

a) são grupos não-profissionais e financeiramente auto-sustentados.

b) o único critério exigido para alguém ser aceito como membro, é o desejo de abandonar o uso da substância psicoativa que ocasionou a dependência.

c) não é feita nenhuma discriminação de idade, sexo, ocupação, cor da pele, raça, partido político, crença religiosa, identidade sexual ou classe sócio-econômica.

d) os grupos são formados e coordenados por ex-dependentes.

e) a técnica utilizada durante os encontros consiste no depoimento dos membros antigos sobre sua recuperação; depoimento dos recém-ingressos sobre sua experiência particular no uso da droga e estudo da literatura própria de cada grupo, que sugere os comportamentos a serem alcançados pelos membros, como meta de recuperação. A literatura também estabelece princípios e normas de organização e funcionamento dos grupos.

f) preservação da identidade dos membros, através do anonimato (sigilo).

11.0 - A.A. - Alcoólicos Anônimos e Al-Anon.

O grupo de alcoólicos anônimos* foi fundado no município de Varginha em 1970.

Atualmente (set./1999), estão em funcionamento sete grupos, um a cada dia da semana, em encontros diários. As reuniões acontecem no período da manhã, tarde ou noite, dependendo do grupo. Cada reunião tem a duração de duas horas. O número de participantes é variável a cada encontro e os grupos podem ter, aproximadamente, um mínimo de oito e um máximo de 40 pessoas. Não foi feita, até o momento, nenhuma estatística sobre os freqüentadores dos Alcoólicos Anônimos municipal e nem o levantamento de seu perfil epidemiológico.

O Al-Anon foi fundado no município em 1972. É o grupo para os familiares dos alcoólicos .

O objetivo do Al-Anon é: orientar a família no relacionamento com o familiar alcoólico e ensiná-la a conviver com o alcoólico no lar, compreendendo o processo do alcoolismo como uma doença. O Al-Anon considera que a família orientada vai se proteger emocionalmente e se preservar.

"O Al-Anon encara o alcoolismo como doença progressiva e de determinação fatal. A bebida destrói o alcoólatra e, o alcoólatra, a família."(sic)

Atualmente, existem dois grupos de Al-Anon em atividade. Eles se reúnem uma vez por semana, um no período da tarde e outro, à noite. O grupo vespertino tem uma média de participação de 25 pessoas e o grupo noturno, de 10 pessoas. Cada reunião tem a duração máxima de 90 minutos.

12.0 - NA - Narcóticos Anônimos

O NA - Narcóticos Anônimos é uma irmandade* ou sociedade internacional, sem fins lucrativos, com o objetivo de atender adictos em recuperação.

O programa do NA estabelece um conjunto de princípios de recuperação denominados os Doze Passos e as Doze Tradições, onde preconiza a total abstinência de qualquer tipo de substância psicoativa.

Três princípios são considerados indispensáveis na recuperação do adicto: honestidade, mente aberta e boa vontade. O NA procura abordar a doença da adicção de maneira realista,

* Conhecido bar da cidade serve aos dependentes do álcool a *pinga da baba*, formada pelo resto de pinga que os clientes deixam nos copos, guardado num garrafão e servido a dez centavos de real a dose. No dicionário[4], alcoólatra, alcoolista, alcoólico e etilista, figuram como sinônimos, significando: "indivíduo dado ao vício do álcool; indivíduo que se dá ao abuso de bebidas alcoólicas e pessoa que sofre de alcoolismo". Popularmente, o alcoólico é chamado de cachaceiro, bêbado, bêbedo, pau-d'água, embriagado, pingueiro, esponja, caixa d'água[4]; beberrão, bebedor, borrachão, borracho, mata-borrão, pipa, tonel[5]; biriteiro, ébrio, beberraz, bebum, temulento, estonteado, tonto, bebaça, bêbaço, bebenrote, bruega, gambá, pé-de-cana[6]. Em Varginha, são muito utilizados os termos pinguço e pingaiada (de pinga, termo popular para cachaça, caninha, aguardente).

* Associação de caráter religioso: confraria; união ou intimidade fraternal; confraternidade[6].

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

considerando que o valor terapêutico da ajuda de um adicto a outro não tem paralelo.

Embora o NA não se filie a nenhum grupo religioso, seis dos Doze Passos fazem referência a Deus e, das Doze Tradições, uma se refere explicitamente, e outra fala em anonimato como alicerce espiritual. O NA é, portanto, uma sociedade com princípio espiritual.

No município de Varginha, o início das atividades dos Narcóticos Anônimos se deu em 1995.

Atualmente (fev./2000), existem dois grupos em funcionamento. O grupo Mente Aberta (Centro), com reuniões diárias, e o grupo Nova Vida (Vila Floresta), com três reuniões semanais. Cada reunião tem a duração de 90 minutos. Os grupos são coordenados por um membro com pelo menos três meses limpo (sem usar drogas). É sugerido que cada adicto tenha um padrinho que vai orientá-lo em sua recuperação. O padrinho é outro adicto, com mais tempo limpo. Para que uma reunião aconteça, basta o encontro de dois adictos compartilhando o desejo de ajuda mútua e de se manterem livres do uso de drogas.

Nos encontros, os membros falam de sua experiência pessoal no envolvimento com drogas e estudam a literatura dos narcóticos anônimos, baseada nos Doze Passos e nas Doze Tradições. Cada grupo tem, aproximadamente, 12 participantes.

O grupo de Narcóticos Anônimos procura fortalecer a união de seus membros, promovendo festas e encontros para o estudo dos passos e tradições. Há uma convenção anual regional (brasileira) para o adictos comemorarem os "anos limpos". A convenção anual pode acontecer em qualquer município do Brasil.

13.0 - N.A. - Neuróticos Anônimos

O N.A. - Neuróticos Anônimos é um grupo de autoajuda em atividade no município desde 1972, com princípios de funcionamento e organização semelhantes ao dos Alcóolicos Anônimos. A trajetória do N.A. em Varginha tem sido intermitente, pois, periodicamente a desistência de coordenadores interrompe, às vezes, por meses, o funcionamento do grupo.

Atualmente (fev./2000), o N.A. realiza um encontro semanal com média de seis participantes, que podem variar a cada encontro. Cada encontro tem a duração aproximada de 90 minutos. Os membros são homens e mulheres, sem predominância de um sexo sobre outro.

Cada reunião é aberta com a seguinte prece, denominada oração da serenidade:

"Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir umas das outras."

A atuação do N.A. se baseia na crença de um poder superior, Deus, sendo portanto, um grupo de ajuda espiritual.

Segundo um membro do grupo, a "terapia ocorre por identificação. Os membros mais antigos prestam depoimento da sua recuperação e os mais novos se identificam. Tem a terapia da fala e do ouvido. Ouve-se os outros e fala-se de si. A cura acontece através deste procedimento." (sic)

As queixas mais freqüentes apresentadas pelos membros do N.A. são: depressão, angústia, insônia, dificuldade de relacionamento interpessoal e solidão.

O local dos encontros é a sala de catequese da Igreja Matriz do Divino Espírito Santo, na região central da cidade. A participação é gratuita, não sendo cobrada nenhum tipo de taxa dos participantes.

14.0 - F.A. - Fumantes Anônimos

O grupo de F.A. - Fumantes Anônimos iniciou suas atividades no município em 1982. É um grupo que tem por objetivo atender aos dependentes do tabaco. Os princípios de organização e funcionamento são semelhantes aos do NA - Narcóticos Anônimos, adotando também os preceitos descritos nos Doze Passos e nas Doze Tradições.

De acordo com um membro do grupo, "Fumantes Anônimos é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver seus

problemas comuns e ajudar outros a se recuperarem do tabagismo." (sic)

Atualmente (fev./2000), existem dois grupos em atividades, com média de cinco participantes por grupo. Cada encontro tem a duração aproximada de 90 minutos.

Ex-fumantes prestam depoimentos e isto serve de incentivo para os membros recém-ingressos no grupo.

O local onde os grupos de F.A. se reúnem é a sala de catequese da Igreja Matriz do Divino Espírito Santo.

BIBLIOGRAFIA

1. CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. Programa de reorientação da assistência psiquiátrica previdenciária (aprovado pela Portaria MPAS nº 3062 de 23.08.1982).

2. FUVAE. Boletim Semana Nacional do Excepcional. Varginha: Correio do Sul (Gráfica e Editora). Ago./1999.

3. BRASIL. LEI (nº 8069, de 13.07.1990). Ministério da Saúde. Ministério da Criança. Estatuto da Criança e do Adolescente. (1991). Brasília (DF): Imprensa Nacional.

4. Bueno, Francisco da Silveira. (1970). Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: MEC-FENAME. Originalmente publicado em 1956.

5. Koogan/Houaiss. (1999). Enciclopédia e dicionário. Rio de Janeiro: Edições Delta.

6. Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. (1988). Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

• Quem, o que, como e porque. (1999). Narcotics Anonymous World Services, Inc. Narcóticos Anônimos (Livreto IP nº 1 - BR).

• Narcóticos Anônimos. (1993). World Service Office, Inc. Brazilian. Estados Unidos. Tradução da 5. ed. do livro Narcotics Anonymous.

ENTREVISTAS

Setembro de 1999

• UNIPSICO. Diretor financeiro.
• ABRAÇO. Psicólogo da equipe multidisciplinar.
• A.A. e Al-Anon. Membros das obras.
• Conselho Tutelar. Presidente.
• PAMEV. Psicólogo.

Janeiro de 2000

• Grupos da terceira idade. Assistente social coordenador dos grupos.

Fevereiro de 2000

• CIAME. Psicólogo coordenador.
• NA - Narcóticos Anônimos. Membro.
• N.A. - Neuróticos Anônimos. Membro.
• F.A. - Fumantes Anônimos. Membro.
• Educandário Olegário Maciel. Presidente. Visita ao Educandário.

OBSERVAÇÃO

Os dados e informações obtidos nas entrevistas são de absoluta responsabilidade dos entrevistados.

CAPÍTULO 11

PROGRAMAS DE SAÚDE GERAL: A PARTICIPAÇÃO DO PSICÓLOGO DO SPS/VG

1.0 - INTRODUÇÃO

A participação de psicólogos do SPS/VG, em programas de saúde geral, dá-se desde a constituição do Serviço em 1986 e sempre teve um caráter voluntário. O psicólogo é convidado pela Diretoria Regional de Saúde (Estadual), Secretaria Municipal de Saúde ou chefia ou outro profissional de uma policlínica, para participar de determinado programa, como membro de uma equipe multiprofissional. O psicólogo pode também, de acordo com sua área de interesse, oferecer-se para o trabalho nos programas.

Participando de um programa, ele presta o atendimento dentro de seu horário de serviço. Os atendimentos prestados pelos psicólogos nos diversos programas de saúde geral não são registrados como atendimentos efetuados pelo SPS/VG.

Até o momento são três os programas de saúde dos quais os psicólogos participam ou participaram, realizados na Policlínica Central:

Programas de Saúde Geral:

- Controle da hanseníase*.
- Doenças sexualmente transmissíveis / AIDS.

* A hanseníase é uma das enfermidades de mais antigo registro no município. Araújo (1946) (apud Paula, 1999) relata que em 1873, Varginha, com 7195 habitantes, apresentava seis casos da moléstia.

- Prevenção e tratamento das doenças da mama.

A seguir, comentaremos essa participação em cada programa.

2.0 - PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

O primeiro programa de saúde geral do qual os psicólogos do SPS/VG participaram foi o de atendimento ao hanseniano. Esses primeiros atendimentos se deram logo após a constituição do Serviço em 1986. Os psicólogos não receberam nenhum treinamento especial, tiveram que buscar por conta própria informações sobre a doença e abandonaram a participação no programa poucos meses depois.

Com a municipalização dos serviços de saúde (1990/91), mais psicólogos passaram a integrar a equipe multidisciplinar do SPS/VG e a participação no programa de controle da hanseníase voltou a acontecer. A intermitência tem sido a principal característica desta participação.

Os membros da equipe multidisciplinar são: médico dermatologista, enfermeiro, bioquímico, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e auxiliar de enfermagem.

Os medicamentos utilizados, atualmente, na poliquimioterapia (PQT) são os hansenostáticos[2]: clofazimina, dapsona e rifampicina. Podem ser usados ainda corticóides, medicações associadas e medicações alternativas ao uso padrão.

O relatório final do encontro de psicólogos e assistentes sociais que trabalhavam no controle da hanseníase, em Minas Gerais, realizado em Belo Horizonte, MG (1995), enumera seis componentes principais no controle da moléstia:

1. diagnóstico,
2. tratamento,
3. prevenção de incapacidades,
4. vigilância de contatos,
5. educação em saúde, e
6. reabilitação.

Sobre os componentes citados priorizaram-se as principais dificuldades encontradas ao se lidar com o paciente. São as seguintes:

"1. Diagnóstico: o impacto do paciente frente ao estigma do diagnóstico de hanseníase.

2. Tratamento: o abandono do tratamento.

3. Prevenção de incapacidades: a falta de informação com relação à prevenção de incapacidades.

4. Vigilância de contatos: o medo do paciente em expor o diagnóstico para a família.

5. Educação em saúde: a falta de divulgação da doença ou divulgação restrita.

6. Reabilitação: dificuldade na reinserção profissional - baixa estima"[3].

Não fica claro no texto o que se quer dizer com "falta de divulgação da doença". Presumimos que se refere ao paciente que comparece ao ambulatório sem nenhuma informação ou com informação insuficiente sobre a doença que o acomete.

Cada componente enumerado acima oferece oportunidade ampla para o trabalho do psicólogo, pois todos tem alguma relação com as expectativas, fantasias e angústia do paciente frente à doença da qual é portador.

O objetivo principal do trabalho do psicólogo no atendimento ao hanseniano, é oferecer suporte psicológico ao paciente e familiares, na questão específica de se lidar com a doença.

O psicólogo está presente no diagnóstico e, na alta, após a conclusão do tratamento. Durante o tratamento médico-medicamentoso, as consultas com o psicólogo ocorrem toda a vez que o paciente manifestar desejo nesse sentido, ou quando algum membro da equipe multiprofissional detectar a necessidade.

3.0 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS DA MAMA

A participação do psicólogo no programa de prevenção e tratamento das doenças da mama, tem por objetivo atender às pacientes com queixas diversas sobre sintomas da mama, e não

somente àquelas com diagnóstico de neoplasia mamária já estabelecido. Em casos graves, como câncer que requerem cirurgia para extirpação total da mama (mastectomia) ou um quarto dela (quadrantectomia), é necessária a intervenção de toda a equipe multidisciplinar. A equipe é composta por: médico mastologista, enfermeiro, fisioterapeuta e psicólogo. Um auxiliar de saúde de nível médio, é responsável pelos curativos.

O psicólogo pode acompanhar as pacientes no período pré-operatório, na internação para a cirurgia, no pós-operatório ou durante a recuperação física e psicológica da paciente. O trabalho psicoterapêutico pode ser analítico ou de apoio.

Aquelas pacientes que desejam dar continuidade ao processo psicoterapêutico iniciado no evento cirúrgico, são atendidas em psicoterapia. Para algumas pacientes, o processo neoplásico da mama desencadeia uma demanda por psicoterapia, para outras, não.

O psicólogo que trabalha no programa classifica as pacientes em duas categorias: aquelas que só aceitam atendimento psicológico durante a preparação para o processo de cirurgia ou durante a recuperação e aquelas que, a partir desse evento traumático, trazem uma demanda de prosseguir com a psicoterapia.

Do ponto de vista do trabalho psicológico, a situação ideal é o psicólogo receber a paciente no início dos contatos médicos, antes de receber o diagnóstico. No entanto, isso nem sempre ocorre. O mais comum é o médico comunicar o diagnóstico e o psicólogo trabalhar a angústia e as fantasias de morte que dele advém. O trabalho psicológico surte efeito terapêutico mais positivo quando todo o processo de vivência médica da paciente é acompanhado desde o início.

Muitas vezes, a paciente chega ao psicólogo com o diagnóstico estabelecido e com a necessidade de cirurgia já comunicada pelo médico. Isso dificulta o trabalho, pois a paciente vem com intensa angústia e não há tempo hábil para se estabelecer um vínculo psicoterapêutico.

O momento do psicólogo iniciar o trabalho

psicoterapêutico com as pacientes é variável. Com algumas, ele começa no hospital, na internação, às vezes, poucas horas antes da cirurgia. Com outras, o trabalho começa no pós-cirúrgico. Quanto a isso, o tempo decorrido do pós-operatório também é variável. O psicólogo pode ser chamado poucas horas após a cirurgia ou semanas depois.

Em muitas situações, uma avaliação equivocada sobre o estado psicológico da paciente é feita por outros profissionais da equipe e a paciente, com isso, é encaminhada tardiamente para a psicoterapia. Em outros casos, as pacientes encaminhadas para o psicólogo recusam o atendimento, por resistência ou preconceito, dizendo coisas como: - "eu não sou louca, não preciso de psicólogo".

Existem algumas dificuldades em se trabalhar em equipe multiprofissional, no atendimento ao câncer da mama. Elas são de dois tipos: relacionamento interpessoal / profissional e pragmáticas.

As dificuldades de relacionamento são ocasionadas pelas diferentes e, por vezes, conflitantes percepções de cada membro da equipe, sobre o estado psicológico das pacientes. Este conflito não tem sido resolvido. Alguns profissionais tem dificuldade em trabalhar em equipe e cada um se envolve de um modo próprio com o trabalho e as pacientes, dependendo de suas motivações e interesses pessoais. Isto afeta a dinâmica do relacionamento pessoal e profissional na equipe e dificulta a execução do programa.

As dificuldades pragmáticas tem sido conciliar horários para as reuniões que sejam adequados a todos e, principalmente, alterações nos objetivos gerais do programa, sujeitos às diretrizes adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, o aspecto preventivo do programa é incipiente.

Por causa dos motivos apontados, a qualidade e a resolubilidade dos atendimentos aos portadores de câncer da mama, tem apresentado flutuações ao longo da existência do programa, ora sendo possível um trabalho de equipe satisfatório, ora não.

4.0 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS - DSTs/AIDS

Os objetivos deste programa estão explicitados em seu título, quer seja, a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (síndrome da imunodeficiência humana adquirida).

Embora todas as DSTs sejam alvos de cuidados do programa, o foco de atenção especial é dirigido para a AIDS. Isto se deve à maior complexidade dos elementos envolvidos, tanto na terapêutica médica, quanto na psicológica, e nas intensas expectativas e fantasias que o paciente apresenta com relação a adoecer com esta síndrome.

A equipe multidisciplinar do programa DSTs/AIDS é composta por: médico infectologista, enfermeiro, assistente social, psicólogo e auxiliar de enfermagem. O trabalho em equipe tem sido difícil pelas mesmas razões apontadas com relação ao programa de prevenção e tratamento do câncer de mama. Pode-se dizer que, até o momento, o trabalho em equipe tem se dado no plano da tentativa.

Em nenhum outro programa, conteúdos tão profundos afloram com o nível de intensidade que se pode perceber quando se lida com pacientes com AIDS: aqueles que envolvem fantasias relacionadas à sexualidade e a morte. Parece claro que este conteúdo ameaçador entra como elemento que dificulta ainda mais o trabalho em equipe multiprofissional; ou seja, nem pacientes nem profissionais escapam da mobilização provocada por Eros e Tânatos. A forma como esta mobilização vai ser equacionada tornará possível ou inviável o trabalho terapêutico com os pacientes. Seria recomendável que os profissionais que se sentem excessivamente mobilizados pelos conteúdos do binômio sexualidade/morte, buscassem psicoterapia.

O paciente, de modo usual, se mostra resistente ao atendimento psicológico. Ele recusa a psicoterapia, seja analítica ou de apoio. Podemos constatar, empiricamente, que falar da realidade que ele está vivendo é algo muito ameaçador e doloroso. Ele

não quer saber d'isso. Poucos são os pacientes que conseguem estabelecer vínculo transferencial para um trabalho de análise. Comparados aos pacientes de hanseníase e mama, os de AIDS produzem menos. O impacto paralizante das fantasias de morte dificulta bastante o desenvolvimento do trabalho psicoterapêutico.

O atendimento se limita, portanto, aos que buscam por ele. Entretanto, todos os pacientes são informados da existência do atendimento psicológico e o psicólogo se coloca disponível para atendê-los, caso manifestem esse pedido. Para os pacientes que procuram, o atendimento tem sido predominantemente individual. Tentativas foram feitas no sentido de se formar grupos, por sugestão dos próprios pacientes. Todavia, há uma clivagem entre o manifesto do pedido e o que está posto como desejo. Solicitam grupo. O grupo é formado e marca-se horário de consulta. Os pacientes não comparecem.

O psicólogo também presta atendimento ao paciente com internação hospitalar sucessiva. Como "nos últimos anos foram obtidos grandes avanços no conhecimento da patogênese da infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e várias drogas anti-retrovirais foram desenvolvidas e se mostraram eficazes para o controle da replicação viral, diminuindo a progressão da doença e levando a uma redução da incidência das complicações oportunísticas"[4], o que se percebe é a diminuição das internações hospitalares e uma melhora e maior estabilidade do quadro clínico geral dos pacientes.

Quanto ao aspecto preventivo do programa, alguns trabalhos foram desenvolvidos: palestras, debates e dinâmicas de grupo sobre prevenção em doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, para adolescentes e adultos, realizados em escolas, empresas e hospitais do município.

5.0 - CONCLUSÃO

Duas dificuldades básicas foram apontadas em todos os programas: o trabalho em equipe multidisciplinar e alteração freqüente dos objetivos por causa de mudanças de diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde.

As dificuldades de relacionamento interpessoal de membros da equipe se ancoram em dois tipos de questões principais: entrosamento com os colegas e angústia ou ansiedade em lidar com conteúdos mobilizadores da fantasia, como sexualidade e morte.

A dificuldade de entrosamento com os colegas de equipe não é algo exclusivo do Serviço Psicossocial de Varginha, nem dos psicólogos que trabalham nos programas. Um estudo do Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região (CRP/06 - SP), intitulado A inserção dos psicólogos nas unidades básicas de saúde (apud Castelo Branco, 1998) "demonstrou que, além da dificuldade de definir o seu papel, recriar técnicas e encontrar os referenciais teóricos adequados, o psicólogo, assim como outros profissionais das unidades básicas de saúde, não sabem trabalhar em equipe, compartimentando as ações executadas junto a um mesmo sujeito"[5].

A Policlínica Central, local onde se trabalha com os programas relatados aqui, ainda não dispõe de um instrumento de controle dos pacientes que são atendidos nos vários programas de saúde. Assim sendo, os dados do perfil demográfico e nosológico dos pacientes estão dispersos nos prontuários individuais, o que dificulta a realização de estudos epidemiológicos.

Portanto, em vista das questões apontadas, o trabalho do psicólogo nos programas de saúde geral tem sido intermitente, fato que, aliado às dificuldades referidas, compromete ainda mais a qualidade dos tratamentos prestados.

BIBLIOGRAFIA

1. Paula, Alcebíades Sebastião Viana de. (1999). Esboço da história da medicina em Varginha, do século XIX a 1970. Conferência no Curso de História da Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (25 p.). Mimeo. Belo Horizonte.

2. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Medicamentos Básicos. Memento terapêutico. (1984). Belo Horizonte: Imprensa Oficial.

3. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. Superintendência de Epidemiologia. Centro de Doenças Transmissíveis. Coordenadoria de controle de hanseníase. Encontro de assistentes sociais e psicólogos que trabalham no controle da hanseníase em Minas Gerais. (1995).Belo Horizonte. Mimeo.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. (1999). 1. ed. p. 24. Brasília: MS/FNS.

5. Castelo Branco, Maria Teresa. (1998). Que profissional queremos formar? Psicologia: Ciência e Profissão, 18, nº 3, 28-35.

CAPÍTULO 12

PERFIL DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO SPS/VG - JULHO/1999

1.0 - EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Em julho de 1999, a equipe multidisciplinar do Serviço Psicossocial de Varginha estava assim constituída:

11 psicólogos
1 médico psiquiatra
1 médico neuropsiquiatra
1 enfermeiro
1 assistente social
1 terapeuta ocupacional

Com o objetivo de se estabelecer o perfil da equipe, foi distribuído questionário para coletar os seguintes dados:

- sexo
- idade
- estado civil
- cursos de graduação e pós-graduação
- tempo de formado
- orientação teórica de trabalho
- exercício de profissão/ocupação diferente, fora do horário de atendimento no SPS/VG
- exercício do magistério: nível de ensino, disciplinas lecionadas e tempo de exercício
- fala, leitura e tradução em idioma estrangeiro

- cursos e estágios no exterior
- tipo de leitura preferida
- vínculo de trabalho (estadual ou municipal)

A cópia do modelo de questionário utilizado está em Anexos.

As tabelas a seguir sintetizam os dados acima por sexo e faixa etária.

TABELA 1

Sexo, em números absolutos e percentuais.

SEXO	N	%
Masculino	4	25
Feminino	12	75
Total	16	100

Fonte: SPS/VG.

TABELA 2

Faixa etária por sexo, em números absolutos.

FAIXA ETÁRIA	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
30 - 34	2	4	6
35 - 39	0	4	4
40 - 44	2	4	6
Total	4	12	16

Fonte: SPS/VG.

TABELA 3

Estado Civil por sexo, em números absolutos.

ESTADO CIVIL	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
Solteiro	1	4	5
Casado	2	7	9
Divorciado	1	0	1
Separado	0	1	1
Total	4	12	16

Fonte: SPS/VG.

TABELA 4

Cursos de graduação por sexo, em números absolutos.

CURSOS	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
Psicologia	3	8	11
Medicina	1	1	2
Enfermagem	0	1	1
Serviço Social	0	1	1
Terapia Ocupacional	0	1	1
Total	4	12	16

Fonte: SPS/VG.

TABELA 5

Outros cursos de graduação realizados pela equipe multidisciplinar.

CURSOS	PROFISSIONAIS
Pedagogia	2
Comunicação Social	1
Ciências Sociais	1
Total	4

Fonte: SPS/VG.

TABELA 6

Cursos de pós-graduação por área e sexo, em números absolutos.

PÓS-GRADUAÇÃO	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
Psicologia	3	3	6
Medicina	3	0	3
Saúde Pública	1	1	2
Pedagogia	1	0	1
Total	8	4	12

Fonte: SPS/VG.

Os cursos de pós-graduação realizados são os seguintes, por área:

Psicologia
Psicomotricidade.
Psicologia educacional.
Psicoterapia analítica junguiana.
Psicologia clínica.
Psicologia médica.

Pedagogia
Metodologia do ensino de 1º e 2º graus.

Saúde Pública
Especialização em saúde pública.

Medicina
Neurologia.
Psiquiatria.
Defesa química, biológica e nuclear.

TABELA 7

Tempo de formado por sexo.

ANOS	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
8 - 12	2	7	9
13 - 17	0	2	2
18 - 22	2	3	5
Total	4	12	16

Fonte: SPS/VG.

TABELA 8

Orientação teórica de trabalho dos psicólogos, em números absolutos.

ORIENTAÇÃO	N
Psicanalítica*	7
Junguiana	2
Rogeriana	1
Behaviorista	1
Total	11

Fonte: SPS/VG.

* psicanálise freudiana e/ou lacaniana. Nenhum dos psicólogos declarou orientação psicanalítica kleiniana.

Orientação teórica de trabalho dos médicos:
Psicanalítica: 1
Junguiana: 1

Quanto ao exercício de outra profissão/ocupação fora do horário de trabalho no SPS/VG:
Não exercem: 14
Exercem: 2

TABELA 9

Profissionais que já lecionaram ou lecionam, por nível de ensino.

NÍVEL DE ENSINO	Psicólogo	Médico	Enfermeiro
1º grau	2	0	1
2º grau	6	0	0
Superior	5	1	0
Pós-graduação	2	1	0

Fonte: SPS/VG.

Dos 16 profissionais da equipe multidisciplinar, 10 já lecionaram ou lecionam (62,5%); os psicólogos, em todos os níveis de ensino. O tempo de magistério vai de seis meses até 18 anos. As disciplinas mais lecionadas para o 2° grau são aquelas de formação do curso de magistério de 1° grau: Fundamentos da Educação I (aspectos biológicos e psicológicos); Fundamentos da Educação II (aspectos históricos, filosóficos e sociológicos) e didáticas (geral e especial).

TABELA 10

Cursos no exterior.

CURSO	PROFISSIONAL	DURAÇÃO	PAÍS
Psicologia Social	Psicólogo	1 ano	França
Psicomotricidade	Psicólogo	2 anos	França
Neurologia	Neuropsiquiatra	10 meses	Argentina

Fonte: SPS/VG.

TABELA 11

Estágios no exterior.

ÁREA	PROFISSIONAL	DURAÇÃO	PAÍS
Neurologia	Neuropsiquiatra	1 mês	França
Hospitalar	Psicólogo	2 anos	França
Saúde Mental	Psicólogo	4 meses	França

Fonte: SPS/VG.

TABELA 12

Profissionais que falam, lêem ou traduzem em idioma estrangeiro, em números absolutos.

IDIOMA	FALA	LEITURA	TRADUÇÃO	TOTAL
Francês	4	4	4	12
Espanhol	1	5	3	9
Inglês	3	4	2	9
Italiano	3	3	2	8
Total	11	16	11	38

Fonte: SPS/VG.

TABELA 13

Tipo de leitura preferida e número de escolhas.

TIPO DE LEITURA	ESCOLHAS
Revistas	14
Psicanálise	10
Literatura universal	9
Literatura brasileira	8
Psicologia	8
Jornais	6
Educação	4

Fonte: SPS/VG.

No tipo de leitura preferida os profissionais puderam marcar quantas opções desejassem.

TABELA 14

Profissionais do SPS/VG por vínculo de emprego, em números absolutos.

VÍNCULO	PROFISSIONAIS
Estadual	2
Municipal	14
Total	16

Fonte: SPS/VG.

1.1 - SÍNTESE

A equipe multidisciplinar do SPS/VG é predominantemente feminina (75%) e a maioria dos profissionais é casada (56,25%). A idade varia na faixa dos 30 aos 44 anos.

A maioria dos profissionais tem entre oito a 12 anos de formada (56,25%).

A orientação teórica da maior parte da equipe é psicanalítica (freudiana e/ou lacaniana), incluindo psicólogos e médico.

Os cursos de graduação realizados pela equipe são: psicologia, medicina, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional. Os psicólogos constituem o grupo majoritário com 11 profissionais (68,75%). Além do curso de graduação, cuja formação teórica e técnica os profissionais exercem no SPS/VG, quatro profissionais ainda possuem outros cursos de graduação em áreas afins à saúde mental: Pedagogia: 2, Comunicação Social: 1 e Ciências Sociais: 1. Os quatro são psicólogos.

Os membros da equipe possuem 12 cursos de pós-graduação nas áreas da psicologia, medicina, saúde pública e pedagogia. O grupo masculino, apesar de minoritário (25%), realizou a maioria dos cursos de pós-graduação (66,66%).

Dos profissionais da equipe, 14 não exercem outra profissão ou atividade fora do horário de trabalho no SPS/VG. Os dois profissionais que exercem se dedicam ao magistério. Seis psicólogos e os dois médicos, atendem em consultório particular de psicologia e medicina, dedicando entre 10 a 30 horas semanais com esta atividade.

Quase dois terços da equipe multidisciplinar tem ou teve experiência no magistério, principalmente no 2º grau e cursos superiores. O tempo de magistério é variável, indo de seis meses até 18 anos. Os psicólogos tem experiência de magistério em todos os níveis de ensino.

Apenas três membros da equipe (dois psicólogos e um médico) realizaram algum tipo de curso ou estágio no exterior, todos em áreas relacionadas à saúde mental. O país de preferência para a realização dos cursos e estágios foi a França.

Quanto a fala, leitura e tradução em idioma estrangeiro, sete profissionais da equipe (43,75%), tem conhecimento de pelo menos um desses idiomas: francês, espanhol, inglês e italiano. O francês é o idioma estrangeiro mais utilizado e a maioria dos idiomas dominados é de origem latina. A leitura em outra língua é a habilidade mais desenvolvida pelo grupo.

Quanto ao tipo de leitura predileta, o maior número de escolhas foi, pela ordem: revistas, psicanálise e literatura universal. As revistas preferidas foram as do tipo informativo/instrutivo,

abordando assuntos variados de política, economia, cultura e lazer. Entretanto, o interesse de leitura foi bastante variado. As áreas de interesse citadas foram: administração; artes; arqueologia; arquitetura; decoração de interiores; geografia; história antiga, geral e do Brasil; jardinagem; medicina; mitologia; plantas medicinais; psiquiatria e teologia.

A maioria da equipe, 14 profissionais, possui vínculo empregatício pela Prefeitura Municipal de Varginha. O vínculo de dois profissionais (psicólogos) é pela Secretaria Estadual da Saúde de Minas Gerais.

2.0 - AUXILIARES DE ENFERMAGEM

O Serviço Psicossocial de Varginha conta com o trabalho de três auxiliares de enfermagem, desempenhando as seguintes funções:

a) recepção: 2 (um a cada turno de atendimento: manhã e tarde).
b) farmácia: 1 (turno da manhã).

Procedemos a um levantamento do perfil dos auxiliares de enfermagem, utilizando questionário para coletar os seguintes dados:

- sexo.
- idade.
- estado civil.
- nível de escolaridade.
- curso de auxiliar de enfermagem.
- experiência de atuação profissional em outras áreas da enfermagem/saúde geral, além da saúde mental.
- tempo de exercício profissional no SPS/VG.
- vínculo de trabalho (estadual ou municipal).

Pediu-se também que as auxiliares enumerassem os pontos positivos e negativos percebidos no SPS/VG e apontassem sugestões para melhorar o atendimento aos usuários.

A cópia do modelo de questionário utilizado está em Anexos.

2.1 - Síntese

Como são apenas três auxiliares de enfermagem, não cabe apresentar tabelas comparativas, como feito com a equipe multidisciplinar. Todas são do sexo feminino, com idade entre 37 a 48 anos; duas casadas, uma solteira.

O menor nível de escolaridade observado foi o 2º grau completo; uma auxiliar tem curso superior incompleto (Letras).

Todas fizeram curso de auxiliar de enfermagem (técnico ou auxiliar), com duração mínima de um ano e estágio de 420 horas durante o curso.

Todas possuem experiência em hospital geral, com tempo de serviço prestado variando de 12 a 21 anos. As auxiliares de enfermagem tem também experiência nas seguintes áreas específicas da enfermagem: cardiologia, hemodiálise e indústria. O tempo de experiência variou entre três meses a sete anos. Portanto, para as três auxiliares, o trabalho em saúde mental no SPS/VG constitui-se como terceiro campo de experiência profissional. O tempo de trabalho no SPS/VG variou entre cinco a sete anos.

O vínculo empregatício das três profissionais é com a Prefeitura Municipal de Varginha.

2.2 - Sondagem de Opinião sobre o SPS/VG

Foram citados os seguintes pontos positivos e negativos do SPS/VG e apontadas as seguintes sugestões para a melhoria do Serviço e do atendimento:

2.2.1 - Pontos Positivos

1) grupo de trabalho (equipe multiprofissional e auxiliares de enfermagem) qualificado e amigo, o que possibilita um ambiente de trabalho satisfatório, tranqüilo, agradável e saudável;

2) o bom relacionamento entre os colegas de trabalho funciona como estímulo para se trabalhar com qualidade e eficácia;

3) a participação de voluntários fornecendo lanches pela manhã e com isso auxiliando na recepção dos usuários e seus acompanhantes é positiva no sentido de indicar a integração da comunidade com o SPS/VG;

4) o atendimento prestado aos usuários pelos auxiliares de enfermagem e pela equipe multiprofissional é de boa qualidade.

2.2.2 - Pontos Negativos

1) demanda muito grande;

2) os agendamentos de primeira entrevista vão se acumulando, uma vez que muitos pacientes não comparecem para realizá-la. Geralmente, os pacientes que faltam são os que mais necessitam de urgência no atendimento;

3) falta de medicamentos psicotrópicos básicos na farmácia alopática privativa do SPS/VG;

4) a farmácia somente fornece medicamentos no período da manhã, estando fechada no período da tarde. Isso faz com que os pacientes atendidos à tarde voltem ao SPS/VG no outro dia, para apanhar os medicamentos prescritos;

5) fila de usuários: para serem atendidos em consulta psiquiátrica, têm de chegar ao SPS/VG de madrugada;

6) O SPS/VG ainda não está informatizado;

7) falta de comunicação adequada dos membros da equipe multiprofissional com os auxiliares de enfermagem, a respeito de datas e pautas de reuniões, e informações gerais sobre o Serviço;

8) o atual prédio do SPS/VG não possui número suficiente de salas para acomodar todos profissionais adequadamente.

2.2.3 - Sugestões

1) informatização do SPS/VG;

2) colocação de rádio (som ambiente), televisão e videocassete na sala de recepção;

3) transferência da localização do SPS/VG para a região central da cidade, a fim de melhor atender aos usuários e funcionários que moram em bairros periféricos. Todas as linhas de transporte coletivo urbano de passageiros passam pelo centro, o que facilitaria o acesso do usuário ao SPS/VG.

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

CAPÍTULO 13

TRABALHO COMUNITÁRIO VOLUNTÁRIO

Uma paciente do Serviço Psicossocial de Varginha, do lar, 37 anos, fez tratamento psiquiátrico e psicológico durante alguns meses, devido a uma reação depressiva prolongada. Ela resolveu criar um grupo de voluntários, a fim de prestar algum tipo de auxílio aos pacientes que se tratam no SPS/VG.

Como usuária do Serviço viu os pacientes e seus acompanhantes na fila de espera, ainda de madrugada, e percebeu a necessidade de se servir café. Anteriormente, ela presenciou voluntários servindo café, biscoito e pães no serviço de oncologia, quando acompanhava pacientes neoplásicos em tratamento naquele serviço, e logo percebeu que a importância do ato não se resumia somente na alimentação. Era também uma atitude de solidariedade, amizade, carinho e afeto que contribuía para melhorar o estado emocional dos pacientes. Segundo ela, "o café acolhe as pessoas e junto com o café se leva também amor".

A partir da experiência como acompanhante na oncologia e como usuária de um serviço de saúde mental, surgiu a idéia da criação de um grupo de voluntários que pudesse auxiliar na recepção dos pacientes e acompanhantes no SPS/VG.

Ela conseguiu mobilizar algumas pessoas da sua comunidade, o bairro Santana, distante do SPS/VG que se localiza no Bom Pastor e o trabalho voluntário se iniciou na primeira semana de março de 1999.

O grupo é formado por cinco pessoas que prestam tra-

balho diariamente no SPS/VG e por outras pessoas que auxiliam com doações (pães, biscoitos, café, frutas, etc.), mas não vão ao Serviço. Empresas fornecem café torrado e copinhos plásticos. Algumas padarias doam os pães, biscoitos, manteiga ou margarina. O trabalho dura cerca de 60 minutos: das sete horas da manhã, quando a Policlínica Psicossocial é aberta, até por volta das oito horas.

Os voluntários são todos residentes no bairro Santana. A maioria é de casais, na faixa etária dos 30 aos 40 anos. São donas de casa, aposentados, industriários, funcionário público e mecânico de automóveis.

O café é servido reunindo todos os pacientes e acompanhantes em torno de uma mesa, a fim de fazer da sala de lanche "um cantinho de amor; o café faz tudo parecer família". Com isso, o usuário é acolhido, possibilitando que ele se sinta bem recebido e mais tranqüilo enquanto aguarda atendimento. Os voluntários conversam com os usuários, havendo troca de experiências.

Às vezes, os voluntários levam flores para enfeitar a mesa. Confeccionam também, em papel cartolina colorido, mensagens com desenhos que são afixadas nas paredes da sala de lanches. Algumas das mensagens são: "Bom dia! que hoje seja um dia bem vivido", "Aqui tem café e muito carinho para vocês", "A vida é um presente maravilhoso", "Vivendo o agora com o máximo empenho e seriedade, desaparecem a angústia e a infelicidade", etc.

O grupo de trabalho comunitário voluntário se denominou "*Amor e Vida*". No início, encontrou dificuldades em conseguir doações da comunidade, pois as pessoas pareciam desconfiar do uso adequado do material doado e se o trabalho descrito seria realmente desenvolvido. Agora, isso já não ocorre mais. As pessoas tem colaborado espontaneamente e oferecido auxílio em forma de pequenas doações (pães, café, etc.). Os pacientes com melhor situação financeira também colaboram, espontaneamente.

No dia 18 de maio de 1999, dia da luta antimanicomial, uma equipe de reportagem de conhecida emissora de televisão em canal aberto, esteve no SPS/VG e, entre outras coisas, mostrou o

trabalho desenvolvido pelo grupo de voluntários. Isso contribuiu de modo significativo para afirmar a credibilidade do grupo junto à comunidade e foi positivo no sentido de envolver mais pessoas para auxiliar, da forma possível a cada um, com o trabalho prestado.

A coordenadora do grupo diz que os pacientes recebem o trabalho dos voluntários "com os braços abertos e muita alegria". Na hora do lanche, ficam todos em volta da mesa, "como uma família; a mesa reúne e une". E comenta como os voluntários se sentem, prestando o trabalho: "só faz a gente crescer espiritualmente. A gente pensa que vai fazer o bem para os outros e acaba ajudando a gente mesmo. Todos os pacientes vem com alegria e isto aumentou nossa força e nossa fé".

O café comunitário promove o aumento da auto-estima dos pacientes através do simbolismo da aceitação social que ele representa, sendo, portanto, recurso terapêutico coadjuvante.

Alimentar-se em grupo é uma das mais primitivas formas do ser humano entrar em comunhão com seus semelhantes, através de um ritual. Rituais envolvendo a alimentação estão presentes na vida social de todos os povos, em todas as épocas e nas mais diversas religiões, desde a oferenda de alimentos aos deuses até ao banquete grupal.

Ávila (1982) conceitua comunhão como "ligação que se estabelece entre indivíduos, através da atração centrípeta do grupo (idéia, sentimento, causa) sobre cada um de seus membros, sem nenhuma pressão exterior."

Comungar é, portanto, "receber em comunhão; tomar parte, participar, aceitar, estar de acordo (com idéias, crenças ou opiniões)."[2]

Fenichel (1981) diz: "Quem incorpora os objetos torna-se unido a eles. A "introjeção oral" é, do mesmo passo, o executivo da "identificação primária"(...) A comunhão mágica que consiste em "transformar-se na mesma substância", ou comendo o mesmo alimento, ou misturando os sangues respectivos, bem como a crença mágica de que nos tornamos semelhantes ao objeto que comemos baseiam-se no mesmo fato (...) E um companheiro

ainda é um "com-panheiro", alguém cujo pão é idêntico ao nosso".*

O café comunitário pode ser considerado recurso terapêutico exatamente devido à reciprocidade de aceitação entre os membros da comunidade e os pacientes do Serviço Psicossocial. Eles passam a ser companheiros.

Para a comunidade, esta troca também é terapêutica. Uma comunidade que passa a integrar aquele membro considerado diferente é mais saudável do que aquela que o exclui; excluindo-o, ela exclui uma parte de si mesma que, negada, não reconhecida, amputada, se perde como possibilidade de crescimento.

Esse trabalho comunitário e voluntário humaniza o serviço prestado ao paciente. Funciona como uma ponte entre o doente mental e a comunidade. É também um bom exemplo de como a comunidade pode ser envolvida não só na realização de tarefas, mas principalmente no combate ao preconceito com o doente mental.

BIBLIOGRAFIA

1. Ávila, Fernando Bastos de. (1982). Pequena Enciclopédia de Moral e Civismo. 3. ed. Rio de Janeiro: MEC-FENAME.
2. Bueno, Francisco da Silveira. (1970). Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: MEC-FENAME. Originalmente publicado em 1956.
3. Fenichel, Otto. (1981). Teoria psicanalítica das neuroses. Rio de Janeiro - São Paulo: Livraria Atheneu.

* Do latim "cum" = com + "panis" = pão, significando o grupo que repartia o pão entre si (Ávila, op. cit.).

CAPÍTULO 14

ÓBITOS DO SPS/VG

1.0 - INTRODUÇÃO

Em primeiro de junho de 1999, o arquivo numérico do SPS/VG contava com 3.152 prontuários. Destes, 72 integram o arquivo especial de óbitos, o que corresponde a 2,28% do total.

Óbito é "falecimento ou morte de pessoa; passamento"[1]. Maletta (1999) diz que "o óbito é um evento concreto, único na vida de um indivíduo e definido internacionalmente."[2]

Assim que o falecimento do paciente é informado ao Serviço, o fato é registrado no prontuário, que passa para o *arquivo de óbitos*.

Em nenhum dos prontuários havia cópia da Declaração de Óbito. A ocorrência do óbito é informada por parentes, amigos ou vizinhos dos pacientes que, obviamente, fornecem um relato impreciso da *causa mortis* como, por exemplo, "sentiu dores fortes na barriga, foi hospitalizado e morreu". Muitos dos relatos contém informações deste tipo. Como uma pesquisa no Cartório de Registro Civil* , onde se arquivam as Declarações de Óbi-

* Uma via (cópia) da Declaração de Óbito fica arquivada no Serviço Privativo do Registro Civil das Pessoas Naturais (Cartório de Registro Civil) do município de Varginha e outra via é encaminhada para arquivo na Fundação João Pinheiro, em Belo Horizonte, MG. A partir de 01.01.2000, o Centro de Informações Epidemiológicas da Secretaria Estadual da Saúde passou a realizar a codificação e a estatística da *causa mortis* das Declarações de Óbitos (Resolução SES, nº 674, Minas Gerais, Diário Executivo, p. 21, 31.12.1999).

tos, demandaria recursos atualmente indisponíveis, optamos por apresentar o estudo quantitativo que foi possível, seguido pelo relato de um caso clínico.

O primeiro registro de óbito do SPS/VG data de 23.05.1988. Trata-se de paciente do sexo feminino, 38 anos, com nível de escolaridade de 6ª série do 1º grau, solteira.

O diagnóstico: microadenoma cerebral (tumor benigno) sem acesso cirúrgico, de caráter irreversível. A paciente apresentava constantes cefaléias, desmaios, alterações de comportamento (agressividade) e alucinações visuais.

Histórico familiar e social difícil. O irmão, paraplégico e com transtornos mentais, passara 14 anos internado em hospital psiquiátrico.

A paciente apresentava-se deprimida. Apesar das queixas depressivas era extrovertida e comunicativa. Recomendamos psicoterapia analítica de grupo da qual participou assiduamente por três meses. No grupo, era atuante e participativa. Ouvia os outros pacientes, era uma voz de conforto a todos que passavam dificuldades. A paciente também foi atendida em algumas sessões de psicoterapia individual.

Freqüentou o grupo terapêutico de fevereiro a abril de 1988. Após esta data não retornou nem se comunicou com o Serviço.

Posteriormente, o médico neurologista que atendera a paciente nos informou que ela se suicidara por enforcamento, um mês após abandonar a psicoterapia. O distúrbio neurológico se agravara e a situação financeira era de necessidade. Sem apoio psicoterápico não conseguiu lidar com estas circunstâncias adversas.

Embora possamos precisar com exatidão a data deste primeiro registro de óbito, o registro geral de óbitos do SPS/VG foi sistematizado somente a partir de 1993, com a abertura do Arquivo de Óbitos.

TABELA 1

Número de óbitos por ano, ambos os sexos, no SPS/VG, de 1993 a 1999.

ANO	ÓBITOS
Não especificado	2
1988	1
1993	9
1994	8
1995	10
1996	11
1997	8
1998	16
1999*	7
Total	72

Fonte: Arquivo de óbitos do SPS/VG.

* Dados até 01.06.1999 (desta data até 31.12.1999, o SPS/VG registrou a ocorrência de mais oito óbitos).

TABELA 2

Óbitos por sexo, em números absolutos e percentuais, no SPS/VG, de 23.05.1988 a 01.06.1999.

ÓBITOS	N	%
Masculino	48	66,66
Feminino	24	33,33
Total	72	100

Fonte: Arquivo de óbitos do SPS/VG.

A idade dos homens variou entre 19 a 78 anos e a das mulheres entre 19 a 72 anos.

Conforme demonstra a tabela abaixo, a maioria dos casos novos que procurou o SPS/VG de janeiro a maio de 1999 é de mulheres. Em qualquer período ou série histórica considerada até o presente esta afirmativa é verdadeira.

TABELA 3

Casos novos do SPS/VG de 01.01.1999 a 01.06.1999, em números absolutos e percentuais.

SEXO	N	%
Masculino	249	42,63
Feminino	335	57,36
Total	584	100

Fonte: Livro de Triagem (IATM) do SPS/VG.

É interessante constatar , então, que os homens sendo a porção minoritária dos usuários, detém dois terços do total de óbitos.

As causas que levaram ao óbito, registradas empiricamente nos prontuários, são variegadas: suicídio, assassinato, complicações cardio-respiratórias, acidente vascular cerebral, infecções pulmonares, quedas, atropelamentos em via pública ou rodovia, cirrose hepática, neoplasias, etc. Em alguns casos, a *causa mortis* foi indeterminada e, em outros, não há registro da causa no prontuário. Devido a essa imprecisão de registros e a ausência de cópia da Declaração de Óbito nos prontuários, não foi possível estabelecer um estudo quantitativo dos óbitos que fosse além das afirmações acima.

Escolhemos, então, um caso clínico para análise mais detalhada. A escolha deste caso foi de ordem subjetiva: chamou-nos atenção o profundo desejo manifestado pela paciente de reconstruir sua vida. O que encontrou no real foi a impossibilidade desta reparação.

Evidentemente, qualquer um dos casos de óbito que fosse escolhido para análise esbarraria neste entrave: a morte do paciente colocando ponto final, decisivo e irrevogável na possibilidade de reparação. Para o psicólogo fica a perda, o luto pelo paciente e a frustração de um trabalho interrompido por força do real.

2.0 - CASO CLÍNICO: TARDE DEMAIS PARA REPARAR....

A tua escolha foi a vida;
a minha, a morte.[3]
Antígona, de Sófocles

Paciente do sexo feminino, 43 anos, com diagnóstico de síndrome depressivo-ansiosa e hipertensão arterial secundária. É separada do marido há quatro anos; ele a abandonou, saindo do lar. Ela mora com dois filhos menores, no centro da cidade. Seu nível de escolaridade é de 1° grau completo. Evangélica; não trabalha fora do lar.

Chegou ao Serviço encaminhada pela Policlínica Central. Nunca foi atendida por psicólogo, psiquiatra ou neurologista. A paciente compareceu ao SPS/VG por três vezes, sendo atendida por quatro profissionais.

14.07.1998 - 1° contato.
Entrevista inicial.

Em entrevista concedida ao psicólogo de plantão, a paciente fala de sua hipertensão arterial que, segundo ela, já chegou a 300 x 220 mm Hg. Por isso, esteve internada no CTI (Centro de Tratamento Intensivo). Saiu do hospital há dez dias.

Diz ter usado cocaína durante 12 anos e ter parado com o uso à cerca de quatro meses. Foi tabagista durante 30 anos. Ingeria etílicos. Relata a ocorrência de crise cardíaca que, de acordo com ela, foi um pequeno infarto do miocárdio.

Está medicada com ansiolítico (Diazepam) e com anti-hipertensivos (Nifedipina, Metildopa, Furosemida e Maleato de enalapril)[4]. Diz pensar vinte e quatro horas por dia na possibilidade de morrer por problemas cardíacos. Não consegue pensar em mais nada além disso. O cuidado consigo própria e com os filhos foi relegado para segundo plano.

Conduta: o psicólogo estabeleceu como hipótese diagnóstica transtorno depressivo grave sem sintomas psicóticos e encaminhou a paciente para consulta psiquiátrica e psicoterapia.

15.07.1998 - 2º contato.

Grupo psiquiátrico: entrevista conjunta com assistente social e médico psiquiatra.

No dia seguinte, a paciente comparece ao SPS/VG para entrevista com assistente social e consulta psiquiátrica no grupo psiquiátrico.

No grupo, a paciente revela ter sido poli-usuária de drogas: cocaína, bebida alcoólica e cigarros (tabaco). Parou com o uso de todas à cerca de quatro meses, devido ao aparecimento de problemas cardíacos.

Queixa-se de insônia. Alimenta-se normalmente. Os filhos tem se alimentado na casa da avó materna. Sua vida é chorar. Pensa o dia todo que vai morrer. Apática, não tem vontade de fazer nada. Ficou assim depois que o marido a abandonou, fato que a magoou profundamente e o qual nunca conseguiu esquecer.

Além dos medicamentos já citados, usa também analgésico (Metamizol-adifenina-prometazina)[4]. Diz que infartou-se há três semanas.

O médico psiquiatra estabeleceu como hipótese diagnóstica, síndrome depressivo-ansiosa. Ao exame psíquico, a paciente revelou-se ansiosa.

A prescrição medicamentosa foi: ansiolítico (Diazepam 10 mg) e antidepressivo (Fluoxetina 20 mg). A paciente foi encaminhada para psicoterapia e pensou-se na possibilidade de posterior uso de outro antidepressivo (Cloridrato de Sertralina).

27.08.1998 - 3º contato.

A paciente foi convocada para início de psicoterapia com psicólogo. Chegou com uma hora de antecedência. Deprimida e ansiosa, chora muito durante a sessão. Queixa-se de problema cardíaco e renal. Apresenta rouquidão devido ao uso prolongado de cigarros.

No dia de hoje esteve no Pronto Socorro Municipal. Muito angustiada e com sentimento de morte. Qualquer dor que sente pensa que vai morrer. Queria reconstruir sua vida, não sabe se isto será possível. Receia morrer logo e deixar seus filhos menores aos cuidados de terceiros. Angustia-se com esta possibilidade.

Iniciou-se no uso de drogas aos 25 anos, com o marido. Aprendeu com ele. Quanto aos cigarros de tabaco, fuma desde os 12 anos de idade. Até dormindo sonha estar usando drogas. Acordada, pensa que vai morrer. Sente-se desanimada. Só tem vontade de deitar-se e dormir. Não quer mais usar drogas. Agora percebe o quanto as drogas prejudicaram sua vida e sua saúde.

Quanto ao marido que não lhe dá apoio algum, desconhece onde reside. Ficou desesperada quando ele a abandonou, deixando o lar. Amava-o. Ama-o ainda, apesar de tudo.

Digo-lhe que no trabalho de psicoterapia terá a oportunidade de encontrar novos significados para o seu passado, suas relações afetivas e de pensar em sua vida daqui para frente. Ela responde dizendo não saber se haverá tempo para que isto ocorra, embora seja seu maior desejo. Sente-se muito debilitada fisicamente. Seu sentimento é de morte iminente.

03.09.1998.

A paciente não compareceu para a segunda sessão de psicoterapia nem se comunicou com o Serviço, por telefone, sobre o motivo de sua ausência.

04.09.1998.

A cunhada da paciente entra em contato telefônico com o Serviço e fala com a auxiliar de enfermagem da recepção.

A paciente falecera no dia anterior, de acidente vascular cerebral.

O psicólogo, muitas vezes, se vê confrontado com situações como esta: um pedido e desejo de auxílio feitos tarde demais. No caso, não houve tempo suficiente para a efetivação do trabalho psicoterápico que poderia possibilitar à paciente a reconstrução de sua vida. O poli-uso de drogas por longo período, ocasionou danos irreversíveis à saúde da paciente e, sem dúvida, contribuiu diretamente para a ocorrência do acidente vascular cerebral que a levou ao óbito. Tarde demais para reparar...

BIBLIOGRAFIA

1. Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. (1988). Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
2. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Epidemiologia. Maletta, Carlos Henrique Mudado. (1999). Vigilância epidemiológica: análise epidemiológica. Belo Horizonte: Divisão de reproduções gráficas SES/MG.
3. Sófocles. (1970). Antígona. Tradução do grego de Kury, Mário da Gama, p. 30. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
4. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas - DEF. Jornal Brasileiro de Medicina. (1988/89). São Paulo: EPUME - Editora de Publicações Médicas.
• P.R. Vade-Mécum. (1998). São Paulo: Soriak Comércio e Promoções.
• Entrevista com a oficial substituta do Serviço Privativo do Registro Civil das Pessoas Naturais (Cartório de Registro Civil) de Varginha, MG. (1999).

CAPÍTULO 15

PESQUISA DE OPINIÃO DO USUÁRIO SOBRE O SPS/VG - MAIO/JUNHO - 1999

1.0 - INTRODUÇÃO

Este livro, embora abordando diversos conteúdos de importância para um serviço público de saúde mental, deixaria a desejar se não abordasse também a relação do usuário com o Serviço Psicossocial de Varginha.

Com este intuito, dedicamos um capítulo a esta sondagem. O enfoque escolhido foi deixar o próprio usuário falar desta relação, ou seja, o usuário por ele mesmo e não por quem usualmente fala por ele, o profissional de saúde.

O usuário foi ouvido do seu lugar de cidadão, lugar que ele ocupa e a partir do qual também pode falar. A sondagem efetivada propiciou um outro espaço além do terapêutico para o usuário falar a partir de sua subjetividade.

2.0 - OBJETIVOS

a) efetuar uma sondagem de opinião e do grau de satisfação/insatisfação dos usuários com o SPS/VG.

b) verificar os tipos de sugestões feitas para melhorar o atendimento do SPS/VG.

3.0 - METODOLOGIA

No balcão da sala de espera/recepção do SPS/VG foi colocada uma caixa-urna com a inscrição "Opinião e Sugestões -

Participe". A urna permaneceu no balcão durante os dois turnos de atendimento do Serviço, de 10 de maio a 10 de junho de 1999.

Foram confeccionadas 100 (cem) cédulas de papel (tamanho 28,0 x 18,0 cms), numeradas de um a cem. Algumas cédulas ficaram no balcão, ao lado da urna. Caso o usuário desejasse participar espontaneamente, poderia pegar uma cédula e preenchê-la. A maioria das cédulas foi distribuída para alguns psicólogos da equipe multidisciplinar, encarregados de entrevistar os usuários.

O cabeçalho da cédula colheu somente os seguintes dados do perfil demográfico: sexo, idade e nível de escolaridade. Como nos interessou a opinião do usuário de um serviço público de saúde, como cidadão, não incluímos nenhum dado do perfil nosológico.

O procedimento utilizado para colher as opiniões e sugestões foi a entrevista. Os usuários foram convidados a participar pelo auxiliar de enfermagem da recepção, ou por qualquer outro membro da equipe multiprofissional. A participação foi voluntária, embora estimulada pelos profissionais.

Duas condições foram exigidas para a participação: estar sendo atendido pelo SPS/VG em qualquer modalidade de tratamento oferecido e ser maior de 18 anos. No caso de tratamento de crianças em ludoterapia, o pai ou a mãe foi entrevistado.

Optamos por estimular uma participação mais livre, pedindo ao usuário que apontasse os pontos positivos e negativos percebidos no SPS/VG, em qualquer aspecto, e oferecesse sugestões para a melhoria do atendimento. Por isso, não foram oferecidas perguntas fechadas com alternativas para serem escolhidas e marcadas.

Após "rapport", o entrevistador dizia o seguinte: "Queremos saber os pontos positivos e negativos que você percebe em nosso Serviço de Saúde Mental e que sugestões você daria para melhorar nosso atendimento. Você pode falar do que quiser e do jeito que quiser. Com suas opiniões e sugestões poderemos conhecer nossas falhas e melhorar o atendimento a todos os usuários. Vamos começar com os pontos positivos."

A seguir, apresentamos o modelo de cédula utilizado.

3.1 - Modelo de cédula de participação

PESQUISA OPINIÃO - SUGESTÕES - SPS/VG nº 1

Sexo: Idade: Escolaridade:

Pontos positivos

Pontos negativos

Sugestões

4.0 - OPINIÃO E SUGESTÕES

A pesquisa realizada foi um levantamento quantitativo das opiniões e sugestões citadas pelos usuários.

Dos 54 usuários participantes, 46 foram entrevistados pelos psicólogos do SPS/VG. Os restantes responderam espontaneamente, por escrito. Os usuários com maior nível de escolaridade demonstraram maior facilidade e desenvoltura para citar, comentar, reclamar e sugerir. Os idosos (acima de 60 anos) e aqueles com menor nível de escolaridade, tiveram mais dificuldade em identificar pontos positivos e negativos e apresentar sugestões.

4.1 - Caracterização do usuário respondente

As tabelas abaixo sintetizam os dados do usuário respondente quanto a sexo, faixa etária e nível de escolaridade.

TABELA 1

Sexo, em números absolutos e percentuais.

SEXO	N	%
Masculino	13	24
Feminino	41	76
Total	54	100

Fonte: SPS/VG.

TABELA 2

Faixa etária por sexo, em números absolutos e percentuais.

FAIXA ETÁRIA	N	%
18-32	17	31
33-47	26	48
48-62	9	17
Mais de 62	2	4
Total	54	100

Fonte: SPS/VG.

TABELA 3

Nível de escolaridade, em números absolutos e percentuais.

ESCOLARIDADE	N	%
1º grau	27	50
2º grau	18	33
Superior	9	17
Total	54	100

Fonte: SPS/VG.

A maioria dos usuários respondentes é do sexo feminino, com nível de escolaridade de 1º grau e idade entre 33 e 47 anos.

A idade dos homens varia de 23 a 57 anos e, a das mulheres, numa faixa mais ampla, indo dos 18 aos 72 anos. A maioria das mulheres tem nível de escolaridade de 2º grau e, os homens, de 1º grau, de 5ª a 8ª séries. Quanto ao curso superior, os homens optaram por Administração de Empresas e Matemática, e, as mulheres, por Matemática, Letras, Ciências Contábeis, Administração de Empresas e Direito.

4.2 - Pontos Positivos

Cada usuário pôde citar quantos pontos positivos e negativos quisesse e apresentar todas as sugestões que julgasse válidas.

Os pontos positivos mais citados foram os seguintes:

TABELA 4

Principais pontos positivos apontados pelos usuários respondentes, SPS/VG, 1999.

PONTOS POSITIVOS	NÚMERO DE USUÁRIOS
1. Atendimento satisfatório. 1.1. Equipe multidisciplinar. 1.2. Recepção. 1.3. Farmácia.	 47 42 10
2. Serviço de qualidade (todos aspectos: físicos, materiais e humanos).	6
3. Limpeza das salas e demais dependências do SPS/VG.	5
4. Farmácia com medicação psicotrópica gratuita.	4

Fonte: SPS/VG.

Na categoria *atendimento satisfatório* foram agrupados todos os usuários que usaram os seguintes adjetivos referidos à equipe multidisciplinar e auxiliares da recepção e farmácia: bom, ótimo, excelente, adequado, satisfatório e "beleza".

Outros pontos positivos citados, com número de citações inferior a quatro (7,4%):

a) existência do SPS/VG com tratamentos gratuitos;
b) organização geral;
c) ambiente tranqüilo;
d) projeto arquitetônico interno adequado a um serviço de saúde mental;
e) atendimento do grupo de voluntários conversando com os pacientes e fornecendo lanche;
f) segurança (vigia, guarda) na sala de espera;
g) revistas na sala de espera;
h) pontualidade da equipe multidisciplinar no atendimento dos pacientes;
i) surgimento rápido de vaga para início de tratamento com psicólogo;
j) o atendimento leva em conta as necessidades dos pacientes;
l) rapidez do atendimento no grupo psiquiátrico;
m) o paciente aguarda pouco tempo na sala de espera;
n) o SPS/VG telefona para a residência do paciente, marcando dia e hora de consulta, de acordo com as necessidades do paciente;
o) possibilidade de modificação de dia e hora de consulta, de acordo com a necessidade do paciente;
p) possibilidade de atendimento por outro psicólogo, quando o que atende o paciente entra em férias.

4.3 - Pontos Negativos

Os pontos negativos mais citados foram os seguintes:

TABELA 5

Principais pontos negativos apontados pelos usuários respondentes, no SPS/VG, 1999.

PONTOS NEGATIVOS	NÚMERO DE USUÁRIOS
1. Localização do SPS/VG distante do bairro onde reside o paciente.	11
2. Ausência de medicamentos psicotrópicos na farmácia.	4
3. Atendimento no grupo psiquiátrico.	4
4. Poucas vagas para consulta psiquiátrica.	4

Fonte: SPS/VG.

Outros pontos negativos citados, com número de citações inferior a quatro (7,4%):

4.3.1 - Gerais

a) fila;
b) falta propaganda para a população ser informada da existência do SPS/VG e dos tipos de tratamentos oferecidos;
c) dificuldade de locomoção de pacientes idosos residentes em regiões da cidade distantes do SPS/VG;
d) atraso, por parte de alguns profissionais da equipe multidisciplinar, em iniciar a consulta no horário marcado.

4.3.2 - Sala de Espera / Recepção

a) excesso de pacientes aguardando na sala de espera;
b) na sala de espera, crianças acompanhando os pais sentam e ocupam o lugar dos adultos;
c) o auxiliar da recepção não comunica ao usuário quanto tempo vai aguardar para a consulta;
d) informação errada do auxiliar da recepção faz o usuário aguardar desnecessariamente na sala de espera.

4.3.3 - Farmácia

a) farmácia fechada durante um turno de atendimento do SPS/VG (tarde).

4.3.4 - Atendimento psicológico

a) curta duração da sessão de psicoterapia* ;

b) demora para surgir vaga para tratamento.

4.3.5 - Atendimento psiquiátrico

a) demora para surgir vaga para tratamento psiquiátrico;

b) pacientes tem que chegar de madrugada para o atendimento psiquiátrico e aguardar na fila, em via pública, até que o SPS/VG abra suas portas. Nos meses de inverno, as baixas temperaturas tornam a espera nesta situação ainda mais penosa;

c) poucos médicos disponíveis para prestar os atendimentos psiquiátricos necessários;

d) alguns pacientes não conseguem vaga para tratamento psiquiátrico no momento em que necessitam.

As queixas sobre a localização do SPS/VG foram apresentadas por pacientes residentes em alguns setores da região central e dos seguintes bairros: Sion, Centenário, São Francisco e São Sebastião.

Os pacientes que revelaram insatisfação no atendimento em grupo psiquiátrico se referiram a:

- inibição em falar em grupo;
- receio de quebra de sigilo, por outros pacientes, das confidências que são feitas no grupo;
- dificuldade em ouvir outras pessoas com problemas, já que o paciente se encontra absorvido e ansioso com seu próprio problema.

4.4 - Sugestões

As sugestões mais apresentadas foram as seguintes:

* Os pacientes gostariam que a sessão de psicoterapia durasse mais de 30 minutos.

TABELA 6

Principais sugestões apontadas pelos usuários respondentes, no SPS/VG, 1999.

SUGESTÕES	NÚMERO DE USUÁRIOS
1. Transferência do SPS/VG para a região central da cidade.	11
2. Farmácia com toda medicação psicotrópica necessária para os tratamentos neuropsiquiátricos.	4
3. Aumentar o tempo de duração da sessão de psicoterapia.	4
4. Contratar mais psicólogos e psiquiatras.	4

Fonte: SPS/VG.

Outras sugestões apresentadas, com número de citações inferior a quatro (7,4%):

4.4.1 - Gerais

a) fazer propaganda do Serviço para que a população seja informada de sua existência e dos atendimentos que são oferecidos;

b) o paciente deve ter a possibilidade de marcar a consulta a qualquer hora do dia;

c) criar atendimento diferenciado para o idoso;

d) acabar com a fila;

e) antes do SPS/VG abrir, deve haver um funcionário ou estagiário na fila, orientando os pacientes sobre os atendimentos oferecidos e como são feitos;

f) os profissionais da equipe multidisciplinar devem ser pontuais quanto ao horário de atendimento das consultas;

g) o Serviço deve atender menor número de pacientes/dia;

h) fornecimento de senhas numeradas para os pacientes na fila.

4.4.2 - Sala de Espera / Recepção

a) o auxiliar da recepção deve comunicar ao paciente o momento de entrar na sala de consulta;

b) o auxiliar da recepção deve estar atento e impedir que alguns pacientes não respeitem a fila;

c) melhorar o conforto da sala de espera, pois os pacientes permanecem muito tempo nela, enquanto aguardam consulta;

d) criar uma sala de exposição permanente, próxima à recepção, com os trabalhos executados pelos pacientes nas oficinas terapêuticas;

e) instalar máquina de venda automática de refrigerantes na sala de espera.

4.4.3 - Farmácia

a) a farmácia deve funcionar nos dois turnos de atendimento do SPS/VG.

4.4.4 - Atendimento psicológico

a) colocar psicólogos para atendimento em policlínicas de bairros;

b) criar horários para atendimento noturno.

4.4.5 - Atendimento psiquiátrico

a) aumentar o número diário de consultas psiquiátricas;

b) convocar o mesmo grupo de pacientes psiquiátricos para o mesmo dia da semana a fim de facilitar o entrosamento entre eles;

c) marcar as consultas psiquiátricas com horário;

d) o atendimento psiquiátrico deve ser individual.

4.4.6 - Oficinas terapêuticas

a) criar tipos diferentes de oficinas terapêuticas.

Doze usuários disseram não ter nenhuma sugestão a apresentar e não explicaram o porquê disto. Sete usuários disseram não ter nenhuma sugestão a apresentar, pois o SPS/VG atende suas necessidades satisfatoriamente e, dois usuários disseram não saber apresentar sugestões.

A Tabela 7 apresenta o total de respostas emitidas pelos usuários respondentes nas categorias: pontos positivos, pontos negativos e sugestões.

TABELA 7

Total de respostas emitidas pelos usuários, nas diversas categorias, em números absolutos e percentuais.

CATEGORIA	N	%
Pontos Positivos	19	30,15
Pontos Negativos	19	30,15
Sugestões	25	39,68
Total	63	100

Fonte: SPS/VG.

4.5 - Depoimentos

Transcrevemos alguns depoimentos fornecidos durante as entrevistas.

"Telefonaram para minha casa marcando consulta para eu vir aqui. Não pude: então, foi remarcado para o dia e horário que eu podia. Isto não acontece nas outras policlínicas."

Masculino, 43 anos, 6ª série do 1º grau.

"Como serviço público prestado pelo SUS o serviço é de ótima qualidade. Não é o que se espera de um serviço público de saúde."

Feminino, 21 anos, 2º grau completo.

"O horário deve ser quando o usuário puder e precisar."

Feminino, 39 anos, 4ª série do 1º grau.

Apresentamos também o depoimento espontâneo e escrito de um acompanhante de paciente que não se identificou:

"A minha sugestão é a seguinte: que as pessoas que chegam cedo tivessem um jeito de poder entrar e esperar nesta

parte coberta do lado de fora e assim ter oportunidade de sentar-se, porque ficar de pé na rua das 5 hs até as 7,20 hs não é fácil. Depois, pela falta de organização de quem entrega as fichas para o médico, pessoas que estão em 1° lugar são atendidas em 5° e quem está em 4° lugar, que é o caso da minha irmã que chegou 5,40 hs, já foram atendidas mais pessoas na frente. São 10,30 hs e ainda não foi atendida. Desta forma, quem chega aqui com esperança de cura, sai ainda mais doente. Por favor, organizem-se melhor e coloquem as fichas em ordem, porque quem está aqui tem o que fazer em casa e tudo que digo, tenha certeza, não é só pensando em mim, porque não sou egoísta, eu digo por ouvir também os que estão do meu lado. Um bom dia a todos e obrigado." (sic)

5.0 - CONCLUSÃO

A maioria dos usuários respondentes foi a que estava em tratamento psicoterápico com psicólogos. Deste grupo, uma reduzida parcela se tratava concomitantemente com psiquiatra e utilizava, no momento da pesquisa, medicação psicotrópica.

Os usuários do SPS/VG estão satisfeitos com o atendimento dos profissionais da equipe multidisciplinar e dos auxiliares de enfermagem. Quarenta e sete entrevistados (87%) classificaram o atendimento e o tratamento feitos pela equipe multiprofissional no mínimo como bom e 42 (77%) estão satisfeitos com o atendimento da recepção. Não houve queixa verbalizada quanto aos recursos humanos do SPS/VG, em nenhum aspecto.

As principais queixas se referem à localização distante do SPS/VG em relação a alguns bairros periféricos e mesmo a determinados setores da região central da cidade. As principais insatisfações da clientela estudada se referem à organização do atendimento psiquiátrico: poucas vagas oferecidas; dificuldade para marcar consultas; atendimento no grupo psiquiátrico e espera na fila, em via pública, por horas.

Quanto à farmácia, as queixas são a ausência de medicamentos psicotrópicos e o horário de funcionamento de apenas um turno.

Entre as principais sugestões estão a transferência do SPS/VG para prédio na região central da cidade e o suprimento da farmácia com toda medicação psicotrópica necessária aos tratamentos neuropsiquiátricos.

Em suma, de acordo com as opiniões e sugestões emitidas pelos usuários, o SPS/VG apresenta problemas nos aspectos físico (localização inadequada); material (ausência de medicamentos psicotrópicos) e gerencial (fila, agendamento e tipo de atendimento psiquiátrico).

CAPÍTULO 16

ESTAGIÁRIOS DE PSICOLOGIA NO SPS/VG

Anualmente, durante alguns meses, estudantes de psicologia da Universidade de Alfenas - UNIFENAS, prestam atendimento no SPS/VG. Desta forma, têm a chance da utilização do Serviço como meio de prática e de aprendizagem. A carga horária do estágio é de cem horas.

Psicólogos da equipe multidisciplinar supervisionam as atividades de estágio de acordo com o Código de Ética Profissional dos Psicólogos (Conselho Federal de Psicologia - 1987), privilegiando teorias e técnicas psicológicas de reconhecida validade científica. O psicólogo supervisor discute casos clínicos com os estagiários podendo, se necessário, indicar referências bibliográficas para estudo. Esclarece dúvidas quanto aos objetivos do Serviço e à rotina dos atendimentos bem como em relação às teorias e técnicas psicológicas.

O SPS/VG procura oferecer ao estagiário um campo de prática efetivo em saúde mental. As principais atividades obrigatórias desenvolvidas pelos estagiários são atendimentos de primeira entrevista em saúde mental e anamnese psicológica/psiquiátrica. Eles se familiarizam com a rotina diária da prestação de serviços, observando o atendimento do usuário na recepção, o fornecimento da medicação psicotrópica prescrita e o registro dos dados dos perfis demográfico e nosológico da clientela no IATM (Instrumento para Acompanhamento de Transtornos Mentais). Os estagiários também participam do grupo psiquiátrico e dos gru-

pos terapêuticos, como observadores. Na reunião semanal da equipe multidisciplinar eles tem a possibilidade de dar opiniões e apresentar sugestões.

A participação em visitas domiciliares é facultativa. O tratamento psicoterapêutico dos pacientes é vedado aos estagiários em qualquer modalidade, devido ao tipo de vínculo que eles estabelecem com a instituição, ao tempo limitado do estágio e as implicações transferenciais que isso tem para o paciente.

CAPÍTULO 17

POPULAÇÃO, DEMANDA E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS

1.0 - INTRODUÇÃO

Os trabalhos epidemiológicos realizados são do tipo estudo de demanda ambulatorial e os resultados não podem ser transpostos para a população em geral. Segundo Lima (1989), "as demandas hospitalar ou ambulatorial correspondem apenas a uma parcela dos doentes" que são atendidos pelos profissionais de saúde. "Além disso, em uma população onde existem pessoas sadias e doentes, apenas uma parcela dos doentes" é atendida pelos profissionais. Portanto, "A generalização sobre a saúde de uma população a partir do atendimento hospitalar" ou ambulatorial "sofre irremediáveis limitações em sua sensibilidade".

Neste trabalho, estudou-se a população do município que procurou o Serviço Psicossocial, espontaneamente ou encaminhada por profissionais da área médica, paramédica ou educacional.

O Serviço Psicossocial é a unidade de saúde básica e referência para o trato dos transtornos mentais no município. É o único local onde existe uma equipe multidisciplinar apta a lidar com os transtornos citados. Atualmente, não existe prestação de atendimentos por psicólogos em policlínicas de bairros. Este tipo de atendimento foi implantado a partir de 1996 e dissolvido no início de 1999.

2.0 - DEMANDA

2.1 - Conceito e Etimologia

Antes de conceituarmos demanda ambulatorial, faremos um breve estudo do sentido etimológico da palavra demanda, de alguns dos significados catalogados em dicionário e do sentido de demanda em psicanálise.

Pereira (1990) diz que, etimologicamente, o vocábulo demanda vem do grego "Deomai", que significa *desejo*; por em movimento; pedido. Com a conquista da Grécia pelo Império Romano, houve uma importação lingüística e uma alteração semântica. Os romanos deram à palavra o sentido de "demandare": pedir; por em movimento.

Ávila (1982) diz que "Na acepção ligada ao direito, o termo tem origem latina sofrendo, entretanto, uma evolução semântica porque, etimologicamente, "demandare", em latim, significa confiar." Para Lacan (1957-1958), "demandare" é entregar-se.

No dicionário[5,6,7], *demanda* figura como: em busca de; a procura de. *Demandar* é caminhar para; ir em procura de; solicitar; perguntar; indagar; pedir; reclamar; requerer; exigir; precisar; ter necessidade de. *Demandante* é aquele que demanda; demandista; demandador; pleiteador.

Demanda, no Dicionário de Psicanálise (Chemama, 1995), é conceituada como "Forma comum de expressão de um desejo, quando se quer obter alguma coisa de alguém, a partir da qual o desejo se distingue da necessidade (...) o mundo humano impõe ao sujeito demandar, encontrar as palavras que serão audíveis pelo outro."

Miller (1997) ressalta o sentido de demanda como *pedido* quando diz que "Em psicanálise não há paciente à revelia de si mesmo. Pode-se dizer que o primeiro pedido, na experiência analítica, é a demanda para ser admitido como paciente; demanda esta que tem precedência sobre as demais (...) ele chega ao analista fazendo a demanda baseada numa auto-avaliação de seus sintomas e pede um aval para a auto-avaliação".

Lacan (op. cit.), mostra o sujeito-demandante como

um *pedinte* que disfarça sua demanda: "A demanda é muito marcada pelos temas da exigência (...) e (...) por experiência, o pedinte não tem o hábito de apresentar sua demanda assim, inteiramente nua. A demanda nada tem de confiante. O sujeito (...) disfarça sua demanda."[4]

Dor (1990), numa perspectiva lacaniana, afirma que "a demanda é antes de mais nada expressão do desejo (...) demanda de amor. De uma maneira geral, a demanda é, portanto, sempre formulada e endereçada a outrem."

Como vemos, não existe contradição entre os significados etimológicos, os significados usuais da palavra demanda na língua e os sentidos psicanalíticos que podem ser atribuídos a ela, embora Chemama (op. cit.), ressalte que o termo "assumiu, em particular, um sentido específico na teoria de Lacan, sentido que o uso cotidiano que se faz dele em geral dá a entender, mas que também o dissimula."[8] Considerando-se que, para a psicanálise, a demanda interessa exatamente pela possibilidade do desejo que vem a ela acoplada, nem parece que séculos de história a distanciam do "Deomai" grego.

Portanto, partindo deste inventário de termos pode-se dizer que o usuário do SPS/VG é um demandante que vai ao Serviço posto em movimento por algo (angústia); que procura, pede e exige algo por precisar disto e que formula também uma pergunta nesta procura. Quem pede, pede algo a alguém, ainda que o pedido seja da ordem do inominável porque ligado ao desejo. O sentido belo da demanda, ao mesmo tempo filosófico e psicológico é que, através dela, o desejo do sujeito pode aparecer. A demanda possibilita, pois, a perscrutação do desejo e a entrega de um sujeito que atordoado pelo sintoma diz querer saber de si.

O trabalho do psicólogo com cada sujeito que demanda em torno de seu próprio desejo, constitui interesse da psicanálise. O conjunto formado por esses sujeitos, compreendidos como usuários-demandantes de um serviço público de saúde mental, constitui interesse de estudos epidemiológicos. Talvez não seja muito produtivo acreditar que os dois enfoques - o psicanalítico e o epidemiológico - sejam necessariamente excludentes em todos

os aspectos. Que pontos de convergência poderiam ser estabelecidos entre ambos? Não temos, ainda, resposta para esta importante questão.

O conceito que nos interessa mais de perto nestes estudos epidemiológicos é, evidentemente, o de demanda ambulatorial. Enfocar este tipo de demanda não pressupõe o abandono dos outros sentidos, estudados acima.

2.2 - Conceito de Demanda Ambulatorial

Por *demanda ambulatorial* entende-se toda e qualquer procura do SPS/VG, por pacientes que foram atendidos por qualquer membro da equipe multidisciplinar, em pelo menos uma consulta*.

2.2.1 - Demanda Ambulatorial Total - DAT

Somando-se os totais dos prontuários (alfabético - PA e numérico - PN), fichas individuais de consultas (FIC) e fichas de primeira entrevista (FPE) temos a *demanda ambulatorial total* que procurou o Serviço de novembro de 1986 a 31.12.1999.

2.2.1.1. - Equação da DAT

A demanda ambulatorial total (DAT) é igual ao somatório (Σ) dos usuários (u), que correspondem aos sujeitos ($\not{S}$), implicados numa demanda (D), que porta um desejo (d). Esta proposição pode ser expressa na seguinte equação:

$$DAT = \Sigma u \therefore \not{S} \Rightarrow D_{(d)}$$

2.3 - Demanda Circular: Sintoma da Instituição

Pacientes poliqueixosos da clínica médica, percorrendo postos de saúde e consultando-se com médicos variados, é uma situação de ocorrência freqüente nos serviços de saúde pública. Esses pacientes sempre demandam os serviços e buscam quem possa realmente ouvi-los em suas queixas. Como raramente ou

* A demanda ambulatorial inclui também os poucos casos de pacientes não absorvidos pelo SPS/VG devido à questão apresentada não constituir transtorno mental. Tais pacientes foram ouvidos e devidamente orientados e encaminhados para profissionais ou instituições adequados ao tratamento da questão apresentada.

nunca encontram tal escuta, formulam uma demanda constante, cuja principal característica é o retorno.

A *demanda circular ou circulante* é um sintoma da clínica médica pública e está diretamente relacionada com a qualidade e a resolubilidade dos atendimentos prestados. Esta circularidade mantém o aprisionamento do sujeito-usuário no seu sintoma e reflete a ineficácia dos serviços e das políticas de saúde pública. O conjunto dos usuários circulantes gera uma sobrecarga aos serviços.

Os serviços de saúde mental, através de seus profissionais, podem promover a escuta do sujeito e seu sintoma e com isso, interromper a circularidade patológica deste tipo de demanda.

TABELA 1

Demanda ambulatorial total 1986 - 1999 em números absolutos e percentuais no SPS/VG.

CATEGORIA	N	%
PN	4.061*	57,90
PA	538	7,67
FIC	603	8,59
FPE	1.811	25,82
Total	7.013	100

Fonte: SPS/VG (arquivos).

* Inclui 80 óbitos, o que representa 1,96% do total.

3.0 - PREVALÊNCIA

Conforme diagnóstico da Organização Mundial de Saúde, "nos últimos tempos, dentre todas as enfermidades, aquela que teve maior incremento em sua incidência foi, sem dúvida, a doença mental (...). A prevalência (da doença mental) em nosso meio, é estimada ao redor de 10%, na população geral". [11]

A Tabela 2 mostra a relação entre a população geral, a prevalência estimada de transtornos mentais e a demanda ambulatorial total do SPS/VG.

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

TABELA 2

Proporção entre população, prevalência estimada de transtornos mentais e demanda do SPS/VG, de novembro de 1986 a 31.12.1999.

POPULAÇÃO	PREVALÊNCIA (10%)	DEMANDA	%
108.314	10.831	7.013	64,74

Fonte: IBGE (estimativa populacional para o município de Varginha - 1999), OMS e SPS/VG.

Portanto, o Serviço Psicossocial de Varginha atendeu a 64,74% da população necessitada de cuidados em saúde mental, considerando os casos novos e antigos (pacientes em tratamento e os que receberam alta) no período estudado (nov./1986 a 31.12.1999). Atualmente (março/2000), uma das normas do SPS/VG é atender somente à população residente no município; logo, a totalidade da demanda atendida é a do próprio município. São poucas as exceções.

BIBLIOGRAFIA

1. Lima, Clóvis Ricardo Montenegro de. (1989). Estudos de usuários de sistemas de informação: contribuição metodológica da epidemiologia. Ciência da Informação. Brasília, 18 (2): 165-173. Jul./dez.

2. Pereira, Isidoro. (1990). Dicionário Grego-Português. 7. ed. Braga (Portugal): Livraria Apostolado da Imprensa.

3. Ávila, Fernando Bastos de. (1982). Pequena Enciclopédia de Moral e Civismo. 3. ed. Rio de Janeiro: MEC-FENAME.

4. Lacan, Jacques. (1999). O Seminário, Livro V. As formações do inconsciente. Capítulo V: O pouco-sentido e o passo-de-sentido. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. Texto originalmente produzido em 1957-1958.

5. Bueno, Francisco da Silveira. (1970). Dicionário Escolar da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: MEC-FENAME. Originalmente publicado em 1956.

6. Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. (1986). Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

7. Koogan/Houaiss. (1999). Enciclopédia e Dicionário. Rio de Janeiro: Edições Delta.

8. Chemama, Roland (organizador). (1995). Dicionário de psicanálise. Porto Alegre: Larousse/Artes Médicas.

9. Miller, Jacques-Alain. (1997). Lacan elucidado. Palestras no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar Editor.

10. Dor, Joël. (1990). Introdução à leitura de Lacan. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

11. CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. Programa de reorientação da assistência psiquiátrica previdenciária (aprovado pela Portaria MPAS nº 3062, 23.08.1982).

CAPÍTULO 18

RELIGIÃO E CRENÇAS POPULARES

Uma paciente do Serviço Psicossocial, 60 anos, negra e analfabeta, teve um acidente vascular cerebral que lhe deixou seqüela motora, dificultando sua deambulação. O médico lhe explicou em linguagem do senso comum o que isso significava. No entanto, a paciente recusava a explicação com veemência.

- "Não é nada disto. Fizeram foi macumba pra mim." - dizia ela.

Não nos coube endossar a explicação médica nem refutar a da paciente, o que daria no mesmo, mas compreender que o *mythos* da macumba era o que fornecia para a paciente uma leitura da realidade acessível.

1.0 - ETIMOLOGIA E CONCEITO

A origem etimológica da palavra religião está no latim: *religio*. O prefixo *re*, significa outra vez; de novo e o verbo *ligare*, ligar; unir; vincular. A religião é um vínculo que une duas partes: o mundo profano e o mundo sagrado.

A religião se endereça às paixões do crente e só lhe pede uma coisa: "fé, ou seja, a confiança, adesão plena ao que lhe é manifestado como ação da divindade. A atitude fundamental da fé é a piedade: respeito pelos deuses e pelos antepassados. A religião é crença, não é saber, e todas as religiões são experiências de fé" (Chaui, 1997).

Ruth Benedict (em General Anthropology, apud

Koenig, 1975) diz que "a religião é uma instituição sem paralelo, pois a origem de todas as outras instituições pode ser encontrada em necessidades animais do homem, em suas características físicas (...) É difícil, entretanto, determinar a base da religião na vida animal, e não é claro sobre que traços humanos se erigiu".

Durkheim (apud Koenig, op. cit.) definiu religião como "um sistema unificado de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, isto é, a coisas separadas e proibidas".

2.0 - A RELIGIÃO EM FEUERBACH, DURKHEIM E FREUD

Feuerbach (1804-1872) investigou "o modo como se formam as religiões, isto é, o modo como os seres humanos sentem necessidade de oferecer uma explicação para a origem e a finalidade do mundo.

Ao buscar essa explicação, os humanos projetam fora de si um ser superior dotado das qualidades que julgam as melhores (...) e as fazem existir nesse ser supremo como superlativas, isto é, ele é onisciente e onipotente (...). Pouco a pouco, os homens se esquecem de que foram os criadores desse ser e passam a acreditar no inverso, ou seja, que esse ser foi quem os criou e os governa (...) Não se reconhecem nesse Outro que criaram. Em latim, "outro" se diz: *alienus*. Os homens se alienam e Feuerbach designou esse fato com o nome de **alienação**."[1*] Feuerbach "Advoga a supressão da idéia de um outro mundo, que considera um mecanismo de fuga criado pela alienação dos desejos humanos; só assim a humanidade se concentraria na resolução dos problemas da Terra"[3].

É no sentido feuerbachiano que o autor deste livro, respondendo em entrevista à pergunta "O senhor acredita em Deus?" disse: Deus é antropológico e antropofágico[4].

Durkheim (apud Chinoy - 1976) em *As formas elementares da vida religiosa,* diz que "a religião nada mais é que um sonho, sistematizado e vivido, mas sem qualquer fundamento na realidade (...) uma metáfora imensa, sem valor objetivo".

* Marx (1818-1883) interessou-se por esse processo, influenciado por Feuerbach, mas relacionou-o a outras áreas da vida social, como a política e a economia.

Para Freud (1974), no clássico *O futuro de uma ilusão*, a religião é "um cabedal de idéias, nascido da necessidade que tem o homem de tornar tolerável seu desamparo, e construído com o material das lembranças do desamparo de sua própria infância e da infância da raça humana.".

Segundo Chaui (1997), uma das finalidades da religião é "oferecer consolo aos aflitos, dando-lhes uma explicação para a dor, seja ela física ou psíquica"[1].

Durkheim (1978) acrescenta que "(...) não existem religiões falsas. À sua maneira, todas são verdadeiras, todas respondem mesmo que de diferentes formas, a condições dadas da existência humana (...) O que a ciência contesta à religião, não é o direito de existir, é o direito de dogmatizar sobre a natureza das coisas".

3.0 - MYTHOS E LOGOS

A ciência se constrói utilizando o *logos* que "busca a coerência, construindo conceitualmente seu objeto". A religião se constrói utilizando o *mythos*, que "é pensamento empírico, concreto, e não um pensamento conceitual e abstrato". A cultura ocidental instaurou a ruptura entre *mythos* e *logos*, provocando "um acontecimento desconhecido em outras culturas: o conflito entre a fé e a razão.". O apóstolo Paulo já declarava: "a razão é um escândalo para a fé."(Chaui, op. cit.).

Valabrega (1983) prefere falar sobre os pontos em comum entre ciência e mito, já que as diferenças entre ambos são incontestáveis e bastante conhecidas. Para ele, "a ciência e o mito têm pelo menos uma zona e função comuns: destinam-se ambas a dar uma explicação do mundo" (...) e dados científicos, míticos e ideológicos a propósito de um mesmo fato básico, se combinam e se diferenciam, fazendo parte de um mesmo jogo. Há, entre ciência e mito, uma relação de circulação. "O mito pode vir apoderar-se da ciência e nela se instalar. Dessa maneira, o mito da organização científica da felicidade humana é uma versão moderna dos mitos de renovação e do Paraíso" num "(...) tipo de circuito, que se chega às ideologias".

O conhecimento empírico mostra que um considerável número de pacientes do Serviço Psicossocial de Varginha busca auxílio em instituições religiosas através de padres da igreja católica apostólica romana, "pastores" de diversas seitas evangélicas ou outras. Nestes locais, obviamente, a atenção e o "tratamento" do sujeito com transtorno mental se dá privilegiando o *mythos*. Por conseguinte, o resultado pode ser inócuo ou mesmo prejudicial para o paciente, dependendo do tipo de transtorno mental apresentado e da intervenção realizada. Não é rara a ocorrência de casos em que o "pastor" de alguma seita recomenda, sugere ou impõe ao paciente o abandono do tratamento médico e psicológico. Algum tempo depois, o paciente é levado ao Serviço com a agudização de sintomas como alucinações visuais e auditivas e comportamento auto ou heteroagressivo.

4.0 - CRENÇAS POPULARES

Além da religião, existem ainda outras "alternativas" que pessoas com transtornos mentais podem buscar com o intuito de suprimir ou minorar sua angústia: videntes, quiromantes, cartomantes, numerólogos, astrólogos, pais-de-santo, benzedores, tarólogos, etc*. São as crenças populares. Crença é "fé religiosa;

* O Conselho Federal de Psicologia (Resolução CFP nº 016/1995) lista as seguintes práticas como modalidades de intervenção não-científicas: astrologia, numerologia, cristaloterapia, terapia energética, psicoterapia xamânica, psicoterapia esotérica, terapia de transmutação energética, terapia regressiva de vidas passadas, psicoterapia espiritual, terapia dos chacras, terapia de meditação, psicoterapia do corpo astral, trabalho respiratório monhâmico, tarologia, quiromancia, cromoterapia, Florais de Bach e fotografia Kirlian. (BRASIL. Conselho Regional de Psicologia - 4ª Região. Jornal do Psicólogo. Año 16, nº 64. Práticas emergentes, p. 12. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (Brasília, DF). Belo Horizonte, ago./1999).
Outras Resoluções que tratam de assuntos referentes a métodos e técnicas não reconhecidos pela Psicologia:
• Resolução CFP nº 010/97, de 20.10.1997: estabelece critérios para divulgação, a publicidade e o exercício profissional do psicólogo, associados a práticas que não estejam de acordo com os critérios científicos estabelecidos no campo da Psicologia.
• Resolução CFP nº 011/97, de 20.10.1997: dispõe sobre a realização de pesquisas com métodos e técnicas não reconhecidos pela Psicologia.

convicção íntima; opinião adotada com fé e convicção"[9]. Não nos interessa a diferença entre crença popular e religião (talvez, a principal diferença seja que esta última se apresenta como um corpo estruturado e interpretativo de conhecimentos sobre a natureza da coisas), pois tanto uma quanto outra se situa no campo do mythos e é deste lugar que se dirigem ao crente. A esse respeito, lembramos Freud novamente, para o qual é ilusão "imaginar que aquilo que a ciência não nos pode dar, podemos conseguir em outro lugar."[6]

5.0 - LÉVI-STRAUSS: A EFICÁCIA SIMBÓLICA

Lévi-Strauss (apud Augras, 1986), num artigo de 1949 "desenvolve o conceito de eficácia simbólica, para dar conta do êxito da cura levada a efeito pelo xamã." Ele descreve as particularidades "do tratamento de uma índia em trabalho de parto, pelo meio do canto do xamã que invoca todas as entidades míticas." Gradativamente, Lévi-Strauss (1958) desenvolve analogia com a psicanálise:

"Em ambos os casos, trata-se de trazer à consciência conflitos e resistências até então inconscientes, seja por terem sido recalcados por outras forças psicológicas, seja - no caso do parto - por causa de sua própria natureza (...) Em ambos os casos ainda, conflitos e resistências dissolvem-se, não pelo fato do conhecimento real ou suposto, que a doente adquire progressivamente, mas porque tal conhecimento torna possível uma experiência específica, no decorrer da qual os conflitos se realizam numa ordem e num plano que lhes permite desenvolver-se livremente e chegar ao desenlace."[10]

Em trabalhos posteriores, Lévi-Strauss (1958) desenvolveu a definição do inconsciente como grande matriz mítica. Para ele, o inconsciente "reduz-se ao conceito pelo qual designamos uma função: a função simbólica, especificamente humana, sem dúvida, mas que em todos os homens, atua conforme as mesmas leis, que, de fato diz respeito ao conjunto dessas leis"[10]. Lévi-Strauss aponta semelhanças de identidade de natureza entre prática mágica e psicanálise.

A angústia que mobiliza o paciente na busca de alívio, pode movê-lo na direção das religiões e crenças populares ou na da psicanálise. Com isso, não queremos dizer que, para o paciente, tanto faz procurar auxílio de um religioso, curandeiro ou psicólogo, mas que tudo, em última instância, depende de como o desejo se vincula à demanda deste paciente-sujeito. Para Lévi-Strauss, isto não parece fazer a menor diferença. Para Augras, é mesmo coisa de demanda.

Por último, e tendo em vista o que foi afirmado nos capítulos precedentes sobre demanda, deve-se considerar a probabilidade de uma *demanda potencial*, já que é provável que uma expressiva parcela da população geral necessitada de cuidados em saúde mental, jamais procure qualquer tipo de auxílio nesta especialidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Marilena Chaui. (1997). Convite à filosofia. 6. ed. São Paulo: Editora Ática.
2. Koenig, Samuel. (1975). Elementos de Sociologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
3. Enciclopédia Barsa. (1975). Volume 6, p. 178. Rio de Janeiro, São Paulo: Encyclopaedia Britannica.
4. Jornal Correio do Sul, edição nº 7699, 4º caderno, p. 7, 06 e 07.06.1998. Varginha (MG).
5. Chinoy, Ely. (1976). Sociedade: uma introdução à sociologia. 5. ed., p. 493. São Paulo: Editora Cultrix.
6. Freud, Sigmund. (1974). O futuro de uma ilusão. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora. Originalmente publicado em 1927.
7. Durkheim, Émile. (1978). As formas elementares da vida religiosa. Introdução e Conclusão. São Paulo: Abril Cultural. Originalmente publicado em 1912.
8. Valabrega, Jean-Paul. (1983). A formação do psicanalista. Capítulo 6: Ideologia e mitologia sob o ângulo da psicanálise. 1. ed., p. 123 e 124. Originalmente escrito em 1970. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

9. Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. (1988). Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
10. Augras, Monique. (1986). Psicanalistas e pais-de-santo: coisa de demanda. Arquivos Brasileiros de Psicologia, nº 3, vol. 38, 92-100.
• BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Resoluções nºs 016/1995; 010/ e 011/1997. Brasília, DF.

CAPÍTULO 19

SAÚDE MENTAL NA LEGISLAÇÃO E PLANEJAMENTOS MUNICIPAIS

Este capítulo reúne as citações sobre *Saúde Mental* na legislação e planejamentos municipais, quer o termo conste neles como *conceito* ou como *serviço*, no período 1986-1999.

SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1998

A constituição é a lei fundamental de um Estado, onde se encontram expressos os princípios básicos e gerais de sua estrutura. A saúde mental é uma especialidade do campo da saúde. Não se encontra na Carta Magna brasileira de 1988 nenhuma citação nem referência explícita à saúde mental.

O Capítulo II, Dos Direitos Sociais, Art. 6º, garante a saúde entre os direitos sociais: "São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição."[1]

O Título VIII, Da Ordem Social, artigos 196 a 200, trata das questões relativas à saúde geral. A Seção II, Da Saúde, diz:

"Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"[1].

O artigo 200 se refere às substâncias psicoativas:

"Art. 200. Ao sistema único (de saúde) compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

VII - participar do controle e fiscalização de produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos ou radioativos"[1].

1.0 - SAÚDE MENTAL NO RELATÓRIO FINAL (OFICIAL) DA 1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VARGINHA - 1993

O Relatório Final (Oficial) da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Varginha - 1993 é um documento com 29 páginas.

A Conferência foi realizada nos dias 29 e 30 de abril e primeiro de maio no auditório do Theatro Capitólio, com o tema: "*Consolidando a municipalização através da participação popular*". A Conferência teve três etapas distintas: convocação geral, pré-conferências e a 1ª Conferência Municipal de Saúde.

Na Conferência, foram aprovadas *propostas* em quinze áreas da saúde. A Saúde Mental corresponde à área VI, p. 22, que transcrevemos na íntegra:*

"VI - Saúde Mental

1 - Promoção da saúde e da reintegração das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, implantando um modelo de saúde mental alternativo com substituição de hospitais psiquiátricos e sua extinção progressiva. Com esse objetivo, propõe-se a criação de:

- leitos de saúde mental em hospitais gerais;
- emergência psiquiátrica nos prontos-socorros gerais;
- Centro de Convivência;
- lares, casas ou pensões protegidas, com o apoio do poder público e da iniciativa privada.

A finalidade dos procedimentos terapêuticos destinados à pessoa portadora de sofrimento psíquico será a manutenção e a recuperação da sua integridade física e mental; da sua identidade e dignidade; da sua vida familiar, comunitária e do trabalho, tendo em conta a singularidade da pessoa humana, suas necessidades básicas, sua cultura, seus momentos vitais, suas potencialidades e autonomia.

2 - Implantação de um Serviço de Psicologia na rede hospitalar e de atendimento, em equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.

3 - Implantação de programa que vise o atendimento e o estudo da criança e do adolescente no campo educacional:

Criação de um Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente que proporcione o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a criança e o jovem varginhense, em todos os aspectos, e que sirva de contínua reciclagem dos profissionais que atuam ou queiram atuar com esta faixa etária. O referido programa deve incentivar a pesquisa, levantamento de necessidades e posterior atuação, através de ações junto a escolas, creches, postos de saúde, escola de excepcionais, "meninos de rua", etc. O Programa deve ser de iniciativa da Secretaria Municipal de Educação interligada com a Secretaria de Saúde, Bem-Estar Social, Secretaria de Esportes e Turismo, etc., e demais órgãos que exercem atividades com a criança e o adolescente.

4 - Criação de um Programa que dê respaldo aos órgãos existentes na Secretaria do Bem Estar Social ou a ela vinculados, tais como creches, CIAME, PAMEV, etc.

- valorização de equipes multidisciplinares (psicólogos, assistentes sociais, etc.) que possibilite levantamentos de necessidades e a posterior atuação conjunta destes profissionais;
- interação com setores diversos, no sentido da promoção da saúde, identificação dos grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação do indivíduo, sempre de forma integral."[2]

2.0 - SAÚDE MENTAL NO RELATÓRIO OFICIAL DA 2ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VARGINHA - 1995

O Relatório Oficial da 2ª Conferência - 1995 é um

* O texto original do Relatório Final está redigido de modo confuso. Procedemos algumas alterações na redação para facilitar a leitura. O conteúdo e a seqüência do texto não foram modificados.

documento com 24 páginas.

A Conferência foi realizada no auditório do Theatro Municipal Capitólio nos dias 18, 19 e 20 de outubro com o tema: "Saúde com qualidade e compromisso, direito de todos."

Foram aprovadas 18 propostas pela plenária final, sendo a Saúde Mental a proposta VII (p. 15 e 16).

Os itens iniciais repetem as propostas aprovadas na 1ª Conferência. O outros itens são os seguintes:

"VII - Saúde Mental

(...) 2 - Construção de sede adequada para o ambulatório do Serviço de Saúde Mental, que tenha salas de atendimento individual e em grupos, oficinas terapêuticas, etc.;

3 - Abertura de vagas para leitos de saúde mental no Hospital Bom Pastor, conforme regulamentação vigente, evitando internações desnecessárias fora do município;

4 - Credenciar ou contratar Psicólogo Hospitalar e Psiquiatra para atuação nos Hospitais Bom Pastor e Regional, a fim de desenvolver acompanhamento dos internos e seus familiares;

5 - Adquirir ambulância para o pronto-socorro e dotá-la de equipamentos específicos e com auxiliar de saúde, devidamente treinado, para atendimento de urgência/emergência para pacientes da saúde mental;"

Além das propostas acima, específicas da saúde mental, a atuação dos profissionais da equipe multidisciplinar do SPS/VG ainda pode ser solicitada em propostas de outras áreas:

"I - Política Preventiva de Saúde

7 - Que, em comum acordo com a Secretaria Municipal de Educação, seja implantado no currículo escolar matéria obrigatória sobre educação sexual, visando, além de orientações gerais, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

V - Saúde da Mulher e da Criança

2 - Desenvolver campanha educacional constante, incentivando o aleitamento materno, capacitando, inclusive, profissionais para proporcionar orientações adequadas para as mães (...).

9 - Implantar Programa de Planejamento Familiar, Controle da Natalidade e orientações preventivas sobre gravidez precoce.

14 - Implantar uma política municipal de saúde para crianças de zero a sete anos, atendendo desde a nutrição até acompanhamento psicológico (...).

16 - Nas escolas públicas urbanas e rurais, proporcionar atendimento médico no início do ano letivo para verificar, entre outras coisas, acuidade visual, auditiva e condições físicas e psicológicas dos estudantes.

VI - Saúde da Terceira Idade

1 - "(...) desenvolver ação a curto prazo para a criação de um Programa de Atendimento e Valorização da Terceira Idade. (...) O Programa deverá incluir assistência médica e odontológica, orientações preventivas, atividades ocupacionais, recreação, motivação para a convivência social, etc.

X - Saúde do Trabalhador

2 - Que o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador ofereça, entre outras coisas:

a) Assistência à saúde do trabalhador para diagnóstico e tratamento de doenças ligadas ao trabalho: consultas médicas, exames de audição, atendimento psicológico (...)

XV - Recursos Humanos/Funcionalismo

12 - Promover curso de Relações Humanas para todos os funcionários da saúde, visando melhorar o atendimento aos usuários."[3]

3.0 - SAÚDE MENTAL NO RELATÓRIO OFICIAL DA 3ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VARGINHA - 1999

O Relatório Final da 3ª Conferência - 1999 é um documento com 10 páginas.

A 3ª Conferência Municipal de Saúde de Varginha - MG, teve como tema "Construindo uma cidade saudável" e foi realizada nos dias 27, 29 e 30 de novembro e 02 de dezembro de 1999, no Theatro Municipal Capitólio e no Cenáculo.

A Policlínica Psicossocial é citada como Policlínica de Saúde Mental, prestando atendimentos de psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, serviço social e enfermagem.

O Relatório Final da 3ª Conferência enumera e reúne

as propostas feitas, divididas em três grupos. Apresentamos apenas as diretamente relacionadas ao Serviço de Saúde Mental ou ao conceito de saúde mental.

1 - Propostas prioritárias das pré-conferências.

Foram listadas 30 propostas.

"4. Centro de referência de saúde do trabalhador.

6. Clínica para drogados e alcoólatras*.

29. Participação mais efetiva da ABRAÇO** no programa de prevenção ao uso de drogas."[4]

2 - Propostas secundárias das pré-conferências.

Foram listadas 87 propostas.

"5. Farmácia mais completa.

11. aumentar o número de profissionais da saúde mental.

23. acompanhamento, pelos psicólogos, dos grupos de educação para a saúde.

26. contratar mais psicólogos para agilizar o tratamento das crianças.

34. criação do serviço de internação domiciliar.

35. ampliação do Serviço de Saúde Mental.

36. criação de leitos psiquiátricos em hospital geral.

42. criação de leitos hospitalares para desintoxicação de alcoólatras e drogados.

47. oficina ocupacional para adolescentes.

61. farmácias completas.

63. investir na saúde da criança (prevenção).

66. ampliar o atendimento na Saúde Mental.

74. programa de atendimentos para idosos."[4]

* O termo *drogado* é utilizado, popularmente, em sentido pejorativo. O termo técnico adequado seria, de acordo com a CID-10 da OMS (1992), *dependente de substância psicoativa.* O mesmo ocorre com o termo alcoólatra, cujo uso é inadequado como linguagem técnica. O Ministério da Saúde recomenda o emprego do termo *alcoolista.* Vide Capítulo Internações psiquiátricas pelo SPS/VG.

** Vide Capítulo Outros tratamentos.

3 - Plenária Final

A Plenária Final, no *Grupo Temático: Atenção Especializada,* se refere implicitamente à saúde mental e cita os seguintes itens como prioritários:

"1 - clínica para drogados e alcoólatras.

2 - centro de referência da saúde do trabalhador.

3 - ampliação do Serviço de Saúde Mental com a criação do hospital-dia e leitos psiquiátricos em hospital geral."[4]

A última parte do Relatório Oficial traz uma classificação final das 15 prioridades, por números de votos. A prioridade número um, a mais votada, obteve 27 votos e é uma proposta de saúde mental: a criação de uma clínica para drogados e alcoólatras.

4.0 - SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NO PLANO DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO - 1995

O Plano Diretor de Desenvolvimento de Varginha - 1995, volume I, Diagnóstico, é um extenso e aprofundado trabalho com 198 páginas numeradas e mais o Anexo II - Problemas / Propostas.

O Capítulo V, Diagnóstico Social, trata do tema Saúde. No item 5.5 sobre o Serviço de Saúde Mental, estão registradas as seguintes informações:

"D) Serviço de Saúde Mental

Em 1986, iniciou-se o Serviço de Saúde Mental em nível municipal. A alta rotatividade do pessoal que atuou no Serviço dificultou a formação de uma equipe interdisciplinar básica em saúde mental. Atualmente o Serviço conta com uma equipe profissional constituída por médico psiquiatra, psicólogos, assistente social, enfermeiro e auxiliares.

O Serviço de Saúde Mental presta os seguintes serviços em nível ambulatorial:

- atendimento psiquiátrico e psicofarmacológico;
- atendimento psicológico nas áreas de psicoterapia (para infância, adolescência e adultos), psicodiag-

nóstico, orientação de pais e grupo terapêutico;
- atendimento de assistência social, visitas domiciliares.

Serviços de apoio e intercâmbios:
- atendimento psiquiátrico e elaboração de laudos periciais junto com equipe do Fórum e Cadeia Pública;
- atendimento psicológico e participação nos programas de adolescentes, AIDS e hanseníase;
- distribuição de medicamentos controlados (psicotrópicos)."[5]

5.0 - SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL NO MAPEAMENTO DESCRITIVO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VARGINHA - 1996[6]

Vide Introdução do capítulo Sistema de Informações sobre Transtornos Mentais no Município de Varginha - 1996.

6.0 - SAÚDE MENTAL NO CÓDIGO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE VARGINHA - LEI nº 2990, de 08.01.1998

A Lei nº 2990/98 que dispõe sobre o Código Sanitário do Município de Varginha e dá outras providências, é composta por 14 títulos e 223 artigos.

O Título III, Da Assistência à Saúde, art. 9º diz: "Este regulamento considera como assistência à saúde, aquelas ações relacionadas a ela, prestadas nos estabelecimentos previstos nesta lei, destinada essencialmente a promover ou proteger a saúde individual e coletiva, diagnosticar e tratar precocemente as doenças que acometam o indivíduo, limitar os danos por elas causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, *psíquica* ou social for afetada..."[7] (grifo nosso).

No mesmo Título, o art. 12 estabelece 15 áreas específicas de assistência à saúde:

"I - assistência à mulher, inclusive nos casos de abortos legais;

II - planejamento familiar;
III - emergências;
IV - deficiências físicas;
V - crianças e adolescentes;
VI - idosos;
VII - saúde mental;
VIII - saúde bucal;
IX - assistência farmacêutica;
X - equipamentos e outros insumos;
XI - imunobiológicas;
XII - vigilância sanitária;
XIII - vigilância epidemiológica e controle de zoonoses;
XIV - saúde do trabalhador;
XV - outros programas estratégicos."[7]

Citamos todos os itens porque, embora a saúde mental constitua apenas uma área, a VII, acreditamos que um Serviço de Saúde Mental tem papel importante a desempenhar em quase todas as outras áreas.

O Título VII, Da Vigilância Sanitária, Capítulo II - Dos produtos de interesse à saúde, art. 37, coloca a *medicação psicotrópica* na lista de produtos sujeitos à fiscalização sanitária.

O Título XII é inteiramente dedicado à Saúde Mental:

"Título XII - Da Saúde Mental.

Capítulo I - Das Disposições Gerais.

Art. 212 - Compete ao órgão técnico da Secretaria Municipal de Saúde a orientação e inspeção nos estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou privados, e que prestem assistência médico-social.

Art. 213 - Inspeções e orientações técnicas poderão ocorrer também:

I - quando houver queixa ou denúncia de que determinado fator ou grupo de fatores esteja afetando a saúde mental ou provocando manifestações de doenças em indivíduos, comunidades ou populações;

II - em estabelecimento para estudo, diagnóstico, exames ou pesquisas psiquiátricas ou psicológicas;

III - em instituições asilares ou geriátricas, onde haja indivíduos com afecções mentais.

Capítulo II - Dos estabelecimentos.

Art. 214 - A licença para funcionamento de estabelecimento psiquiátrico, público ou privado, só será fornecida, caso esteja convenientemente instalado em edificações adequadas, obedecendo ao que preceituam os padrões vigentes de arquitetura e organização operacional ordenada pela legislação superior."[7]

7.0 - SAÚDE MENTAL NO DECRETO Nº 2289/99 (TRANSPORTE COLETIVO URBANO PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIA MENTAL)

O Decreto nº 2289 de 14 de janeiro de 1999, regulamenta a concessão de gratuidade nos serviços de transporte coletivo urbano de passageiros aos portadores de deficiência física, mental e sensorial que impossibilite a sua locomoção normal e dá outras providências, estabelece:

"Art. 2º - Para fins do disposto no artigo anterior, são considerados beneficiários da gratuidade nos Serviços de Transporte Coletivo Urbano de Passageiros deste Município:

III - deficiente mental: o portador de doença neurológica congênita ou adquirida ou de distúrbio psíquico sem substrato orgânico, que importem na sua incapacidade civil ou inimputabilidade penal."[8]

8.0 - SAÚDE MENTAL NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - BIÊNIO 1999/2000

A seguir, citamos os itens do Plano Municipal de Saúde (1999/2000) referentes à saúde mental ou ao Serviço de Saúde Mental.

"AÇÕES DE SAÚDE BÁSICA E ESPECIALIZADA

1. AÇÕES BÁSICAS

3.2.7. Intensificar os trabalhos do grupo de adolescentes, ampliando a equipe e melhorando o sistema de registro de dados.

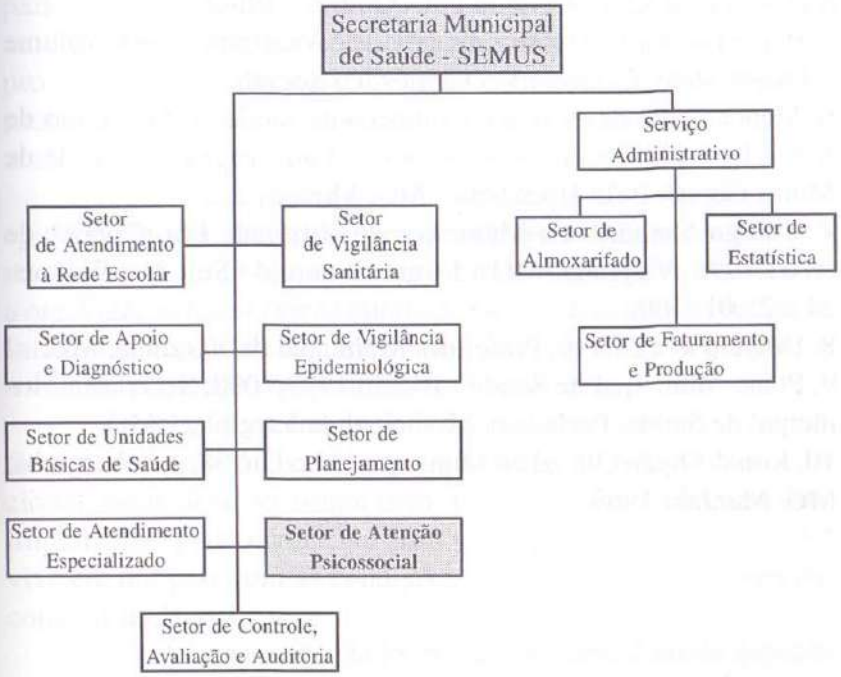
2. AÇÕES ESPECIALIZADAS

3.2.16. Dar continuidade às ações dos Programas de DST-AIDS, hanseníase, tuberculose, câncer de mama e outros.

3.2.18. Reformular a equipe do ambulatório de Saúde Mental, ampliando-o e estudar a possibilidade de implantação de um Núcleo de Assistência Psicossocial* (meio turno), na área do Centro Social Urbano - Santana.

3.2.19. Intensificar os esforços para liberação dos recursos da Audiência Pública para construção do Anexo do Centro de Recuperação de Toxicômanos e Alcoólatras no Hospital Bom Pastor."[9]

9.0 - SERVIÇO PSICOSSOCIAL NO ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUS - 1999[10]



* O SPS/VG ainda não se enquadra na categoria de NAPS/CAPS (ver conceitos no capítulo Tratamento dos transtornos mentais). É provável que o Plano Bienal esteja se referindo à possibilidade da implantação de uma equipe mínima de saúde mental no bairro Santana.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Constituição da República Federativa, 1988. Lopes, Mauricio Antonio Ribeiro (coordenador). (1998). 3. ed. (revista e atualizada). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais.

2. 1ª Conferência Municipal de Saúde de Varginha. (1993). Relatório Final (Oficial). Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Varginha (MG): Gráfica Bom Pastor.

3. 2ª Conferência Municipal de Saúde de Varginha. (1995). Relatório Oficial. Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde. Varginha (MG).

4. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Varginha. (1999). Relatório Final, 10 p. Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde. Varginha: Correio do Sul - Gráfica - Editora.

5. Plano Diretor de Desenvolvimento de Varginha - 1995. Volume I, Diagnóstico. Capítulo V, Diagnóstico Social.

6. Mapeamento descritivo da situação de saúde no município de Varginha - 1996. Sales, José Roberto et alii. Escola de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte - MG. Mimeo.

7. Código Sanitário do Município de Varginha. Lei nº 2990, de 08.01.1998. Varginha (MG): Jornal Correio do Sul. Atos/Editais. 24 e 25.01.1998.

8. Decreto nº 2289/99. Prefeitura Municipal de Varginha, MG.

9. Plano Municipal de Saúde - Biênio 1999/2000. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Varginha - MG.

10. Jornal. Órgão Oficial do Município. Ano I, nº 38, p. 8. Varginha, MG. Mar./abr.1999.

CONCLUSÃO

Os serviços públicos de saúde constituem-se em *locus* privilegiado de acúmulo de dados epidemiológicos, devido à quantidade e variedade de casos registrados. Tal acúmulo deve possibilitar uma produção de conhecimento capaz de servir de referência para a formulação de políticas públicas de saúde e contribuir para modificar ou aprimorar os serviços existentes. Produzindo saber o profissional consubstancia, de modo inequívoco e ético, um compromisso com a sua comunidade e com o seu tempo, revelando ambos e colaborando para sua transformação.

A realização de um volume maior de pesquisas epidemiológicas em saúde mental no Brasil é imprescindível. Os resultados dessas pesquisas fornecem importantes informações para a organização dos serviços públicos e alimentam bancos de dados. Influem, portanto, na tomada de decisões que afetam diretamente a vida da população que utiliza esses serviços.

O país é carente de dados e informações mais específicos e precisos sobre saúde mental. Grande parte da literatura nacional, nesta área, se ocupa com questões teóricas que, embora importantes, pouco contribui para a compreensão do sujeito que vive em um país com as condições socio-econômicas e culturais como as do Brasil.

A construção da Psicologia no Brasil ainda depende da memória individual transformada em registros acessíveis para uso público, principalmente através de textos.

Os artigos e pesquisas que compõem esta obra tem dois propósitos principais: contar a história do Serviço Psicossocial

no município de Varginha - MG, no período 1986 - 2000 e caracterizar a clientela atendida - o usuário -, relacionando dados do perfil demográfico e nosológico quanto à saúde mental.

Tais propósitos pediram que os estudos tivessem enfoque mais centrado na historiografia do que nos paradigmas das ciências cujos construtos teóricos foram utilizados como linha mestra: psicanálise, psicologia e psiquiatria.

O conteúdo é de interesse para o município, na área da saúde pública, na especialidade saúde mental.

Metaforicamente, estudos epidemiológicos são fotografias. O "fotógrafo", autor deste livro, não pretendeu a tarefa impossível de fotografar toda a realidade. Os recortes apresentados contribuem para os desenhos das revelações possíveis.

SUMMARY

MENTAL HEALTH IN VARGINHA COUNTY - MG (BRAZIL)
SERVICE AND AMBULATORY USERS STUDY
1986 - 2000

The articles and researches which comprise this work have two main purposes: to tell the history of the Psychosocial Service in Varginha County - MG (Brazil) from 1986 to year 2000 and to characterize the public assisted - the people by relating demographic and nosological profile data to mental health.

Such purposes demanded that research should be more focused on the historiography rather than on the paradigms of sciences in which theoretical construes were used as a guideline: psychoanalysis, psychology and psychiatry.

The content is of great interest to the county specially pertaining to health system as far as mental health is concerned.

The research also outlines the socio-economic and cultural context at the end of this century; the "ship" on which we, health professionals, users and population are boarded.

Metaphorically speaking, epidemiologic studies are pictures. The "photographer", the author of this book, didn't intend to perform the impossible task of photographing the whole reality. The profile presented contributes to the lay-out of possibles revelations.

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

BIBLIOGRAFIA

1. Cervo, Amado Luiz & Bervian, Pedro Alcino. (1978). Metodologia científica. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. 2. ed., 144 p.
2. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). (1974). Normas (apud Cervo & Bervian, 1978, op. cit.).

METADESCULPAS AO LEITOR

Quero a utopia
da palavra
inexistente,
a palavra exata.
Que caiba,
milimétrica e cirúrgica,
no meu texto
de prosa e poesia.
Que não seja
armadilha,
não revele desejo,
não traia segredo..
Mas, ai,
que engano!
A palavra
é inexata encruzilhada.
A palavra
não se deixa aprisionar.
Escritor,
navegante
sem bússola
nem estrela,
única certeza:
querer chegar.
Mas, ai,
que engano!
Percorrer caminho
já é razão suficiente.

GLOSSÁRIO

Ambulatório: dependência (local) hospitalar ou não, onde se trata de pacientes não internados.

Anamnese: também denominada história clínica, é o relato da seqüência de fatos importantes sobre a situação atual e pregressa de um paciente que procura o médico ou o psicólogo com uma queixa clínica[1]. "Anamnese é a reminiscência, a ajuda trazida pelo paciente para a arte médica, através de sua memória."[2] Reminiscência é "recordação; memória; aquilo que se conserva na memória; lembrança; conhecimento que se fixou."[3] "Por meio de perguntas, o médico faz o paciente lembrar-se de todas as circunstâncias que antecederam o momento em que adoecera, pois essas lembranças auxiliam o médico a fazer o diagnóstico e a receitar remédios, cirurgias e dietas que correspondam à necessidade específica da cura do paciente."[2]

Caduceu: "Vara com duas serpentes enroscadas e com asas na extremidade; insígnia de Mercúrio, de arautos e antigos parlamentários. Emblema da medicina e da farmácia, no qual figura, freqüentemente, uma taça em lugar da vara."[3]

CID: Classificação Internacional de Doenças. "As primeiras revisões da classificação diziam respeito somente às causas de morte. A partir da Sexta Revisão, em 1948, suas finalidades se expandiram passando a incluir doenças não fatais. Esta expansão continuou até a Nona Revisão ocorrendo algumas inovações para atender às necessidades estatísticas das mais diversas organizações". A Nona Revisão também incluiu "recomendações para serem publicadas, para fins experimentais, classificações suplementares de procedimentos em medicina e de deficiências, incapacidades e

desvantagens". Devido a essas modificações a Décima Revisão apresenta novo título: Classificação estatística internacional de doenças e de problemas relacionados à saúde, "que enfatiza sua finalidade estatística e reflete a maior amplitude de suas finalidades". No entanto, a abreviatura CID foi mantida.[4]

Comunitário, atendimento: atendimento extra-hospitalar do usuário, mantendo-o em seu meio social ou comunidade. É mais eficiente se o usuário é portador de transtorno mental leve e se a família dispõe de tempo e recursos para acompanhá-lo.[5]

CRP: Conselho Regional de Psicologia. São quinze Conselhos em todo o Brasil (1999), com sedes nas capitais dos Estados.

CFP: Conselho Federal de Psicologia. "É uma entidade de caráter privado que, por delegação do poder público, exerce o serviço de fiscalização da profissão de psicólogo em todo o território nacional, instituído pela Lei nº 5766, de 20.12.1971, e pelo art. 58 da Lei nº 9649, de 27.05.1998." (CFP, 1999). Sede: Brasília, DF.

Demanda: é aquela parcela da população geral que procurou o Serviço Psicossocial por motivos variados e foi atendida em pelo menos uma consulta por qualquer um dos membros da equipe multiprofissional. O conceito de demanda empregado no trabalho *Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha*, no original publicado pelo CFP - 1989, é diferente deste e está expresso no próprio trabalho. O referido *Estudo...*, republicado neste livro, passou por revisão e recebeu outro título (vide capítulo 4).

Devolução de informação, entrevista de: "É a comunicação verbal discriminada e dosificada que o psicólogo faz ao paciente, a seus pais e ao grupo familiar, dos resultados obtidos no psicodiagnóstico. A transmissão desta informação é, pois, o objetivo básico da mesma, que se concretiza numa entrevista final, posterior à aplicação do último teste."[6]

Dinâmica de grupo: expressão nem sempre empregada num sentido preciso. É costume aplicar o termo ao estudo dos indivíduos em interação dentro de pequenos grupos (cinco a dez pessoas). Como o sentido é impreciso, é necessário determinar o sentido próprio de cada utilização especial. A dinâmica de grupo está intimamente ligada à teoria de campo de Kurt Lewin.[7]

Epidemiologia: a origem da palavra é o grego (epi: sobre, e demos: população). Etimologicamente, a epidemiologia seria, então, aquele ramo científico que estuda tudo o que ocorre "sobre a população". Logo, o objetivo epidemiológico é o organismo social, o corpo populacional, descrevendo os agravos que podem ocorrer, tentando identificar as causas e orientando os meios mais eficazes de profilaxia e controle. O quadro epidemiológico e sua profilaxia podem ser descritos analogamente ao que acontece na clínica: o exame do paciente, o diagnóstico e a prescrição terapêutica.[8]

O Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (1985)[9] conceitua a epidemiologia como aquela ciência que "tem, como objeto de estudo, a distribuição das doenças e de outros agravos na população (epidemiologia descritiva) e dos fatores que os determinam (epidemiologia analítica)".

IATM: Instrumento para Acompanhamento de Transtornos Mentais. Modelo de registro de dados do perfil demográfico e nosológico do usuário, proposto na monografia Sistema de Informações sobre Transtornos Mentais no Município de Varginha - MG (1996), de Sales, J.R. et alii e implantado no Serviço Psicossocial de Varginha em primeiro de março de 1997.

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, criado em 1938, "com a reunião do Conselho Nacional de Geografia ao Conselho Nacional de Estatística"[10]. As estimativas populacionais utilizadas neste trabalho foram fornecidas por este Instituto. O IBGE iniciou com as estimativas anuais por município somente a partir de 1990. Antes desta data, a estimativa era qüinqüenal. Os censos são decenais e apenas realizados nos anos terminados em 0.

Incidência: "Número de casos novos de uma doença, ou aqueles que iniciaram num determinado período".[8]

Internação compulsória: é aquela determinada pela justiça como cumprimento de uma medida de segurança.[5]

Internação involuntária: é aquela solicitada por um terceiro e efetivada sem consentimento do usuário.[5]

LIP: Livro de Internações Psiquiátricas do SPS/VG.

Manicômio: grande instituição asilar, fechada, geralmente desprovida de recursos e mal administrada. Por essas características, ofe-

rece serviços ruins e se constitui em modelo não-terapêutico (Gentil Filho apud Portella, 1996). Conceitualmente, a designação manicômio é, no Brasil, reservada exclusivamente às instituições psiquiátricas destinadas ao cumprimento de medidas judiciais de segurança, isto é, para doentes mentais que cometem crimes ou para condenados pela justiça que enlouquecem. No entanto, a maioria dos autores usa indistintamente os termos manicômio, hospital psiquiátrico e hospício. Neste trabalho, usamos os termos como sinônimos.

Multiprofissional ou multidisciplinar, equipe: é o conjunto de profissionais de nível superior, da área médica e paramédica que trabalha no Serviço Psicossocial, no trato dos transtornos mentais. A equipe multiprofissional do SPS/VG é atualmente (1999) composta por psicólogos, psiquiatra, neuropsiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro e assistente social.

OMS: Organização Mundial de Saúde. Organismo internacional cuja "função é dirigir e coordenar trabalhos internacionais na área sanitária; ajudar os governos em seus programas de saúde pública; estabelecer padrões internacionais para remédios e vacinas; promover pesquisas médicas." A sede da OMS ou WHO -World Health Organization, é em Genebra, na Suiça.[11]

Organomental: designação empírica e imprópria que constava do parecer diagnóstico da Ficha de Primeira Entrevista - Saúde Mental. É genérica demais e pode englobar tantos fenômenos psicopatológicos que não contribui para esclarecer nem tipologia nem dinâmica de nenhum transtorno mental.

Policlínica Psico Social: nome pelo qual o Serviço Psicossocial passou a figurar na lista telefônica do município de Varginha, em 1999. A lista telefônica do ano 2000 traz a mesma figuração[12].

População: "Agrupamento de indivíduos da espécie humana. Eles vivem numa região geográfica própria, com traços culturais comuns..."[8]

Prevalência: "Número de casos que existam de uma doença, não importando se novos ou antigos"[8].

Psicotrópicos: "são substâncias químicas, artificiais ou naturais, que possuem tropismo psicológico, capazes de modificar a atividade mental, seja qual for esta alteração. As drogas psicotrópicas são classificadas de acordo com a sua ação de depressão, de excitação ou de desvio da atividade mental em três grupos: psicolépticos, psicoanalépticos e psicodislépticos"[13].

Psicológicas, Ciências: termo empregado neste trabalho para se referir ao conjunto do conhecimento representado pela psicologia, psicanálise e psiquiatria a respeito do psiquismo humano. Ciência entendida aqui como um saber.

Saúde Pública: "A saúde pública é o campo de conhecimentos e atividades técnico-científicas que objetiva identificar e elevar os níveis de saúde física e mental dos agrupamentos humanos. Para isso, executa medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde de alcance coletivo, através do saneamento do meio ambiente, do controle de doenças transmissíveis, da organização de serviços médicos e de enfermagem para diagnóstico precoce e tratamento das doenças."[11]

SIA/SVS: Sistema de Informações Ambulatoriais. Este sistema foi implantado oficialmente em todas as unidades da federação, em 1991.

SPS/VG: Serviço Psicossocial de Varginha.

SSM/VG: Serviço de Saúde Mental de Varginha. Primeira denominação do Serviço Psicossocial. Esta denominação esteve em uso de 1986 a 1998. No *Estudo da demanda ambulatorial do Serviço de Saúde Mental de Varginha - 1989* (vide Índice de Publicações), o Serviço figura com o nome de Setor de Saúde Mental da Policlínica de Varginha - SSMPV. Na época (1989), a Policlínica Central era a única existente no município.

SSMPV: Setor de Saúde Mental da Policlínica de Varginha.

SUS: Sistema Único de Saúde.

Terapêutico, grupo: pode ser trabalhado de acordo com as características e técnicas das escolas de pensamento humano a que se filiam: junguiana, adleriana, culturalista, behaviorista, rogeriana, existencialista, etc. Os microgrupos terapêuticos do SPS/VG são trabalhados por técnicas baseadas nos postulados básicos da psicanálise (Freud e seguidores). O grupo terapêutico com esta orientação teórica pode ser denominado psicoterapia analítica de grupo, psicanálise de grupo, grupanálise, psicoterapia de grupo de orientação analítica e grupoterapia analítica.[14]

BIBLIOGRAFIA

1. Grünspun, Haim. (1978). Distúrbios psiquiátricos da criança. 3. ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.
2. Chaui, Marilena. (1997). Convite à filosofia. 6. ed. São Paulo: Editora Ática.
3. Bueno, Francisco da Silveira. (1970). Dicionário escolar da língua portuguesa. Rio de Janeiro: MEC-FENAME. Originalmente publicado em 1956.
4. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão. (1993). Volume 1. Organização Mundial de Saúde. 2. ed. São Paulo: EDUSP - Editora da Universidade de São Paulo.
5. BRASIL. Senado Federal. Portella, Lucídio. (1996). Em defesa da saúde mental (substitutivo ao PLC - 8/91). Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal.
6. Ocampo, M.L.S. de, e colaboradores. (1981). O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
7. Luft, Joseph. (1968). Introdução à dinâmica de grupos. Santos (SP): Livraria Martins Fontes Editora.
8. Forattini, P. Oswaldo. (1980). Epidemiologia geral. São Paulo: Livraria Editora Artes Médicas.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Guia de vigilância epidemiológica. (1985). Brasília (DF): Centro de documentação do Ministério da Saúde.
10. Ávila, Fernando Bastos de. (1982). Pequena enciclopédia de moral e civismo. 3. ed., p. 282. Rio de Janeiro: MEC-FENAME.
11. Almanaque Abril. (1983). São Paulo: Editora Abril.
12. Lista telefônica Circuito dos Lagos - Sul de Minas - 357, p. 252. (1999). Belo Horizonte: Guiatel - Telemig.
== Lista telefônica Sul de Minas - Circuito dos Lagos - 357, p. 337. (2000). Belo Horizonte: Guiatel - Telemar.
13. Souza, Carlos Modesto de. (s.d.). Do sintoma à terapêutica, p. 320. Rio de Janeiro: Estabelecimentos Gráficos Borsoi.
14. Cabernite, Leão et alii. (1974). O grupo terapêutico e a psicanálise. Rio de Janeiro: Imago Editora.

ÍNDICE DAS PUBLICAÇÕES

POESIA

- *Escrever*

a) BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Jornal do Federal. Ano XIII, junho, nº 54. Tiragem: 100 mil. Brasília, DF. 1998.

b) Jornal Correio do Sul. Edição nº 7700. Varginha, MG. Junho. 1998.

TEXTOS

- *Serviços de Saúde Mental, Lei Estadual Antimanicomial e Ética.* Publicado com o título de *Luta Antimanicomial*. Publicação parcial a partir do subtítulo *O Manicômio.*. Jornal Correio do Sul. Edições nºs 7684 e 7685 de 16 e 19 de maio. Varginha, MG. 1998.
- *Estudo da Demanda Ambulatorial do Serviço de Saúde Mental de Varginha - 1989.* Publicado com o título de *Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha.*

a) apresentado no II Encontro dos Psicólogos da Saúde Pública de Minas Gerais. Barbacena, MG. Novembro. 1988.

b) BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão.* Ano 9, nº 2. Tiragem: 64 mil. Brasília, DF. 1989.

- *Psicodiagnóstico infantil: uma atuação em saúde pública.*

Revista Pediatria Moderna. Volume XXV, nº 6. Índex Internacional de Pediatria. Editora Moreira Júnior. Tiragem: 13 mil. São Paulo, SP. 1990.

- *Psicodiagnóstico em saúde pública.*

Trabalho apresentado para a Escola de Saúde de Minas Gerais para

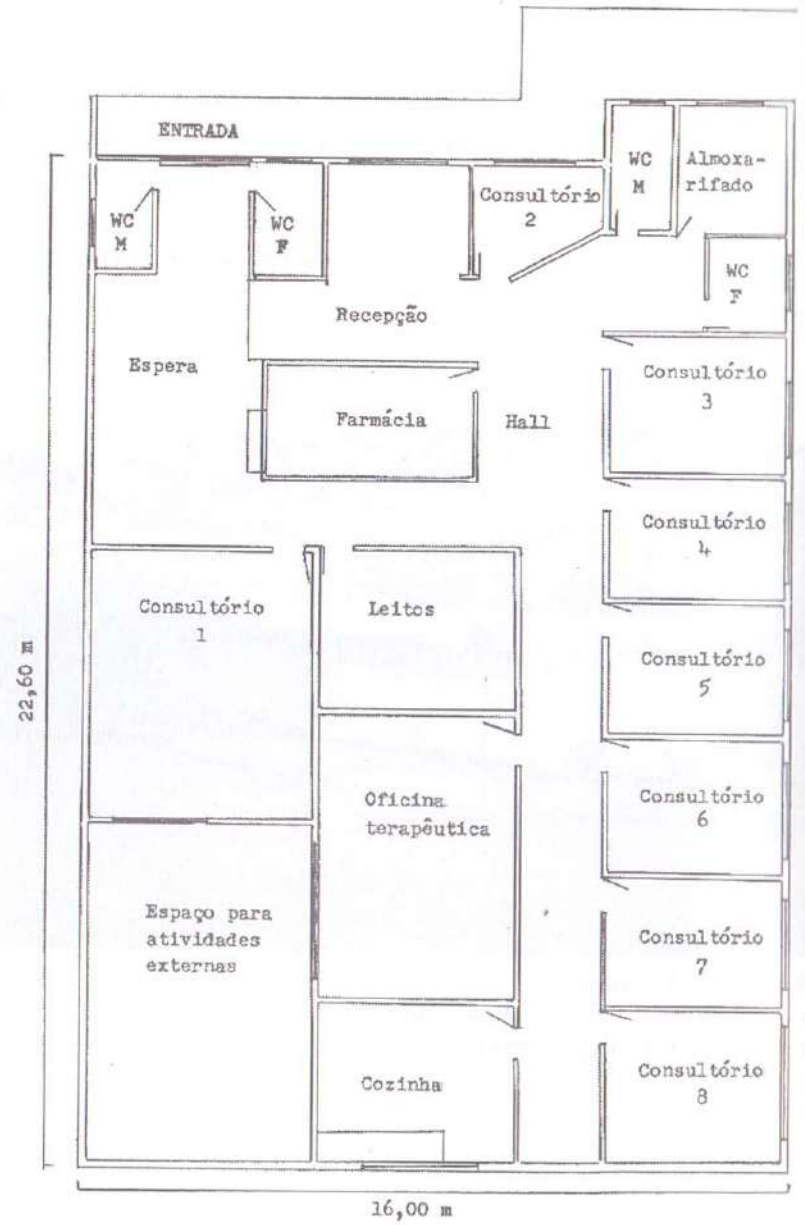
concorrer a uma vaga no curso de pós-graduação em Saúde Pública. O tema foi de livre escolha e o limite de duas laudas. Varginha, MG. Maio. 1996.
- *Sistema de Informações sobre Transtornos Mentais no Município de Varginha - 1996.* Monografia de José Roberto Sales et alii. Biblioteca da Escola de Saúde de Minas Gerais - ESMIG. Belo Horizonte, MG. 1996.
- *Serviço de Saúde Mental do Município de Varginha - 1997.* Título original: Saúde Mental em Varginha. Trabalho escrito e apresentado pelo autor no I Encontro Sul Mineiro de Práticas em Saúde Mental. São Lourenço, MG. 16 a 18 de maio. 1997.

ANEXOS I

Fotografias e planta baixa do SPS/VG

Fotografia 1. Fachada.
À direita: Rua Dr. Francisco Rosemburg.
À esquerda: Rua Santa Catarina.

PLANTA BAIXA DA POLICLÍNICA PSICOSSOCIAL

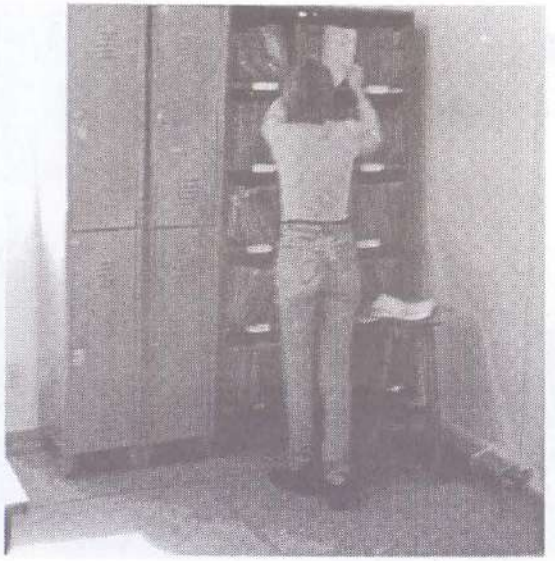


Fotografia 2. Fachada.
Rua Dr. Francisco Rosemburg.

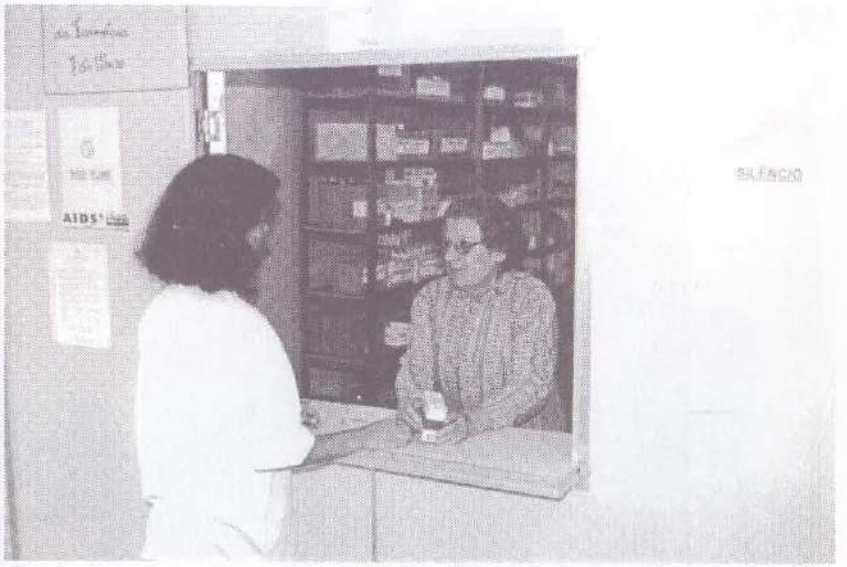
Fotografia 3. Entrada principal.
Rua Dr. Francisco Rosemburg.

Fotografia 4. Entrada secundária com espaço para atividades externas. Rua Santa Catarina.

Fotografia 5. Sala de espera e recepção.

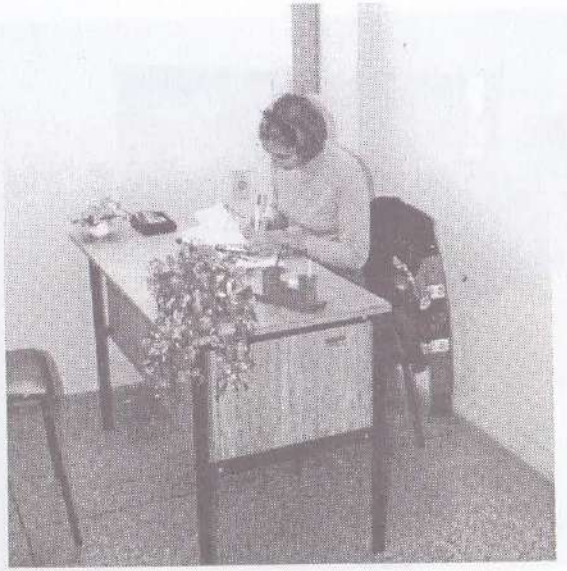


Fotografia 6. Arquivo de prontuários numéricos.



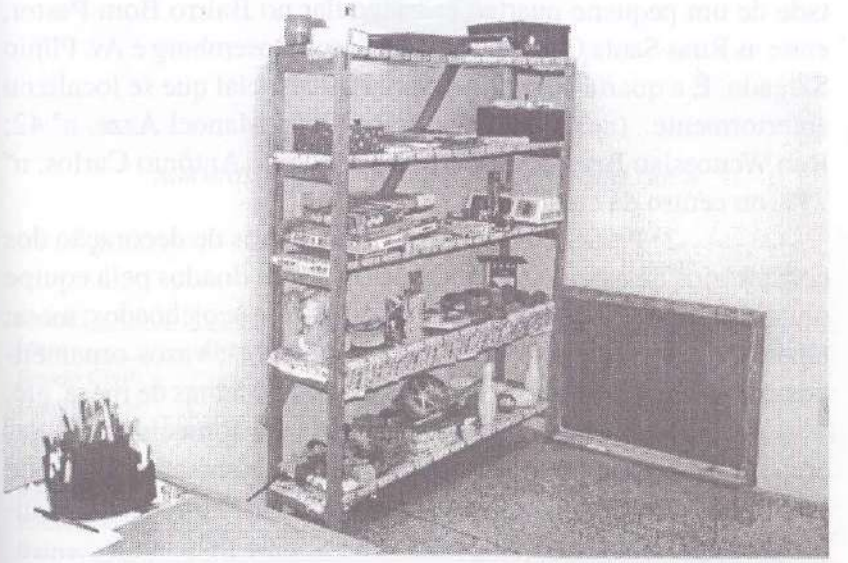
Fotografia 7. Farmácia alopática privativa do SPS/VG.

Fotografia 8. Sala de lanches para usuários e acompanhantes (sala de leitos).



Fotografia 9. Consultório de psicologia.

Fotografia 10. Consultório de psicologia.



Fotografia 11. Consultório de ludoterapia com estante de brinquedos.

Fotografia 12. Oficina terapêutica de trabalhos manuais.

OBSERVAÇÕES

1) A Policlínica Psicossocial ocupa, desde 1997, metade de um pequeno quarteirão triangular no Bairro Bom Pastor, entre as Ruas Santa Catarina; Dr. Francisco Rosemburg e Av. Plínio Salgado. É a quarta sede do Serviço Psicossocial que se localizou anteriormente (nesta seqüência): Rua João Manoel Azze, nº 42; Rua Wenceslau Braz, nº 150 e Rua Presidente Antônio Carlos, nº 799, no centro da cidade.

2) Parte do mobiliário e dos objetos de decoração dos consultórios de psicologia e psiquiatria foram doados pela equipe multidisciplinar, tais como: cadeiras; divãs com acolchoados; mesa; tapetes; quadros de parede; relógios; cachepots; vasos ornamentais com plantas artificiais, secas ou naturais; toalhas de mesa, etc.

3) A planta baixa do SPS/VG foi fornecida pela Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Planejamento - Setor de Projetos, da Prefeitura Municipal de Varginha. O modelo da planta baixa apresentado foi adaptado e desenhado pelo autor.

4) Fotografias do autor.

ANEXO II

Anamnese Psicológica e Neuropsiquiátrica

A *Anamnese Psicológica e Neuropsiquiátrica* apresentada a seguir foi elaborada pela equipe multidisciplinar do Serviço Psicossocial de Varginha e adotada a partir de setembro de 1999.

Prefeitura do Município de Varginha
Secretaria Municipal de Saúde

SERVIÇO PSICOSSOCIAL
ANAMNESE PSICOLÓGICA E NEUROPSIQUIÁTRICA

Data: __/__/__
Triagem: __/__/__

Nome: _____
Idade: _____ Data Nasc.: __/__/__ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
Estado Civil: _____ Ocupação: _____
Naturalidade: _____
Escolaridade: ☐ Analf. ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ Superior
Filhos (nº, idade): _____
Responsável: _____
Endereço: _____ Nº _____
Bairro: _____
Cidade: _____ Tel: _____

- Encaminhamento: ☐ Policlínica ☐ Pronto Socorro ☐ Espontâneo
  ☐ Outros: _____

- Atendimento anterior em Saúde Mental?: ☐ Sim ☐ Não
  Onde: _____

- Hipótese Diagnóstica:
  ☐ Psicose ☐ Neurose ☐ Alcoolismo
  ☐ Disturb. Neurol. ☐ Inf./Adolesc. ☐ Dep. Drogas
  ☐ Def. Mental ☐ A Esclarecer CID-10 _____

- Conduta Terapêutica: ☐ Não absorvido ☐ Absorvido
  ☐ Psicologia: _____
  ☐ Psiquiatria
  ☐ Neurologia
  ☐ Terapia Ocupacional
  ☐ Serviço Social

Motivo da Consulta (Queixa principal):

História da moléstia atual (Sintomas, modo e tempo de início, características, evolução, tratamentos anteriores, contexto familiar, social, profissional, etc.):

Antecedentes Pessoais (gestação, parto, desenvolvimento neuropsicomotor, infância, escolaridade, profissão, vida sexual, relacionamento conjugal, lutos, religião, lazer, etc.):

Antecedentes Familiares:
Pai: _____ Mãe: _____ Irmãos: _____
Doença Mental: _____
Deficiência Mental: _____
Internação Hosp. Psiquiátrico: _____
Epilepsia: _____
Alcoolismo: _____
Toxicomania: _____
Delinqüência: _____
Suicídio: _____
Outros: _____

Antecedentes mórbidos pessoais:
Cirurgias:
Acidentes:
Fraturas:
Outros:

Exame psíquico:
Consciência: _____
Orientação: _____
Atenção: _____
Inteligência: _____
Memória, fixação e evocação: _____
Estrutura do Pensamento - curso e conteúdo: _____
Senso percepção: _____
Linguagem: _____
Afetividade: _____
Humor: _____
Juízo de realidade: _____

Exame neurológico:
Nervos cranianos: _____
Tônus: _____
Amplitude e movimentos: _____
Marcha: _____
Equilíbrio estático: _____
Nervos periféricos: _____
Reflexos: _____
Sensibilidade: _____
Força: _____
Coluna vertebral: _____
Fundoscopia: _____
Diagnóstico sindrômico: _____

Plano terapêutico:

ANEXOS III

Dados e informações gerais sobre o SPS/VG; questionários.

Série histórica do número de atendimentos totais efetuados pela equipe multidisciplinar do SPS/VG e média mensal de 1987 a 1999.

ANOS	ATENDIMENTOS	MÉDIA MENSAL
ESTADUAL		
1987*	1123	93,58
1988	1839	153,25
1989*	1491	124,25
1990*	1239	103,25
MUNICIPAL		
1991	3221	268,41
1992	5359	446,58
1993	5741	478,41
1994	6888	574,00
1995	8361	696,75
1996	9003	750,25
1997**	7123	593,58
1998**	8881	740,08
1999	17420	1451,66
TOTAL	77689	-

Fonte: SPS/VG (1987 a 1996: Diários de atendimentos; 1997 a 1999: IATM). * / ** (Ver página seguinte).

* Anos em que ocorreram períodos de greve do funcionalismo público estadual. "No ano de 1987, a greve do funcionalismo estadual durou dois meses (maio e junho) e somente dois atendimentos se realizaram nestes meses. No ano de 1989, o período de greve durou de 12.10 a 08.12, portanto, nenhum atendimento se realizou em novembro daquele ano. Em 1990, o período de greve foi de 16.05 a 06.07." Sales, J. R. Diários de atendimentos. SSM/VG.
** Anos em que os atendimentos do SPS/VG foram interrompidos por mais de trinta dias devido à mudança de endereço da sede e reformas no prédio da Policlínica. Alguns psicólogos não apresentaram o número dos atendimentos prestados para registro. Os atendimentos destes anos foram totalizados pela auxiliar de enfermagem Terezinha Silva e pela terapeuta ocupacional Paola Aparecida Cachero Lino.

Proporção entre população, prevalência estimada de transtornos mentais e atendimentos (total anual e média mensal) do SPS/VG, nos anos 1987 e 1999.

DADOS	1987	1999
População	74.630*	108.314
Prevalência	7.463	10.831
Atendimentos	1.123	17.420
Média mensal**	93,58	1.451,66

Fonte: OMS; IBGE e SPS/VG.
* Estimativa populacional *IBGE* para o município de Varginha, 1985. Vide Glossário.
** Média aritmética.

QUADRO COMPARATIVO COM DADOS GERAIS DO SPS/VG EM 1987 E 2000

DADO	1987	2000
Nome do Serviço	Serviço de Saúde Mental - SSM	Serviço Psicossocial -SPS
Endereço	Rua João Manoel Azze, 42 - Centro	Av. Plínio Salgado,s/nº - Bom Pastor
Sede	Inexistente. Funcionamento dentro da Policlínica Central, com diversas especialidades médicas e laboratório. Sem consultórios exclusivos e adequados (consultórios médicos cedidos em poucos horários).	Própria, embora provisória Número de telefone fixo exclusivo: 690-2182 5 salas: psicologia 1 sala: serviço social 1 sala: enfermagem 1 sala: psiquiatria 1 sala: farmácia 1 salão: oficinas terapêuticas 1 sala: repouso e medicação 1 cozinha: (funcionários) 1 sala: despensa 1 salão: recepção e arquivos 1 salão: espera (usuários) 2 banheiros: usuários 2 banheiros: funcionários
Recursos humanos	Nível superior: 2 psicólogos 1 assistente social (não exclusivo do SSM) 1 psiquiatra* Nível médio: nenhum Nível elementar: nenhum	Nível superior: 11 psicólogos 1 psiquiatra 1 neuropsiquiatra 1 enfermeiro 1 assistente social 1 terapeuta ocupacional Nível médio: 3 auxiliares de enfermagem (recepção: 2; farmácia: 1) Nível elementar: 1 segurança 1 faxineira (não exclusiva do Serviço)
Vínculo de trabalho (equipe multidisciplinar)	Psicólogos e assistente social: estadual Psiquiatra: municipal	2 psicólogos: estadual Restante da equipe: municipal
Turnos de funcionamento	1 turno	2 turnos
Gerenciamento	Estadual	Municipal

* Durante os quatro primeiros anos de existência, o Serviço de Saúde Mental prestou atendimento psiquiátrico descontínuo, com intervalo de meses entre a contratação de diferentes médicos.

Biblioteca Pública Municipal
Varginha - MG

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DO PERFIL
DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO SPS/VG - JULHO/1999

Nome: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Idade: _____ anos.

1) Estado Civil
- ☐ solteiro
- ☐ casado
- ☐ divorciado
- ☐ separado

2) Cursos Superiores
1) _____
2) _____

3) Cursos de pós-graduação
1) _____
2) _____

4) É formado há quantos anos? (na profissão que exerce no SPS/VG)
_____ anos

5) Orientação teórica de trabalho (responder se for psicólogo ou médico)
- ☐ psicanalítica
  - ☐ freudiana
  - ☐ lacaniana
  - ☐ kleiniana
- ☐ junguiana
- ☐ rogeriana
- ☐ behaviorista
- ☐ outra: _____

6) Exerce outra profissão ou atividade diferente fora de seu horário de trabalho no SPS/VG?
☐ sim ☐ não

Caso tenha respondido sim, especificar:
Atividade: _____
Horas semanais: _____

7) Já lecionou ou leciona?
☐ sim ☐ não

Caso tenha respondido sim, especificar:
- ☐ 1º grau
- ☐ 2º grau
- ☐ Superior
- ☐ Pós-graduação

Disciplinas lecionadas:
_____
_____
_____

Tempo de magistério
1º grau: _____ 2º grau: _____
Superior: _____ Pós-graduação: _____

8) Fala, lê e traduz em outro idioma?

	Fala	Lê	Traduz
Idioma:	_____	_____	_____
Idioma:	_____	_____	_____

9) Fez cursos no exterior? ☐ sim ☐ não
Caso tenha respondido sim:
País: _____
Curso: _____
Duração: _____

10) Fez estágios no exterior: ☐ sim ☐ não
Caso tenha respondido sim:
País: _____
Estágio (área): _____
Duração: _____

11) Tipo de leitura preferida:
- ☐ jornais
- ☐ revistas
- ☐ psicanálise
- ☐ psicologia
- ☐ educação
- ☐ literatura brasileira
- ☐ literatura universal
- ☐ outras (especificar): _____

12) Vínculo de trabalho (SPS/VG)
- ☐ prefeitura
- ☐ estado

QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DO PERFIL
DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM DO SPS/VG - JULHO/1999

Nome: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Idade: _____ anos.

1) Estado Civil
- ☐ solteiro
- ☐ casado
- ☐ divorciado
- ☐ separado

2) Cursos

2º grau
- ☐ em curso
- ☐ incompleto
- ☐ completo

Superior
- ☐ em curso
- ☐ incompleto
- ☐ completo

Especificar: _____

3) Fez curso de auxiliar de enfermagem:
☐ sim ☐ não
Caso tenha respondido sim, especificar:
Curso: _____
Duração: _____
Estágio: _____

4) Cite outras áreas de atuação em enfermagem ou saúde geral que você tenha experiência:
a) área: _____ b) área: _____
Tempo de serviço: _____ _____

5) Tempo no exercício da função de auxiliar de enfermagem no SPS/VG: _____

6) Vínculo de trabalho no SPS/VG:
- ☐ prefeitura
- ☐ estado

Sondagem de Opinião sobre o SPS/VG:
7) Cite os pontos positivos e negativos que você percebe no SPS/VG.
Fale sobre qualquer aspecto desejado.

Pontos Positivos

Pontos Negativos

8) Apresente sugestões para o SPS/VG melhorar seu atendimento ao usuário:

ANEXO IV

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DA CID-10 DA OMS - SÍNTESE*

F00-F09: Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos.

Este agrupamento compreende uma série de transtornos mentais reunidos, tendo em comum uma etiologia demonstrável tal como doença ou lesão cerebral ou outro comportamento que leva à disfunção cerebral.

F00.9 - Demência na doença de Alzheimer
F01.9 - Demência vascular
F03 Demência, não especificada
F09 Transtorno mental orgânico

F10-F19: Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de substâncias psicoativas.

Este agrupamento compreende numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que têm em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico.

F10. - Álcool
F11. - Opióides

* Síntese elaborada pelo médico neuropsiquiatra Márcio João Frank do Amaral (1999), com sugestões do autor, para uso dos profissionais paramédicos do Serviço Psicossocial de Varginha - MG.

F12. - Canabinóides
F13. - Sedativos ou hipnóticos
F14. - Cocaína
F15. - Cafeína ou outros estimulantes
F16. - Alucinógenos
F17. - Tabaco
F18. - Solventes voláteis
F19. - Múltiplas drogas

F20-29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes.
Este agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante deste grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios.
F20 Esquizofrenia
F21 Transtorno esquizotípico
F22 Transtorno delirante persistente
F29 Psicose não-orgânica, não especificada

F30-39: Transtornos do humor (afetivos)
Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação.
F31 Transtorno afetivo bipolar
F32 Episódio depressivo
F33 Transtorno depressivo recorrente
F34.1 - Transtorno persistente do humor (distimia)
F39 Transtorno do humor (afetivo), não especificado

F40-48: Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes.
Este agrupamento compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros.

F40 Transtorno fóbico-ansioso
F41.0 - Transtorno de pânico
F41.2 - Transtorno misto ansioso e depressivo
F42 Transtorno obsessivo-compulsivo
F43 Reação a estresse grave e transtorno da adaptação
F44 Transtorno dissociativo (conversivo)
F45 Transtorno somatomorfo
F48.9 - Transtorno neurótico, não especificado

F50-59: Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e a fatores físicos.
F50 Transtorno alimentar
F51 Transtorno não-orgânico do sono
F52 Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica
F53 Transtorno mental e de comportamento associado ao puerpério
F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência
.0 - anti-depressivos
.1 - laxativos
.2 - analgésicos
.3 - antiácidos
.4 - vitaminas
.5 - esteróides ou hormônios
.6 - ervas ou remédios folclóricos específicos
F59 Síndrome comportamental não especificada associada a alterações fisiológicas e a fatores físicos.

F60-F69: Transtornos da personalidade e de comportamentos em adultos.
F60 - Transtorno específico de personalidade
.0 - paranóide
.1 - esquizóide
.2 - anti-social
.30 - emocionalmente instável tipo impulsivo
.31 - emocionalmente instável tipo borderline (limítrofe)

.4 - histriônica
.5 - anancástica
.6 - ansiosa
.7 - dependente

F63 Transtorno de hábitos e impulsos
F64 Transtornos da identidade sexual (transexualismo ou travestismo)
F65 Transtorno da preferência sexual
F66 Transtorno psicológico e de comportamento associado ao desenvolvimento e orientação sexual
F69 Transtorno de personalidade e de comportamento em adulto, não especificado

F70-F79: Retardo Mental

Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode acompanhar um outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independente.

F70 Retardo mental leve
F71 Retardo mental moderado
F72 Retardo mental grave
F73 Retardo mental profundo
F79 Retardo mental, não especificado

F80-F89: Transtornos do desenvolvimento psicológico

Os transtornos classificados em F80-F89 têm como:

a) início situado obrigatoriamente na primeira ou segunda infância;

b) comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central; e

c) evolução contínua sem remissões nem recaídas. Na maioria dos casos, as funções atingidas compreendem a linguagem, as habilidades espaço-visuais e a coordenação motora.

F80 Transtorno específico do desenvolvimento da fala e linguagem
F81 Transtorno específico do desenvolvimento das habilidades escolares
F82 Transtorno específico do desenvolvimento da função motora
F84 Transtorno invasivo do desenvolvimento
F89 Transtorno não especificado do desenvolvimento psicológico

F90-F98: Transtornos emocionais e de comportamento com início habitualmente ocorrendo na infância ou adolescência.

F90 Transtorno hipercinético
F91 Transtorno de conduta
F95 Transtorno de tique
F98 Outros transtornos emocionais com início na infância e na adolescência
.0 - enurese não-orgânica
.1 - encoprese não-orgânica
.2 - transtorno de alimentação na infância
.3 - pica na infância
.4 - transtorno de movimento estereotipado
.5 - tartamudez (gagueira)
.6 - taquifremia (fala desordenada)
F98.9 Transtornos emocionais e de comportamento com início habitualmente ocorrendo na infância e na adolescência, não especificados.

F99: Transtorno mental não especificado.

Observação: o caracter .9 pode ser usado como complemento para qualquer quadro não especificado.

BIBLIOGRAFIA

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão - CID-10, volume I. (1999). Organização Panamericana da Saúde - Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Capítulo V - Transtornos Mentais e Comportamentais, p. 303-379. São Paulo: EDUSP - Editora da Universidade de São Paulo, 7. ed.

O AUTOR

Fotografia JC Salomão - 1998

José Roberto Sales nasceu em Varginha, em 14.06.1957. Os avós paternos, imigrantes libaneses, estabeleceram-se no município por volta de 1920. A família se dedicou ao comércio, educação e profissões liberais. Recebeu grande influência da avó materna, professora primária que no início do século excursionava como atriz de teatro amador, declamava poesias e tocava violino.

Formou-se em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, em Belo Horizonte (1980). Durante o período acadêmico foi monitor da disciplina Psicologia Geral e Experimental, trabalhando com pesquisas de iniciação científica.

Em Varginha, formou-se em Pedagogia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, com especialização em Orientação Educacional (1984). Pós-graduado em Metodologia do Ensino de 1° e 2° graus (1986).

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde de Minas Gerais, de Belo Horizonte (1996).

Exerce a psicologia clínica em consultório particular desde 1981.

Exerceu o magistério por mais de uma década. Lecionou para o ensino secundário, superior e de pós-graduação. Em 1982, foi eleito pelos professores da Escola Municipal José Camilo Tavares, para receber o título *Professor Símbolo*, como parte da comemoração do centenário do município.

Participou de momentos históricos da saúde mental no Brasil: I Conferência Nacional de Saúde Mental, Rio de Janeiro (1987), representando o município de Varginha; em Minas Gerais, como revisor especial do programa de avaliação e diagnóstico da rede de assistência psiquiátrica do Estado - auditoria (1991) e, em Varginha, como primeiro psicólogo a atuar em saúde pública no município (1986).

Possui trabalhos publicados sobre Psicologia e Educação em periódicos especializados em educação, psicologia e medicina, todos com circulação nacional. O *Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha*, publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (1989) é o primeiro estudo epidemiológico sobre saúde mental realizado no município. Em agosto de 1992, quando da criação da Casa da Cultura do município, foi convidado a entregar seus trabalhos publicados sobre saúde mental (Capítulo IV e item 2.0 do Capítulo V, deste livro). Na ocasião, recebeu homenagem da Câmara Municipal.

Foi o primeiro representante do Conselho Regional de Psicologia - 4ª Região, para o sul de Minas, no período 1982 - 1985.

Trabalhou com seleção de pessoal para o Banco Real de 1984 a 1986.

Em 1987, estreou no teatro como autor da peça *Primavera Mortal*, drama psicológico e de suspense, abordando a temática da loucura.

Em 1989, foi convidado pelo Dr. D.H. Thompson, diretor do Escritório de Publicações da Organização Mundial de Saúde, em Genebra, Suíça, para traduzir publicações da OMS para o Português, para publicação no Brasil.

Ingressou como psicólogo no serviço público estadual, em 1986. De início, exerceu a função de supervisor em saúde mental. Posteriormente, passou ao atendimento clínico participando também de programas como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS.

Atualmente (março/2000), é psicólogo da equipe multidisciplinar do Serviço Psicossocial de Varginha, Coordenador Regional de Saúde Mental e membro do Colegiado Estadual de Saúde Mental pelo SUS/MG.

O conjunto destas experiências em saúde pública possibilitou a reflexão e o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e trabalhos teóricos sobre saúde mental, ora publicados em livro.

Endereço: Alameda Miguel Paschoal, 78
Vale dos Ipês
37026-590 - Varginha - MG

Endereço eletrônico:
sales.jr@bol.com.br

MENTAL HEALTH IN VARGINHA COUNTY - MG (BRAZIL)

Service and Ambulatory Users Study
1986 - 2000

The articles and researches which comprise this work have two main purposes: to tell the history of the Psychosocial Service in Varginha County - MG (Brazil) from 1986 to year 2000 and to characterize the public assisted - the people by relating demographic and nosological profile data to mental health.

Such purposes demanded that research should be more focused on the historiography rather than on the paradigms of sciences in which theoretical construes were used as a guideline: psychoanalysis, psychology and psychiatry.

The content is of great interest to the county specially pertaining to health system as far as mental health is concerned.

The research also outlines the socio-economic and cultural context at the end of this century; the "ship" on which we, health professionals, users and population are boarded.

Metaphorically speaking, epidemiologic studies are pictures. The "photographer", the author of this book, didn't intend to perform the impossible task of photographing the whole reality. The profile presented contributes to the lay-out of possibles revelations.