



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM  
PATOLOGIA TROPICAL**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E  
AMBULATORIAL NO CENTRO PSIQUIÁTRICO DE  
REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE MANAUS EM 2008**

**FERNANDO KLADT SPOLIDORO**

**MANAUS  
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM  
PATOLOGIA TROPICAL**

**FERNANDO KLADT SPOLIDORO**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E  
AMBULATORIAL NO CENTRO PSIQUIÁTRICO DE  
REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE MANAUS EM 2008**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Patologia Tropical na área de concentração Processo Saúde-Doença.

**Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto**

**MANAUS  
2008**

Ficha Catalográfica  
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Spolidoro, Fernando Kladt

S762a      Avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no centro psiquiátrico de referência do município de Manaus em 2008 / Fernando Kladt Spolidoro. - Manaus: UFAM, 2008.  
122 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Patologia Tropical) — Universidade Federal do Amazonas, 2008.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

1. Saúde mental - Amazonas 2. Serviços de saúde – Gestão I. Lopes Neto, David II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU 616.89:614.253(811.3)(043.3)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM  
PATOLOGIA TROPICAL**

**FERNANDO KLADT SPOLIDORO**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E  
AMBULATORIAL NO CENTRO PSIQUIÁTRICO DE  
REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE MANAUS EM 2008**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Patologia Tropical na área de concentração Processo Saúde-Doença.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. David Lopes Neto, Presidente  
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Thomé Eliziário Tavares Filho, Membro Interno  
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Antonio Egidio Nardi , Membro Externo  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, por me guiarem e me moldarem com humildade e perseverança.

Aos pacientes psiquiátricos, pela voluntariedade e sinceridade nas respostas.

Ao meu prezado orientador David Lopes Neto, pelo exemplo ético-profissional, apoio incondicional e estímulo à pesquisa.

Ao meu filho Nicolas, na esperança de que supere seu pai e de que, um dia, seja também superado por seu próprio filho.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos colegas Médicos Residentes do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, em especial ao Dr. Florisvaldo da Nóbrega, pelo constante contato, notificando as altas dos pacientes.

À Camila Pinheiro e a Professora Maria Ivanilde Araujo, pela análise estatística precisa e célere.

“Atender com qualidade é fazer a coisa certa,  
de forma correta e no menor tempo possível”.

W. Edwards Deming, 1982.

## RESUMO

O presente estudo, de delimitação prospectiva, exploratório-descritiva e quantitativa, teve por objetivo avaliar a assistência ambulatorial e hospitalar no centro psiquiátrico de referência em Saúde Mental do Sistema Único de Saúde no município de Manaus, Estado do Amazonas, em 2008, do ponto de vista dos pacientes. Foram sujeitos do estudo pacientes admitidos para internação breve entre 1º de julho e 31 de agosto de 2008, que tinham a mínima capacidade psíquica para responder os questionários, com doença mental por mais de um mês e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Esta se deu em duas etapas: a primeira, no momento de suas altas hospitalares, e a segunda, 30 dias depois. Os protocolos trouxeram perguntas fechadas e investigavam a assistência hospitalar e ambulatorial, com base nas Portarias 224 e 336 do Ministério da Saúde. A média de idade dos participantes foi de 35 anos, sendo a minoria (31%) casada ou em união estável. Quanto a escolaridade, 87% dos entrevistados tinham até o primeiro grau. Quarenta e três por cento dos pacientes fazem tratamento psiquiátrico há mais de 10 anos e 68% do total têm quatro ou mais internações prévias. O tempo médio de internação foi de 13 dias. Durante a internação, observou-se que todos foram atendidos por médico, 45% foram atendidos por psicólogos, 31% por assistente social e 25% tiveram terapia de grupo. A maioria (55%) dos participantes do estudo não teve qualquer tipo de lazer durante a internação e aprovou (69%) o sabor e a variedade da alimentação oferecida, bem como a limpeza e organização do hospital (89%). Os profissionais com a pior avaliação quanto ao item educação foram os recepcionistas e os vigilantes, ambos somaram 10% de insatisfeitos e muito insatisfeitos nas respostas dos usuários. Após a alta, os profissionais mais consultados foram os médicos, atendendo 41% dos entrevistados, seguidos pela terapia de grupo (22%). Os psicólogos e os assistentes sociais atenderam a apenas 4% da demanda, cada. Sessenta e dois por cento dos participantes reportaram-se satisfeitos com o relacionamento que têm com a equipe, mas 30% se mostrou insatisfeito quanto ao acesso à assistência e 57% deles recebem algum benefício social. Os resultados mostraram elevado índice de reinternação psiquiátrica no município de Manaus, às custas, possivelmente, da ausência de uma rede assistencial especializada eficaz. Também registrou-se relação entre o nível técnico-profissional dos funcionários e a satisfação dos usuários, ficando os recepcionistas e vigilantes com a pior avaliação. Verificou-se que, tanto durante a hospitalização quanto no acompanhamento ambulatorial, os pacientes não tiveram assistência multiprofissional. Somente o atendimento médico foi provido aos pacientes em ambos estágios de assistência: 100% para os pacientes internados e 41% aos pacientes ambulatoriais. Um terço dos pacientes desaprovou o acesso aos atendimentos, salientando a dificuldade em marcar consultas e a distância entre elas. O fato de dois terços dos entrevistados receberem algum tipo de benefício assistencial (previdenciário ou de transporte) sugere relação entre a qualidade e quantidade da assistência com o número de benefícios. Apesar do inadequado acompanhamento intra e extra-hospitalar, 87% dos participantes recomendariam o centro psiquiátrico a um familiar ou amigo que precisasse de assistência hospitalar em psiquiatria/saúde mental, reconhecendo o papel do CPER neste momento de transição do modelo hospitalocêntrico para um modelo substitutivo de assistência em saúde mental em Manaus.

Palavras-chave: avaliação em saúde, serviços de saúde mental, saúde mental.

## ABSTRACT

The study's objective was to evaluate both inpatient and outpatient mental health care throughout the public health system in the city of Manaus, state of Amazonas, Brazil, from the user's perspective of the assistance provided by the main psychiatric hospital in the city. The subjects of this prospective, exploratory and quantitative study were patients admitted to brief psychiatric hospitalization between July the 1<sup>st</sup> and August the 31<sup>st</sup> of 2008, who were mentally able to answer the questionnaires, with mental illness for more than a month and willing to participating. The research happened in two different stages: upon their releases from hospital and 30 (thirty) days afterwards. The protocols consisted of closed questions concerning inpatient and outpatient mental health assistance, based on the legal regulations: Portaria 224/MS and Portaria 336/MS. The average age of the participants was 35 years old. The least of them (31%) were married and women (59%) lightly prevailed over men. As to schooling, 87% of the interviewed have never gone to high school. Forty three percent of the patients were undertaking psychiatric treatment for over 10 years and 68% of the total has 4 hospitalizations or more. The average hospitalization period was 13 days. Patients got to the hospital by themselves in 48% of the times, followed by the public emergency mobile transport (31%). All patients were consulted by a physician during hospitalization, while 45% were attended by a psychologist, 31% by social worker and 25% had group therapy. Most of the participants (55%) had no leisure and approved of the flavor and variety of food (69%), as well as the cleaning and organization of the hospital (89%). Receptionists and security personnel were the professionals worse evaluated concerning how polite they were, adding, each, 10% of unsatisfied and very unsatisfied answers. The professionals who consulted more frequently the outpatients were the physicians (41%), followed by group therapy (22%). Technicians who consulted fewer patients were both psychologists and social workers, who attended 4% of outpatients, each one. No participant had home care. Sixty two percent reported being satisfied with the relationship between them and mental health care staff, 30% of the patients complained about the access to mental health assistance and 57% received a social benefit. Those results showed high index of psychiatric readmission, possibly due to the absence of a mental health assistance network in the city. It was also registered direct relationship between the technical level of the staff and user's satisfaction concerning their education. It was found that both inpatients and outpatients did not have multiprofessional assistance. One third of the patients disapproved of the access to hospital care, mainly because of the difficulties on getting consulted. The fact that almost two thirds of the patients were receiving any sort of social benefic could be a result of the failure of adequate mental health care. Although inpatient and outpatient were not receiving quality and quantity adequate assistance, 87% of them would recommend the psychiatric hospital to a relative or a friend, thus recognizing its role in the transition process from a hospital-focused mental health care and a substitute one.

Key-words: evaluation, mental health services, mental health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABP</b>	Associação Brasileira de Psiquiatria
<b>ABS</b>	Atenção Básica a Saúde
<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CPER</b>	Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro
<b>CUES-U</b>	Carers' and Users' Expectation of Service – User Version
<b>DATASUS</b>	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
<b>GAP</b>	Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica
<b>GC</b>	Grupo Controle
<b>GE</b>	Grupo de Estudo
<b>HUGV</b>	Hospital Universitário Getúlio Vargas
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NAPS</b>	Núcleo de Atenção Psicossocial
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde

<b>ONG</b>	Organização Não-Governamental
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>PM</b>	Portaria Ministerial
<b>SRT</b>	Serviço Residencial Terapêutico
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFAM</b>	Universidade Federal do Amazonas
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UIB</b>	Unidade de Internação Breve

# SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1	O Contexto da Saúde Mental no Brasil: aspectos históricos, políticos e organizacionais .....	13
1.2	A Reforma Psiquiátrica Brasileira: breve resumo histórico .....	20
1.3	A Saúde Mental no Município de Manaus .....	22
1.4	Avaliação dos Serviços de Saúde Mental .....	24
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>31</b>
2.1	Geral .....	31
2.2	Específicos .....	31
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
3.1	Modelo de Estudo .....	32
3.2	População, local e período de coleta .....	32
3.3	Cálculo Amostral .....	32
3.4	Critérios de Seleção da População .....	33
3.4.1	Critérios de Inclusão .....	33
3.4.2	Critérios de Exclusão .....	33
3.5	Métodos .....	34
3.5.1	Seleção de Pacientes .....	34
3.5.2	Aplicação dos Questionários e Coleta de Dados .....	34
3.5.3	Análise dos Dados .....	35
3.6	Análise Estatística .....	35

<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 O Contexto da Saúde Mental no Brasil: aspectos históricos, políticos e organizacionais

Historicamente, o sofrimento mental sempre foi preocupação não só de médicos, como de filósofos, escritores, curandeiros e religiosos. No início das civilizações, os transtornos mentais tinham suas origens intimamente relacionadas ao sobrenatural.

O pensamento grego do século V a. C. introduziu conceitos que foram de encontro a este pensamento. Segundo Nunes; Bueno e Nardi (2005), a figura de Hipócrates emergiu neste sentido ao procurar uma relação entre os distúrbios do cérebro e a mente humana, ao invés de atribuí-los aos deuses ou demônios. Antecipou uma base orgânica para o temperamento e para a loucura, associando cada estado de humor a um fluido corporal específico. O termo *melancolia*, que significa bile negra, foi nesta época associado ao estado apático, triste e lacônico de pacientes deprimidos.

Entretanto, para estes autores, a Idade Média retomou o sobrenatural como cerne nas questões que envolviam a mente humana. O papa Inocêncio VIII editou em 1484 uma bula instigando a perseguição aos acusados de feitiçaria. O auge desta época se deu, em seguida, com a publicação do “Martelo das Bruxas” (*Malleus Maleficarum*) por dois frades dominicanos, Sprenger e Kramer. Este livro é um verdadeiro manual de psicopatologia que ensinava a diagnosticar as feiticeiras através de estigmas. Eram sinais e sintomas que reconhecemos, hoje, comuns em histeria, esquizofrenia, depressão, etc., e constituiu um guia para os juízes dos tribunais de Inquisição.

O rompimento com este pensamento começou com o alemão Johannes Weyer (1515-1588) quando anunciou que muitas feiticeiras eram, na verdade, doentes mentais e deveriam

ser tratadas por médicos e não por padres ou monges, em seu livro *De Praestigiis Daemonum*. Surgia o termo “doença mental”.

O século XVIII marca o rompimento com crenças irracionais e a dominância de critérios científicos e racionais na emergente psiquiatria. Philippe Pinel (1745-1826) conseguiu uma verdadeira revolução na teoria e prática de tratamento dos enfermos mentais, retirando-os da condição de acorrentados nas prisões em que viviam. P. Pinel, além de analisar e classificar as doenças mentais, demonstrou que devemos respeitar o insano como indivíduo. A insanidade passou a ser vista como um distúrbio de autocontrole e da identidade, por ele denominada de “alienação” (NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

O primeiro asilo psiquiátrico surgiu em 1773 em Williamsburg, nos Estados Unidos, exemplo seguido de perto pela Alemanha e França. Com espaço próprio ao estudo dos doentes mentais, não tardou a aparecerem seus estudiosos.

De fato, Emil Kraepelin (1856-1926) pôs ordem, conforme os aludidos autores, na descrição dos quadros mentais mencionados, separando e descrevendo as principais psicoses: a demência precoce (posteriormente batizada de Esquizofrenia) e a loucura maníaco-depressiva (hoje reconhecida pelo termo Transtorno do Humor Bipolar). O *Tratado de Psiquiatria* de Kraepelin constitui, ainda hoje, a base de todas as classificações psiquiátricas.

Apartir destes conhecimentos, seguem, Karl Jaspers publicou em 1913 a obra que é a base dos exames psicopatológicos modernos: *Psicopatologia Geral*, nome dado à disciplina fundamental dos cursos universitários de Psicologia e nas pós-graduações médicas de Psiquiatria.

A primeira reforma psiquiátrica reconhecida atualmente em escala mundial se deu em 1949 através do sucesso australiano do controle dos sintomas maníacos com sais de lítio e em 1952 com a descoberta por pesquisadores franceses do primeiro antipsicótico: a

clorpromazina. A introdução em larga escala de medicamentos que controlassem a “loucura” permitiu a primeira “desospitalização dos loucos”.

No Brasil, no período colonial (1500-1822), os doentes mentais não tiveram qualquer tipo de assistência. A prática psiquiátrica sistematizada, inspirada no pensamento francês, apenas surgiu em 1852, com a fundação do Hospício Pedro II, na Praia Vermelha, bairro de Botafogo, no Rio de Janeiro, inaugurando o período asilar brasileiro. Foi construído, *a priori*, para a consagração e coroação do jovem imperador cuja maioridade fora decretada e, tão imponente e monumental para a época, ficou conhecido como “o mais belo edifício da América do Sul”. Este exemplo foi seguido por outros estados de forma que, até o final do século, já eram sete asilos (NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

A era moderna da psiquiatria clínica brasileira começa, para os autores, com o Prof. Leme Lopes e o seu ilustre “As dimensões do diagnóstico psiquiátrico” em 1954, citado até hoje nos tratados de Kaplan & Sadock. Ao assumir a cadeira de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade Nacional de Medicina (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro), em 1958, criou a disciplina de Psicologia Médica, atualmente obrigatória pelo Ministério da Educação e Cultura para todos os cursos de graduação em Medicina.

Iniciando o movimento continental de reforma da assistência a doentes mentais, a Organização Pan-Americana de Saúde deu o primeiro passo em 1990 ao promulgar a Declaração de Caracas, da qual o Brasil é signatário. De fundamental importância, através dela fica estabelecido o vínculo entre assistência psiquiátrica e Atendimento Primário da Saúde e a determinação da criação de modelos substitutivos ao centralizador e segregador do manicômio, bem como capacitação de recursos humanos voltada para este novo modelo e adaptação legislativas dos países signatários que visem propiciar a implementação política destas estratégias.

Neste sentido, a Secretaria Nacional de Assistência a Saúde publica a Portaria número 224 de 29 de janeiro de 1992, com normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental, dentre as quais, destacam-se:

- O atendimento ambulatorial aos indivíduos com transtornos mentais será desenvolvido por equipes multidisciplinares em Unidades Básicas de Saúde, incluindo médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, em atendimentos individuais e em grupo, além de visitas domiciliares;
- A criação de ambulatórios especializados em saúde mental, doravante designados Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais funcionarão como porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental;
- Normas para atendimento hospitalar psiquiátrico, amíude, institucionalização de hospital-dia em saúde mental e sua equipe mínima e rol de atividades terapêuticas; serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, que funcione 24 horas por dia com apoio de especialistas e leitos de observação por até 72 horas e propicie, quando da alta médica, guia de referência e contra-referência para serviço extra-hospitalar; criação de leitos psiquiátricos em hospital geral em até 10% da capacidade total de cada hospital até um máximo de 30 leitos por unidade, com serviços especializados de psiquiatra e psicólogos; manutenção do hospital especializado em psiquiatria para absorver os casos em que os recursos terapêuticos anteriores tenham se mostrado insuficientes;
- Durante a internação psiquiátrica, todos os pacientes devem ser assistidos por médico psiquiatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional. Estes profissionais, sem exceção, devem atendê-los no mínimo 4

vezes por semana. Não há qualquer nota de que devam ser sempre os mesmos profissionais.

A Secretaria Nacional de Assistência em Saúde forneceu o prazo máximo de um ano, a contar da publicação da Portaria, para os hospitais e unidades de saúde atenderem as exigências. Passados quinze anos, o Estado do Amazonas aguarda estas mudanças.

O Conselho Nacional de Saúde, em resposta a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, resolve, através da Resolução nº 93, de 02 de dezembro de 1993, constituir a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento do processo de reforma psiquiátrica no país e definir estratégias, composta de: usuários, membros do Ministério Público, dos prestadores de serviço, da Associação Brasileira de Psiquiatria e do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.

Com intuito de vistoriar as unidades de saúde quanto ao cumprimento das normas em vigor, a Secretaria de Assistência à Saúde estabeleceu, em 25 de agosto de 1994, por meio da Portaria nº 145, a criação de Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP), nas três esferas de governo, com participação dos usuários.

Este mecanismo, que passou por adaptação para incluir a fiscalização inclusive dos CAPS, está em vigor até hoje, conforme ratificação pela Portaria número 799 de 19 de julho de 2000.

Com o fito de assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS) na formulação de políticas estratégicas na área da saúde mental, o CNS emitiu a Resolução nº 298 de 02 de dezembro do mesmo ano e cria a Comissão de Saúde Mental, composta de usuários, servidores e associações afins.

Também no ano de 2000, o Ministério da Saúde criou, por meio da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Estes serviços constituiriam casas inseridas nas comunidades a fim de comportar egressos de internações psiquiátricas de

longa permanência, constituindo um modelo assistencial substitutivo à internação prolongada. Com o objetivo de nortear a reabilitação psicossocial com o amplo projeto de reintegração social, os SRT mobilizariam recursos para programas de alfabetização, reinserção no trabalho, autonomia para atividades domésticas, pessoais e familiares, contando, para tanto, com equipe técnica multidisciplinar e características físico-funcionais específicas, podendo funcionar em parcerias com Organizações Não-Governamentais (ONG).

Reunindo tanto direitos dos indivíduo com doença mental como conceitos de internação voluntária, involuntária e compulsória, é publicada em 06 de abril de 2001 a Lei nº 10.216, conhecida como lei Paulo Delgado, assegurando, a nível nacional, os direitos já salvaguardados pela Carta de Princípios e Direitos de Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1991 e pela Declaração de Caracas em 1990.

Em 2002, a Portaria do Gabinete Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro, estabelece que os CAPS (criados pela Portaria 224 de 1992) podem ser constituídos de acordo com ordem crescente de complexidade e abrangência populacional em:

- CAPS I: para municípios com população até 70 mil habitantes, funcionará em horários ditos comerciais e sem presença de médico especialista;
- CAPS II: para municípios com 70 a 200 mil habitantes, podendo comportar um terceiro turno de atendimento até as 21 horas, mas também apenas durante os dias úteis da semana. No entanto, deverá contar, dentre a equipe multidisciplinar, obrigatoriamente com médico psiquiatra (especialista). Poderão se especificar no atendimento aos transtornos mentais da infância e adolescência ou nos transtornos comportamentais devido uso de substância psicoativa, quando são então denominados, respectivamente, CAPSi II e CAPSad II;

- CAPS III: para municípios com população superior a 200 mil habitantes, contará com ambulatório de atenção especializada contínua, inclusive feriados e finais de semana, 24 horas por dia, contando para tanto, não só médicos e enfermeiros especialistas como também de até 5 leitos para observação.

Dados alarmantes sobre o consumo de álcool e drogas no país, inclusive entre crianças e adolescentes, levaram o Ministro da Saúde a instituir, em 30 de abril do mesmo ano, a Portaria número 816. Através desta, ficou determinada a criação de 250 CAPSad II em inúmeros municípios e a locação de recursos federais da ordem de dezoito milhões de reais. Manaus seria beneficiada com a criação de um destes centros, segundo a Portaria, o que, no entanto, ainda não aconteceu.

Sustentando a necessidade de criteriosa implantação da legislação já em vigor, Facchini et. al. estudaram em 2006 uma amostra de 4.200 pessoas escolhidas entre 6 estados brasileiros e verificou que o padecimento de “problemas de nervos” foi referido por 26% dos adultos e 29% dos idosos e que a média de duração deste sofrimento foi, respectivamente, de 12,6 e 19,1 anos. No entanto, apenas praticamente a metade deles (16% dos adultos e 15% dos idosos) consultaram-se na Unidade Básica de Saúde da sua área por estes problemas nos últimos seis meses.

Programas de contato telefônico poderiam suprir parte da carência e demanda reprimida, notoriamente nos casos psicóticos mais graves e de difícil manejo, em que as dosagens posológicas precisam ser adaptadas, por vezes, dia-a-dia.

Neste sentido, Leach e Christensen (2006) realizaram uma revisão em literatura especializada usando Medline e Pubmed e encontraram apenas 14 estudos avaliando intervenções psiquiátricas que se utilizaram do telefone como meio de prover atendimento e concluíram que a intervenção por telefone pode ser eficaz. Levando-se em consideração o

custo-benefício deste tipo particular e excepcional de prestação de serviço a distância, carecemos de maior atenção por parte das autoridades bem como mais estudos nesta direção.

O primeiro exemplo norteador de transformação no modo de assistir o doente mental e organizar os serviços destinados ao seu atendimento surgiu em municípios do Estado de São Paulo na década de 80 (MARI, et. al., 2006), notoriamente em Santos e Campinas, com o desenvolvimento de Núcleos de Atendimento Psicossocial. Assim, a Reforma Psiquiátrica Nacional determinou parâmetros a serem regionalizados pelos Estados e Municípios.

## **1.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: breve resumo histórico.**

Nenhuma outra especialidade médica teve e tem parceria tão forte com reforma quanto a psiquiatria. O pai da especialidade, Philippe Pinel, em 1793 assumiu a direção do hospital de Bicêtre com o intuito nítido de revolucionar o tratamento dado aos doentes mentais, até então, marginalizados e segregados.

Em biografia redigida pelo próprio filho, Scipion Pinel e comentada por Foucault (1993), Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) inspecionou pessoalmente o hospital recém assumido por P. Pinel e o acusou de também se louco, por querer desacorrentar aqueles “animais”. A resposta de Pinel merece transcrição na íntegra:

“Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousou esperar muito de meios (de tratamento) completamente diferentes”.

Há mais de 300 (trezentos) anos, Pinel verificou a necessidade precípua de métodos substitutivos de tratamento ao indivíduo com sofrimento psíquico, em detrimento do regime asilar dos manicômios. Nascia, assim, a ciência psiquiátrica como uma reforma (TENÓRIO, 2002).

Reclamando a cidadania do louco, o movimento da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes.

Em 1978 é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ele liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial, de forma que, nove anos mais tarde, no seu II Encontro dos Trabalhadores de Saúde Mental, instituiu um novo lema à desinstitucionalização dos doentes mentais: “Por uma Sociedade sem Manicômios” (BEZERRA JR., 1994).

No primeiro momento, o de sua criação, o movimento visava tão somente a humanização dos asilos e a criação de ambulatórios como alternativa ao hospital de internação.

Um segundo momento se iniciou, após em 1980, conforme aponta Tenório (2002), quando se adicionaram os três processos mais importantes para a consolidação da reforma:

1. Ampliação dos atores sociais: juntavam-se ao movimento outros técnicos (psicólogos, terapeutas ocupacionais) bem como os próprios doentes mentais e seus familiares;
2. Reformulação legislativa: em 1989, o então deputado federal Paulo Delgado apresentava o Projeto de Lei 3.657/89 o qual viria a ser conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. Exaustivos e decepcionantes doze anos se passaram até a aprovação e publicação da Lei Paulo Delgado, em 06 de abril de 2001, durante os quais, algumas portarias ministeriais se encarregaram de suprir necessidades mais emergenciais;
3. Arquitetura de novo tipo de cuidado em saúde mental: o aparecimento do Centro de Atenção Psicossocial começou a dinamitar o pensamento hospitalocêntrico que regia a saúde mental até então.

Este triplo processo, continua Tenório (2002), alcançou seu apogeu na década de noventa, a ponto de ter sido, coincidentemente, abordado como tema em duas escolas de samba no carnaval do Rio de Janeiro de 1998.

Paulatinamente, o brasileiro (tanto profissional da área como portador de doença mental) estabelecia os dois marcos conceituais na reestruturação da atenção em saúde mental: atenção integral e cidadania.

### **1.3 A Saúde Mental no Município de Manaus**

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que 23% da população mundial precisa ou precisará em algum momento de suas vidas de tratamento em saúde mental. O município de Manaus conta, atualmente, com uma população de 1.688.524 habitantes (IBGE, 2006). Logo, 388.360 pessoas em Manaus precisam ou precisarão de tratamento médico-psiquiátrico.

A questão não é somente se as pessoas têm ou terão o devido atendimento, mas qual o tipo e qualidade do serviço. A OMS afirma (FURTADO, ONOCKO-CAMPOS, 2006) que 450 milhões de pessoas no mundo, portadoras de transtornos mentais, ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada a seus problemas físicos, o que corrobora o refletir e o pesquisar sobre a assistência em saúde mental, não só em Manaus.

Quem provê suporte, direta ou indiretamente, e assistência ao indivíduo com doença mental (cuidador) é sobrecarregado diariamente por esta demanda física e psicológica de forma que tem aumentada a possibilidade de vir, ele próprio, a precisar de atendimento psiquiátrico com o tempo, dilatando mais ainda as estimativas de pessoas que precisam de cuidados em saúde mental.

Esta demanda por profissionais da saúde mental é ainda maior nos grandes centros, onde as pessoas estão expostas a maiores pressões e concorrências, bem como acesso a derivados etílicos e drogas ilícitas, os quais contribuem para o acometimento de doenças mentais, o que espelha, também, a realidade de Manaus, considerada uma grande metrópole da região norte.

O modelo assistencial psiquiátrico centralizado, hospitalocêntrico, obsoleto de atendimento, ainda é o único disponível no município de Manaus e está longe de suprir a demanda no setor específico da saúde. Em 2006 foram prestados 32.000 atendimentos no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (fonte: direção técnica do centro psiquiátrico) e nestes

estão contabilizados não só as consultas médicas psiquiátricas de emergência e ambulatoriais, mas também as prestadas por psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Como os pacientes em tratamento psiquiátrico necessitam de consultas, no mínimo, mensais, percebemos que o número de atendimentos está muito aquém de comportar os 388.360 pacientes em consultas mensais.

Outrossim, o fato de só estarem disponíveis para internação os 126 leitos do único hospital psiquiátrico, uma vez não disporem de leitos nessa especialidade os hospitais gerais nem o único Centro de Atenção Psicossocial da capital – CAPS (DATASUS, novembro, 2006), esta situação faz com que o Estado do Amazonas tenha a menor taxa de ocupação percentual de leitos psiquiátricos do país. Logo, o Amazonas dispõe apenas de um leito psiquiátrico para cada 0,63 mil habitantes (DATASUS, 2006). Os leitos psiquiátricos correspondem a apenas 0,74% do total de leitos no estado (DATASUS, 2006).

Por outro lado, esta baixa ocupação, de forma alguma, pode ser entendida como um reflexo da reforma psiquiátrica estadual. No contexto nacional da reforma, o Estado do Amazonas está em último: não possui equipe habilitada em nível de Atenção Básica em Saúde (ABS) para triagem das queixas emocionais, não dispõe de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, carece de ambulatórios em todas especialidades (psiquiatria, psicologia, enfermagem, serviço social, odontologia) com atuação interdisciplinar, escassez de profissionais em atuação na saúde mental em relação ao número necessário para se suprir a demanda, não dispõe de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para receber egressos de longa hospitalização e ressocializá-los, não possui CAPS em funcionamento pleno.

No ano de 2006, o processo de reforma psiquiátrica no Estado teve seu início com a inauguração do primeiro Centro de Atendimento Psicossocial, no município de Parintins. Ainda que sem médico especialista, por se tratar de CAPS do tipo I, foi um avanço para o Amazonas e, sobretudo, para o município em tela. Na capital, foi feita também a inauguração

de um CAPS no mesmo ano, entretanto, sem surtir os efeitos esperados: não dispõe de equipe em atendimento multidisciplinar diariamente, não funciona 24 horas, ainda não faz admissões para observação ou internações breves nem disponibiliza todos medicamentos necessários a seus pacientes.

#### **1.4 Avaliação de Serviços de Saúde Mental**

As práticas de saúde desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual, que envolve a relação profissional/usuário, até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacionais de saúde. Os recortes possíveis são inúmeros. Paim (1993) cita que os distritos sanitários em relação às seguintes formas e níveis de organização dos serviços de saúde: a) ações de saúde; b) serviços de saúde; c) estabelecimentos de saúde; d) distrito sanitário; e) instituições de saúde; f) sistema de saúde; g) sistema político; h) sistema econômico e social. Já Donabedian (1980a), ao discutir as influências do contexto na definição da qualidade do cuidado, distingue quatro níveis de organização dos provedores do cuidado médico: a) o profissional individual; b) diversos profissionais; c) uma equipe organizada; d) plano, instituição e sistema.

Avaliação faz parte do cotidiano de cada indivíduo qualquer que seja sua atividade. A origem da palavra remonta o vocábulo latino *valere* que significa julgar ou apreciar o mérito ou valor de alguma coisa (RESENDE, 2002). É considerada o ramo da ciência que se ocupa com a análise da eficiência, isto é, a avaliação mede até que ponto um projeto, programa ou serviço alcança seus objetivos e metas.

Percebemos, então, íntima relação entre os conceitos de pesquisa e avaliação. No entanto, esta vai além daquela, como claramente ilustrado por Resende (2002):

A avaliação utiliza a metodologia da pesquisa como instrumento para determinar em que medida os projetos sociais alcançam seus objetivos. Mas não se restringe ao instrumento. Persegue, em última instância, racionalizar a alocação de recursos e, para isso, trata de maximizar a eficiência e a eficácia de ações que são dirigidas a modificar segmentos da realidade.

Assim, o verdadeiro desafio de qualquer avaliação é um processo que visa tanto aprendizado como mudança e, não somente, um sintético julgamento de valor, bom ou mau (TAKEDA, 2006).

Assim define o Ministério da Saúde (2004):

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

As preocupações mais comuns no que concerne a avaliação dos serviços de saúde envolvem: sistemas de saúde ineficientes; desigualdade no acesso aos serviços de saúde; lista de espera; insatisfação por parte dos usuários; níveis inaceitáveis de variação quanto à prática profissional e os resultados obtidos; abuso, mau uso e subutilização da tecnologia na saúde; desperdícios e custos inacessíveis para a comunidade (BLAZEVSKA; VLADICKIENE; XINXO, 2004), culminando o resultado da avaliação com a qualidade da oferta do serviço de saúde.

A definição mais simples e precisa de qualidade em serviços de saúde foi apresentada em 1982 por W. Edwards Deming: “fazer a coisa certa de maneira correta e o mais rápido possível”. Em outras palavras, um serviço de saúde com qualidade oferece ao usuário aquilo que ele almeja para atendimento de suas necessidades humanas básicas pelo menor custo possível. Neste sentido, um dos parâmetros que melhor reflete esta qualidade é o que pesquisa a satisfação do usuário (DONABEDIAN, 1980). Esta satisfação não depende apenas da proficiência técnica do profissional de saúde. Logo, tão ou mais importante é a relação interpessoal deste com o usuário.

Brown et. al. (s.d.) descreveram nove dimensões de qualidade nos serviços de saúde: efetividade, eficiência, competência técnica, relações interpessoais, acesso ao serviço, segurança, continuidade, condições físicas dos estabelecimentos de saúde e a escolha do usuário do sistema, conforme descrições constantes no Quadro 1.

Quadro 1

Dimensões de Qualidade em Serviços de Saúde

Dimensão de Qualidade	Descrição
Efetividade	O grau em que resultado desejado do tratamento é atingido através de diagnóstico e tratamento apropriados.
Eficiência	A razão entre o rendimento dos serviços de saúde e o custo para suas realizações.
Competência técnica	O grau de tarefas desempenhadas pelos profissionais ou estabelecimentos de saúde que as expectativas técnicas em qualidade.
Relações interpessoais	O nível de respeito, cortesia, receptividade, empatia, escuta eficaz e comunicação entre pessoal técnico e clientes.
Acesso ao serviço	O grau em que os serviços de saúde não são restritos por barreiras geográficas, econômicas, sociais, organizacionais ou lingüísticas.
Segurança	O nível de confiança, confidência e privacidade nos serviços e o grau em que os riscos de injúria, infecção e outros efeitos colaterais danosos são minimizados.
Continuidade	O grau de cuidados constantes e consistentes, incluindo a continuidade nos tratamentos.
Aspectos físicos	A aparência física do estabelecimento e o nível de limpeza, conforto e cortesia oferecidos.
Escolha do usuário	Sempre que apropriada e possível, a escolha pelo cliente de seu médico, tratamento e até seguradora de saúde.

(BROWN et. al., s.d.)

As dimensões descritas pelos autores bem como outras suplementares podem ser assim agrupadas: a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade) (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A articulação entre os diversos campos do conhecimento, afirma Peduzzi (2000), é promissora à medida que contempla a complexidade dos objetos da avaliação em saúde: à eficiência, eficácia e efetividade na prestação de serviços, não só de forma quantitativa, mas também qualitativa.

Apesar de parecerem claros os conceitos após suas definições, não raro nos deparamos com alguma celeuma diante dos termos, com superposição entre as definições de eficácia, efetividade, eficiência e, mesmo, qualidade, a começar pelo Dicionário Aurélio (novembro, 1999), o qual considera os três primeiros como sinônimos. *Eficaz* é o “que produz o efeito desejado”; *eficiência* é a “ação, força, virtude de produzir um efeito”; e *efetivo* é o “que se manifesta por um efeito real”. A qualidade tem sido definida como “efeito”; a efetividade, como qualidade. Tanto a eficácia como a efetividade têm sido definidas em relação ao cumprimento de objetivos propostos. A *efetividade* tem sido vista, ainda, como um atributo composto pela eficiência e pela eficácia. Demonstra-se, destarte, a baixa especificidade dos termos ou a sua pequena uniformização (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Outro item a ser utilizado envolve a satisfação, tanto do usuário como do profissional de saúde. Ibanez et. all. avaliaram 2.923 usuários e 167 profissionais (médicos e enfermeiros com média de 12 anos de serviço) de unidades de Atenção Básica a Saúde no Estado de São Paulo em 2006 e concluiu que os profissionais tendem a atribuir notas melhores aos parâmetros de satisfação avaliados do que os usuários.

O trabalho de avaliação dos serviços em saúde (Mercer, 2000) requer contribuição e compromisso de outros campos do conhecimento, não só da medicina, e destaca: a epidemiologia, administração, estatística e ciências sociais, em uma perspectiva integradora conhecida por transdisciplinaridade.

A transdisciplinariedade é compreendida como o meio pelo qual a avaliação pode ser empregada de forma a buscar coletivamente soluções para os problemas enfrentados, isto

porque: a) exige um esforço coletivo de capacidades e aprendizagem para a ação; b) deve ser compreendida como um espaço estruturante de conhecimentos e práticas e não como estratos distintos de disciplinas vistas como territórios estanques; c) abre caminho para um exercício democrático na tomada de novas decisões; d) auxilia na direção de uma avaliação voltada o mais próximo possível para os grupos humanos envolvidos e interessados nos resultados produzidos; e) permite recuperar vínculos existentes entre as diversas disciplinas e seus conhecimentos para compreender o que é avaliado; f) mantém o foco nas necessidades identificadas na implantação do serviço, programa ou projeto, a partir das quais se organiza a atenção ao cliente (TANAKA; MELO, 2000).

A avaliação em saúde é uma função precípua do gestor, destinada a auxiliar o processo de decisão e apoiar as intervenções e seu sucesso pode ser mensurado pelos benefícios que acarreta aos usuários do sistema (PEDUZZI, 2000).

Não obstante, enfrentar o desafio de avaliar um serviço de saúde implica em decisão política de aceitar e incorporar, como problema a ser solucionado, os possíveis resultados positivos ou negativos de um processo avaliativo. Assim, o objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e construção de propostas de correção de situações potencialmente melhoráveis (PISCO, 2006).

Para a identificação dos panoramas existentes e passíveis de melhora, essencial a pesquisa científica. Mari et. al. (2006) levantou dados sobre o total de investimentos públicos em pesquisa na área da saúde e aqueles destinados especificamente em saúde mental. Seus cálculos concluíram que apenas 3,37% do total destas verbas foram destinadas a pesquisas em saúde mental. Considerando-se tão somente a depressão, que é a segunda doença mais prevalente do mundo (OMS, 2006), atrás apenas da hipertensão arterial, verifica-se uma transparente e penosa desproporção.

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas subsidiárias do planejamento e da gestão em saúde. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas (Ministério da Saúde, 2003a).

Como componente indispensável do processo de planejamento, a avaliação, é muito lembrada, porém, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões (SILVA; FORMIGLI, 1994).

No caso das doenças mentais e em diversas condições clínicas, as relações interpessoais também podem interferir no próprio desfecho terapêutico. Em decorrência, se torna relevante incorporar a avaliação da satisfação do usuário como um dos componentes da qualidade dos serviços (TANAKA; MELO, 2000).

Blenkiron e Hammill (2003) realizaram extensa revisão do Medline, de 1966 a 2002, sobre o tema satisfação do usuário quanto aos serviços prestados em saúde mental e chegaram a duas conclusões: o tema tem sido pouco pesquisado e que a satisfação do usuário mostra direta relação com sua idade e sua qualidade de vida, mas não com a presença de sintomatologia psicótica ou duração de sua doença mental.

O único instrumento existente para mensurar opinião dos usuários de serviços de saúde mental foi validado, em inglês, em 2001, e se chama “Carers’ and Users’ Expectation of Service – User Version (CUES-U) (LELLIOT, 2001; BLENKIRON, 2003).

O CUES-U é um questionário fechado que aborda as nove áreas principais no que tangencia o atendimento em saúde mental, assim escolhidas por pesquisa pretérita entre usuários (LELLIOT, 2001):

1. informação e orientação;
2. acesso aos serviços de saúde mental;

3. escolha dos serviços de saúde mental;
4. relação com os técnicos de saúde mental;
5. consulta e controle;
6. amparo;
7. o tratamento medicamentoso;
8. acesso a serviços de saúde física;
9. relação com os técnicos de saúde física.

Cada tópico da avaliação corresponde a uma ou mais perguntas para as quais os entrevistados devem marcar “concordo”, “discordo” ou “indeciso”.

Notório que este questionário representou avanço em amplitude e praticidade quando comparado ao então inovador, agora, clássico, modelo proposto por Donabedian em 1988, envolvendo o tripé: estrutura – processo – resultado. Destarte, aquele foi assaz consultado para a propositura do questionário em português (Apêndice B), bem como as Portarias 224 e 336 do Ministério da Saúde).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Avaliar a assistência hospitalar e ambulatorial em Saúde Mental do Centro Psiquiátrico de referência no município de Manaus, na percepção do usuário.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 2.2.1 Analisar as principais legislações, diretrizes e portarias relativas a implantação e funcionamento dos serviços de saúde mental em nível nacional e estadual.
- 2.2.2 Descrever o modelo atual da assistência hospitalar e ambulatorial ao indivíduo com transtorno mental no município de Manaus, a partir da porta de entrada (Pronto Atendimento) do centro psiquiátrico de referência.
- 2.2.3 Investigar a assistência prestada aos indivíduos com doença mental, ambulatorial e hospitalar, no município em tela através da opinião dos próprios usuários.
- 2.2.4 Comparar os resultados obtidos com os propostos pela legislação específica.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Modelo de estudo

Trata-se de estudo prospectivo, longitudinal, exploratório-descritivo, do tipo quantitativo, realizado no centro de referência em psiquiatria e saúde mental do município de Manaus – Amazonas.

#### 3.2 População, local e período de coleta

A população do estudo foi composta por pacientes que tiveram internação na Unidade de Internação Breve (UIB) do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro a contar de 01 de julho a 31 de agosto de 2008 (Apêndice A). Estes foram submetidos a duas entrevistas, na alta hospitalar e 30 (trinta) dias após no retorno ambulatorial, com aplicação de instrumento do tipo questionário (Apêndice B) com perguntas fechadas sobre a Assistência Hospitalar em Psiquiatria no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo Portaria/GM nº 224, de 29 de Janeiro de 1992, e sobre a Atenção Ambulatorial Psicossocial no SUS segundo Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

#### 3.3 Cálculo amostral

Em média, são internados 50 pacientes ao mês na Unidade de Internação Breve. O período amostrado foi de dois meses, portanto, estimou-se que a população estudada neste período fosse de aproximadamente 100 (cem) pessoas. Dadas as limitações do projeto, foram coletados no período de estudo 29 amostras. A partir dessas amostras estimou-se a margem de erro e o nível de significância para fazer inferências através da seguinte fórmula, usada para populações finitas com as devidas correções:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Onde:

Pop. Universo N ► 100

Estimativa de P ► 0,52

Estimativa de Q = 0,48

Margem de erro d ► 13% = 0,13

Ordenada da  $N(0,1)$   $Z\alpha = 1,64$

Coefficiente de Confiança ► 90%

Para uma amostra de 29 pacientes foi estimado um erro de 13% a um nível de confiança de 90% dentro da população de 100 pacientes.

### **3.4 Critérios de seleção da população**

#### 3.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo:

- indivíduos voluntários, maiores de 18 (dezoito) anos de idade, de ambos os sexos, que foram internados no CPER no setor de internação breve, entre os dias 1 de julho e 31 de agosto de 2008;
- indivíduos cuja doença mental tenha duração maior que trinta dias;
- pacientes que demonstrem mínima lucidez e orientação para participar da pesquisa, que tenham lido, se esclarecido, concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice) quando da visita do pesquisador (psiquiatra) ao hospital.

#### 3.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo indivíduos que não concordaram em participar, não preencheram os critérios de inclusão ou já tivessem participado do estudo às custas de internação em momento anterior (recaída).

### **3.5 Métodos**

#### **3.5.1 Seleção de pacientes**

O pesquisador foi diariamente ao Centro Psiquiátrico de 1º de julho a 31 de agosto de 2008 para verificar junto aos médicos assistentes e/ou prontuários médicos todas as altas provenientes do setor de Internação Breve. Os pacientes foram contactados no dia de suas altas, momento em que eram informados da pesquisa em andamento. Ao aceitarem o convite a participar dela anônima e voluntariamente, realizavam a leitura, assinatura e recebimento de cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para então serem aplicados os questionários. A entrevista para aplicação do segundo questionário, até trinta dias após as altas, eram realizadas também no centro psiquiátrico.

#### **3.5.2 Aplicação dos questionários e coleta de dados**

Os pacientes visitados no hospital, e posteriormente seguidos, foram entrevistados por meio de questionário com perguntas fechadas versando sobre sua presente internação, seguimento pós-alta, atendimento recebido, medicamentos em uso e opinião sobre seus atendimentos, equipe, acesso à rede, entre outros (apêndice B). As respostas foram anotadas sem qualquer alteração para posterior análise e discussão. Cada um dos protocolos levou de 20 a 40 minutos para aplicação. O método de avaliação semi-estruturada de questionário e entrevista precisou ser criado pelo autor, uma vez não existir instrumento em português capaz de mensurar todas ou pelo menos a maioria das questões consideradas importantes pelos usuários de serviços de saúde mental (LELLIOT et al., 2001), principalmente que leve em consideração particularidades regionais e lingüísticas, e especialmente, o que preconizam as políticas públicas de saúde mental, motivo pelo qual demandou validação por 2 experts.

### 3.5.3 Análise dos Dados

Os dados de opinião sobre seus tratamentos foram cruzados com os dados de sexo, idade, renda familiar mensal, escolaridade, religião, região metropolitana de residência, número de internações e tempo de doença visando adequada interpretação. Também foram colocados em gráficos os dados das perguntas fechadas ilustrando o percentual das respostas.

### 3.6 Análise estatística

Foram realizados todos os procedimentos para as análises descritivas dos dados. Para as variáveis qualitativas realizou-se o Teste Qui-quadrado, e nas ocasiões em que o valor esperado foi menor que cinco utilizou-se o Teste Exato de Fisher. Nos casos em que esses testes não foram apropriados utilizou-se uma extensão do Teste de Fisher. O nível de significância utilizado foi 10%. Utilizou-se os softwares: Minitab 14 (versão acadêmica), R versão 2.7.2.

A pesquisa teve seu protocolo aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP-UFAM) n° 247/2007.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes mais freqüentemente internados são os mais graves ou os mais crônicos, isto é, que há mais tempo padecem da mazela mental. No entanto, a estatística mensal de internação do nosocômio onde se realizou a pesquisa não aponta quantos dos pacientes que se internam, em média mensal, o fazem pela primeira vez naquele mesmo mês ou passam por sua segunda, terceira ou quarta internação mensal (TABELA 1).

De plano, observou-se algo que não se podia esperar: uma pequena parcela de doentes mentais graves responde por percentual volumoso das internações psiquiátricas breves. Em outras palavras, cada vez que um paciente era readmitido durante o período de coleta de dados, ele entrava indiferentemente para as estatísticas hospitalares de internação. Entretanto, uma vez participado da pesquisa, ele estaria doravante impedido, haja visto o principal critério de exclusão.

Muito embora a elevada freqüência de reinternação de parcela mais grave dos doentes mentais por si só já suporte a hipótese da falência da rede extra-hospitalar de assistência, este não é um dado objetivo para avaliação da atenção ambulatorial em saúde mental. No entanto, em muito auxilia para esclarecer porque se obteve muito menos pacientes para a pesquisa do que a média mensal de internação hospitalar.

Outrossim, o reduzido quantitativo de pacientes admitidos pela primeira vez se soma à profunda alienação mental por vezes encontrada e que, *per si*, excluiu outra fração de candidatos a pesquisa, proporcional à duração da doença mental, notoriamente as psicoses. Percebemos, a partir do gráfico a seguir, que metade dos pacientes fazem tratamento psiquiátrico há mais de 10 anos:

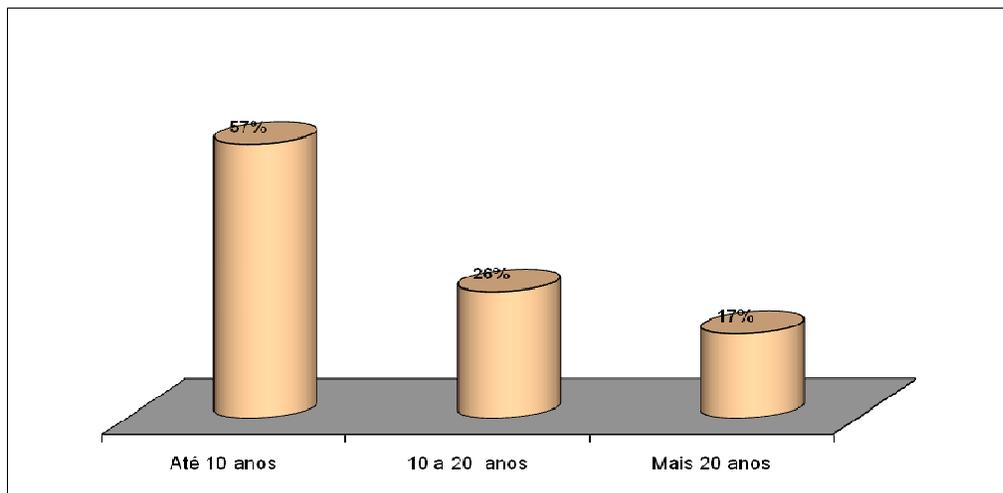


Gráfico 1 – Tempo de tratamento psiquiátrico prévio dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Praticamente dois terços dos pacientes (62%) foram provenientes de outros municípios do interior do Estado do Amazonas ou de outros estados da União (Gráfico 2). Em se tratando do único centro psiquiátrico do Amazonas e que atende também os Estados de Roraima e Amapá, é compreensível que o nosocômio preste assistência médica especializada a toda população desassistida em outros estados e que se vê obrigada a migrar a fim de obtê-la.

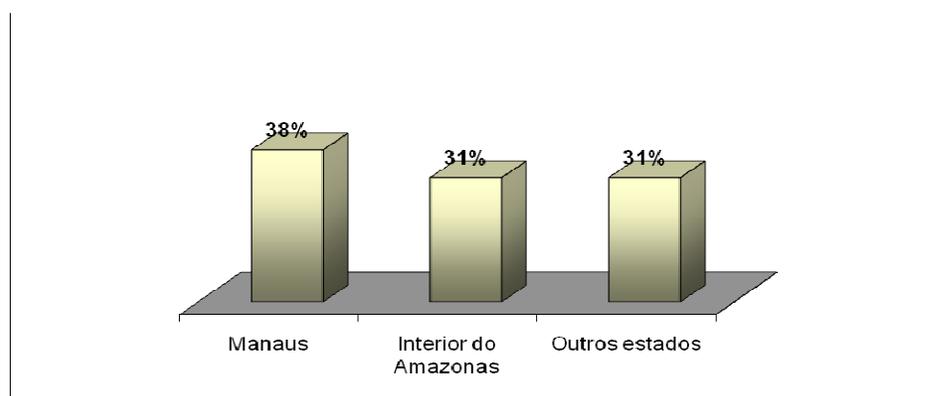


Gráfico 2 – Proveniência dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

No que tange ao sexo dos entrevistados, as mulheres responderam por 59% (Gráfico 3), o que, a princípio, ratifica o entendimento estatístico mundial de maior prevalência de doenças mentais neste grupo.

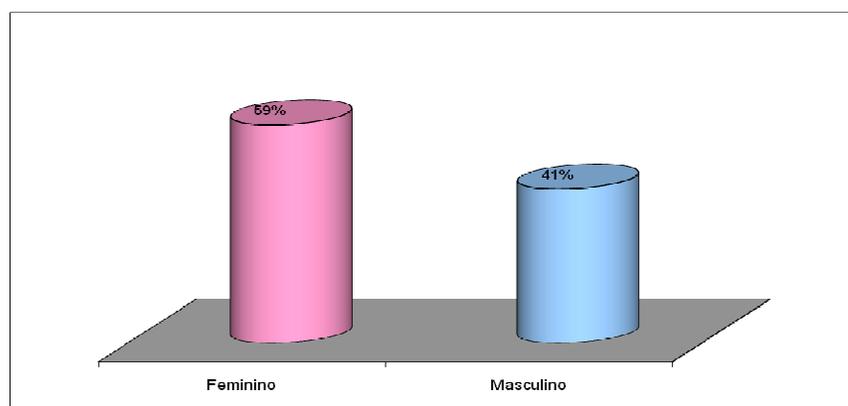


Gráfico 3 – Distribuição sexual dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico

Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

A média de idade entre os participantes da pesquisa foi de 35 anos, com dois terços dos pesquisados abaixo dos 40 anos, conforme ilustrada no gráfico a seguir.

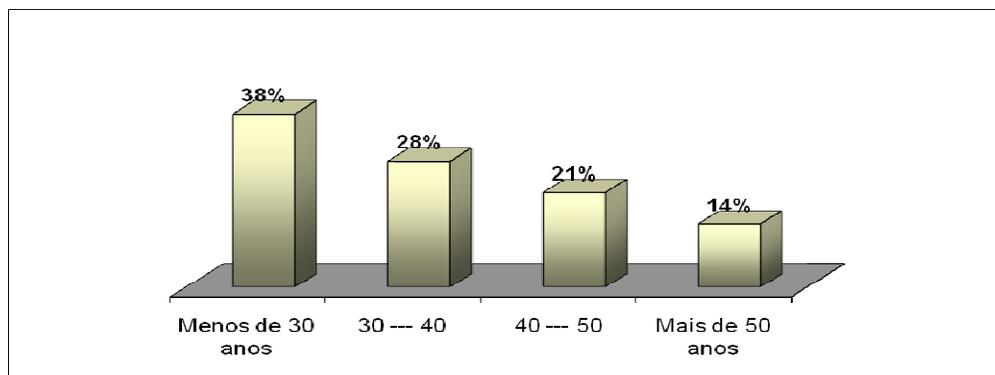


Gráfico 4 – Distribuição etária dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico

Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

No que concerne o estado marital, somente 31% dos participantes do estudo são casados ou se encontram em estado de união estável (Gráfico 5). Este dado reforça a posição da literatura de que os transtornos psiquiátricos graves, notoriamente as psicoses, são menos comuns em pessoas com vida conjugal estável.

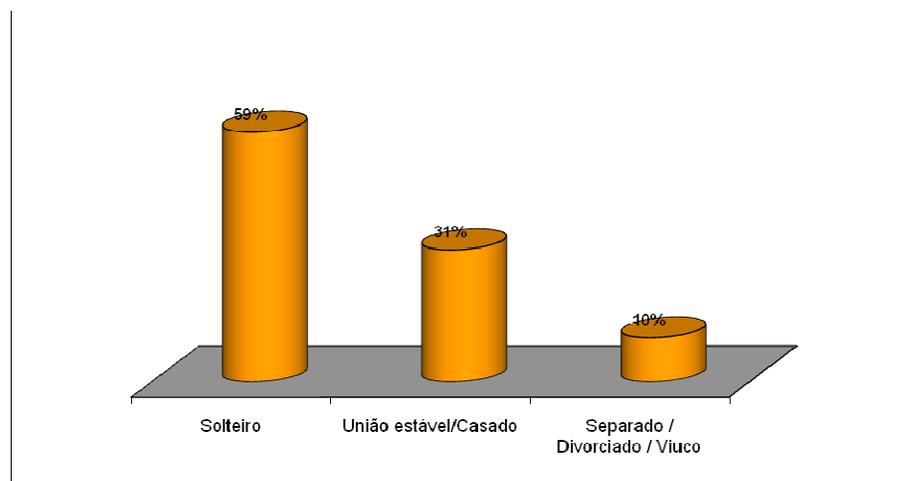


Gráfico 5 – Estado civil dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Quanto à escolaridade, observou-se na população estudada o quantitativo de 10% de analfabetos, 27% de semi-analfabetos (sabem apenas ler e/ou escrever), 48% possuem o primeiro grau completo ou incompleto e 13% têm o segundo grau completo ou incompleto. Como as doenças psiquiátricas mais graves costumam se iniciar ainda em tenra idade, antes dos vinte anos, notoriamente as psicoses, percebe-se pelo nível de escolaridade dos participantes que a doença mental, sem dúvida, é fator limitante a um bom aproveitamento escolar (Gráfico 6).

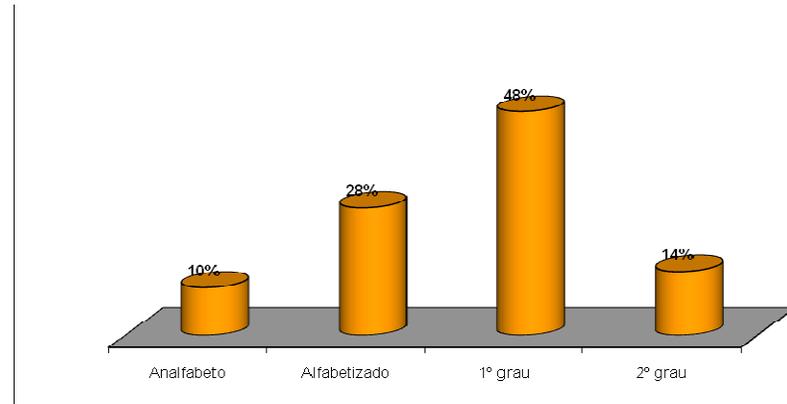


Gráfico 6 – Grau de instrução dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico

Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Trinta e seis por cento dos pesquisados responderam ser católicos e 43% se declararam evangélicos, enquanto apenas 21% responderam não seguir nenhuma religião (Gráfico 7). Estes achados confrontam a doutrina mundial que suporta a religião como um fator protetor para o aparecimento de transtornos mentais ou, pelo menos, como atenuante na intensidade deles. Esperar-se ia, pois, que a maioria dos pacientes psiquiátricos que precisaram de internação respondesse não seguir qualquer crença religiosa, oposto do observado.

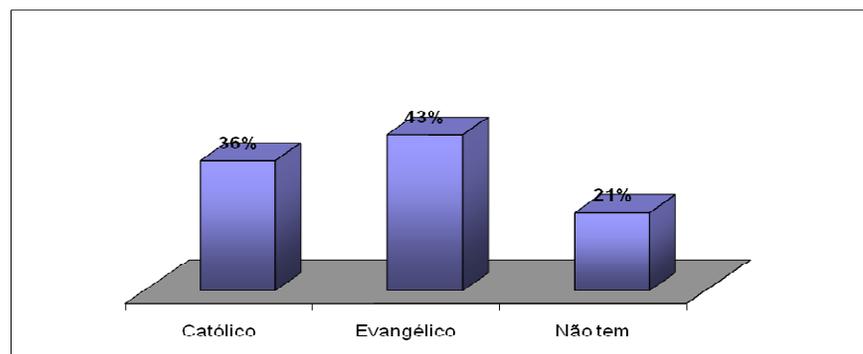


Gráfico 7 – Crenças religiosas entre os pacientes internados no Centro Psiquiátrico

Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

A média de internações prévias foi de 5,6, corroborando o fato de que há elevado índice de reinternações nos pacientes graves, conforme citado anteriormente e detalhado no gráfico a seguir.

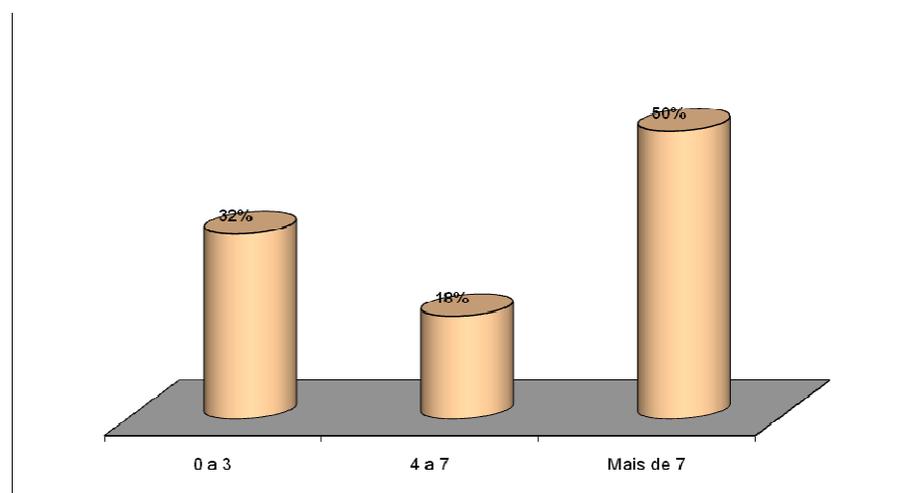


Gráfico 8 – Número de internações prévias dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

No que tange ao **Protocolo A**, isto é, aquele aplicado quando da alta hospitalar **sobre o período internado**, verificamos que o tempo médio de permanência no hospital foi de 13 dias, condizente com uma política pública de se internar pelo menor tempo possível, conforme diretriz apontada pela Lei 10.216. Apenas 14% das internações duraram 3 semanas ou mais, como observado a seguir:

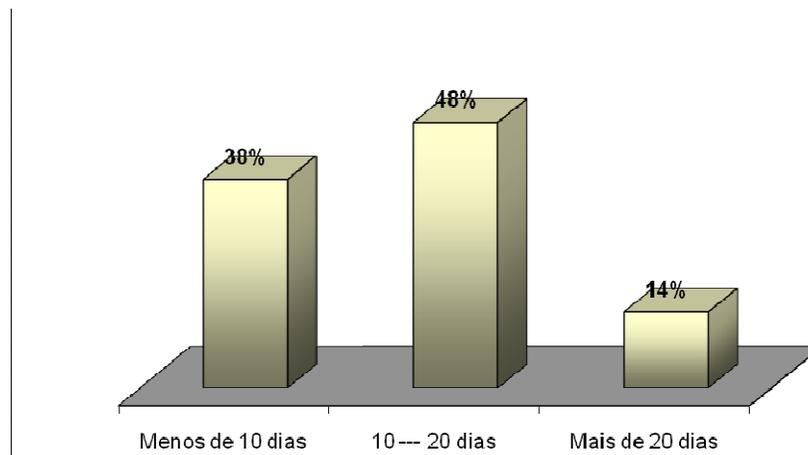


Gráfico 9 – Duração da internação dos pacientes admitidos no Centro Psiquiátrico

Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Como meio de transporte para ganhar acesso ao hospital, durante a crise, 31% dos pacientes se utilizaram do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (S.A.M.U.) (Gráfico10). Subentende-se que poucos pacientes ou responsáveis tenham conhecimento deste tipo de serviço público ou que tenham tentado sem sucesso fazer uso do mesmo. Dado que somente 10% dos pacientes responderam ter tentado utilizar o SAMU sem sucesso (Gráfico 11), fica claro que a subutilização têm ocorrido, de fato, por desconhecimento.

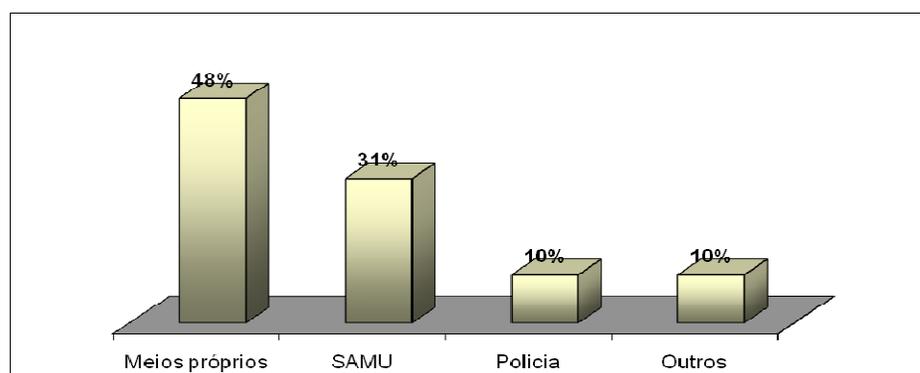


Gráfico 10 – Como chegaram ao hospital os pacientes internados no Centro

Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

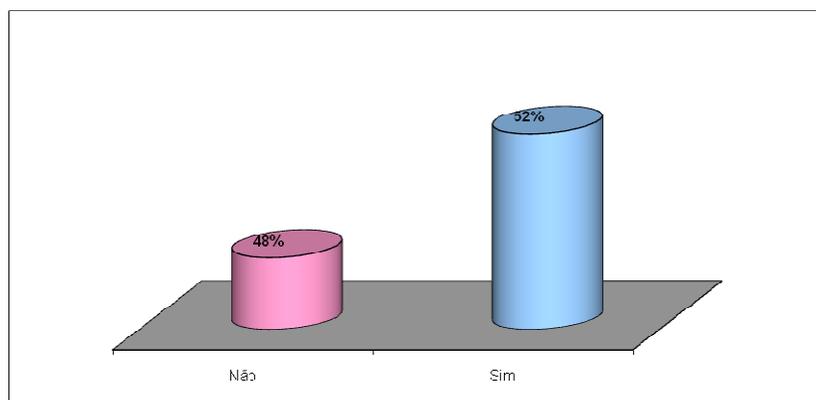


Gráfico 11 – Entrevistados que tentaram fazer uso do SAMU e não conseguiram, dentre os internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Todos os entrevistados tiveram acompanhamento médico durante o período em que estavam internados e este acompanhamento foi prestado pelo mesmo profissional em 66% dos pacientes (Gráfico 12). Isto poderia ser explicado pelo fato de que os médicos que prestam assistência na Unidade de Internação Breve também realizam, durante a semana, plantões na Emergência. Ademais, durante o período de coleta dos dados, um dos médicos assistentes gozou férias e outro teve afastamento temporário por motivo de saúde própria.

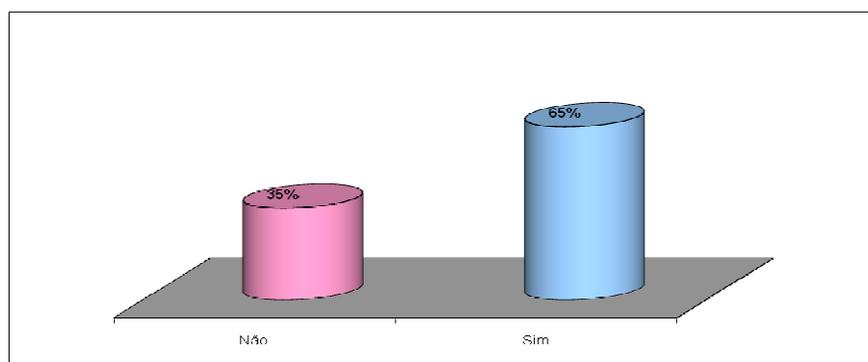


Gráfico 12 – Proporção dos pacientes atendidos sempre pelo mesmo médico, dentre os pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Somente metade dos pacientes relatou ter tido visita de um médico diariamente (Gráfico 13). Os outros 50% tiveram atendimento médico a cada 2 a 5 dias, o que está dentro do preconizado na Portaria 224/92 do Ministério da Saúde, a qual dita as normas para atendimento aos pacientes internados.

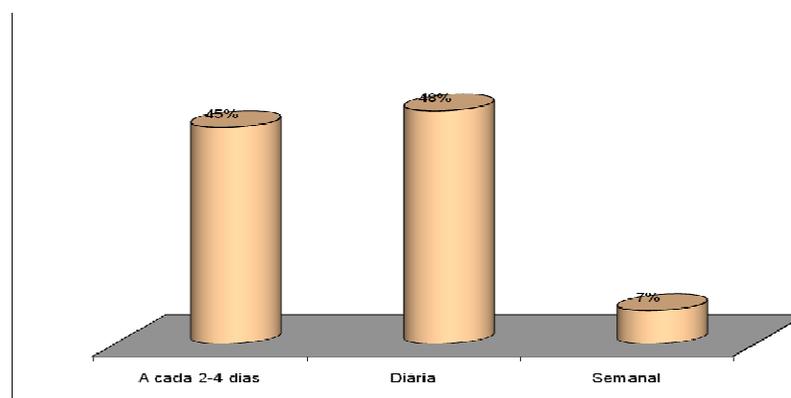


Gráfico 13 – Frequência das consultas médicas entre os pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Entre os pesquisados, 55% não tiveram atendimento psicológico (Gráfico 14). Entre aqueles que tiveram, apenas 23% foram atendidos todos os dias (Gráfico 15).

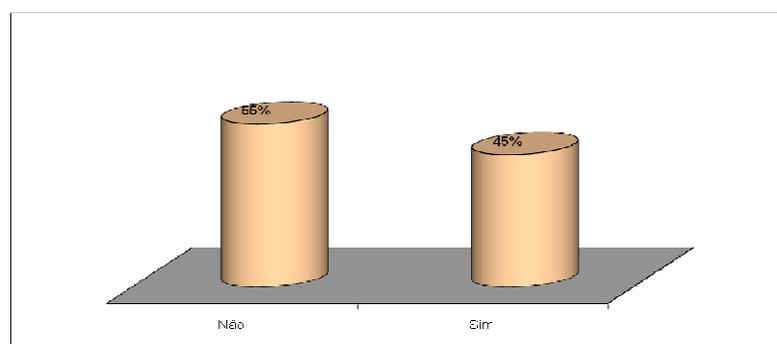


Gráfico 14 – Percentual de pacientes que tiveram atendimento psicológico durante a internação, dentre os internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

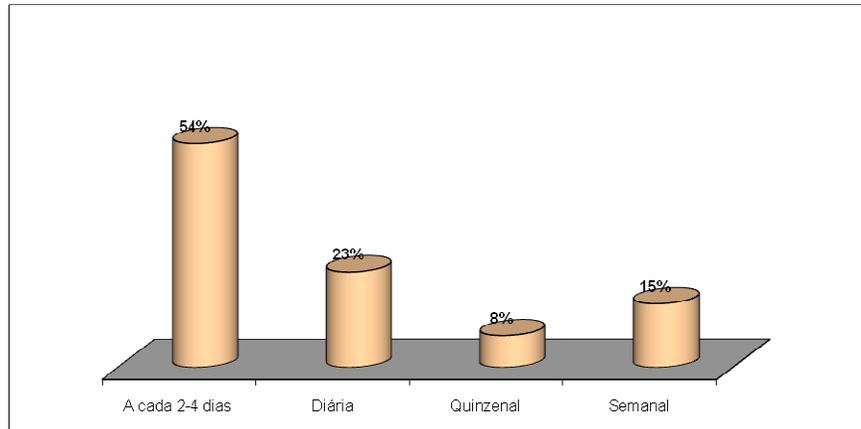


Gráfico 15 – Frequência com que foram consultados por psicólogo os pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Quanto ao serviço social, 69% dos pacientes não foram consultados por profissionais desta especialidade (Gráfico 16). Não foi prestada terapia de grupo para 75% dos entrevistados (Gráfico 18).

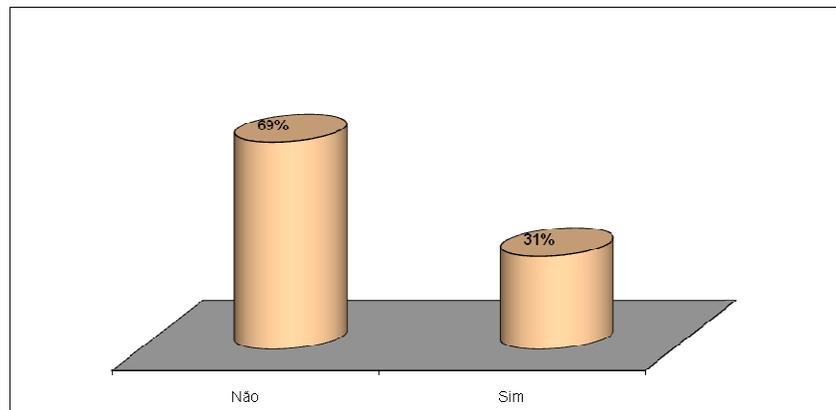


Gráfico 16 – Percentual de pacientes consultados por assistente social dentre os que foram internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

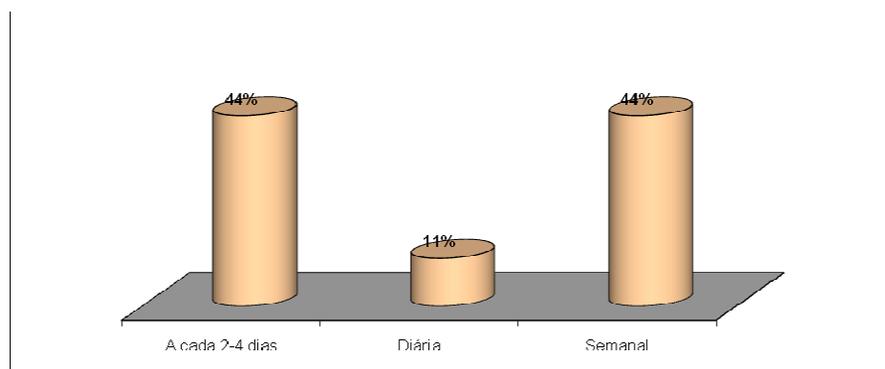


Gráfico 17 – Frequência, dentre os que tiveram, de atendimento pelo serviço social para os pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

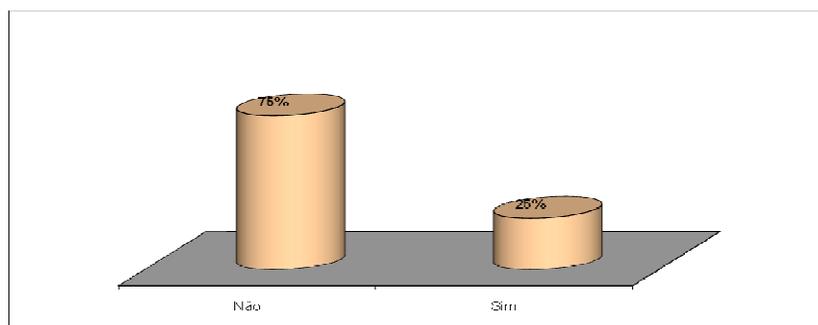


Gráfico 18 – Percentual de pacientes que tiveram terapia de grupo dentre os internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

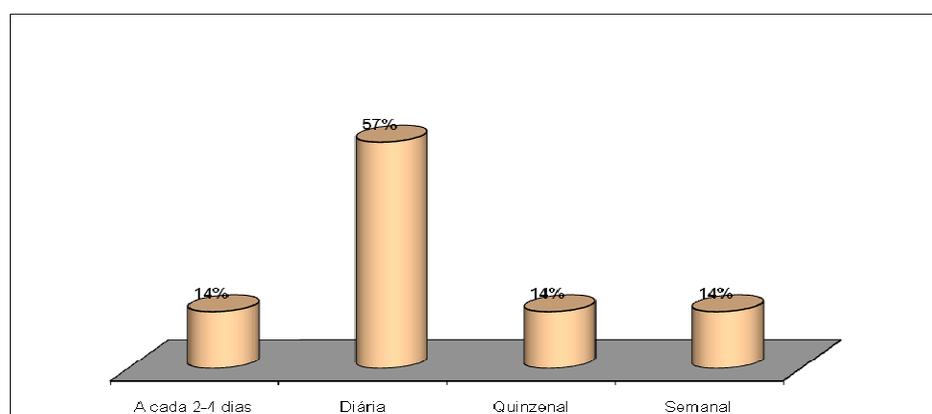


Gráfico 19 – Frequência, entre os que tiveram, da terapia de grupo prestada aos pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Estes dados contrariam as determinações de assistência multidisciplinar durante a internação dos pacientes psiquiátricos, conforme portaria supra, e não podem ser explicados por falta destes profissionais no nosocômio.

Quanto a expectativa que faziam a cerca da atenção necessária por parte dos técnicos durante a internação, 80% dos pacientes pesquisados responderam que os profissionais da Unidade de Internação Breve os atendiam sempre ou quase sempre da melhor forma possível (Gráfico 20). Significa dizer que a expectativa deles quanto ao tipo de atendimento e no momento em que precisavam foi satisfeita.

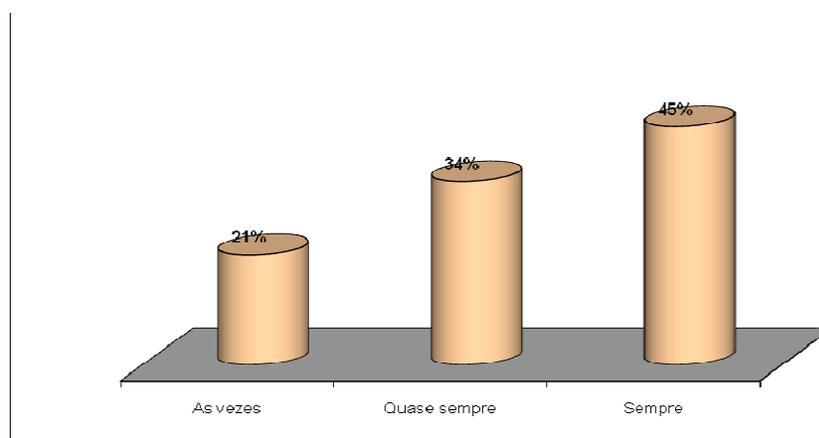


Gráfico 20 – Frequência com que a expectativa do usuário quanto ao atendimento prestado era alcançada, dentre os pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Foi observado que somente 17% dos internados não tiveram ou tiveram apenas uma visita durante o período em que estiveram hospitalizados (Gráfico 21). No mínimo, o autor vincula este dado a certo grau de abandono que existe em muitas famílias de indivíduos com doenças mentais, notoriamente naquelas mais graves ou de maior duração, foco da presente pesquisa.

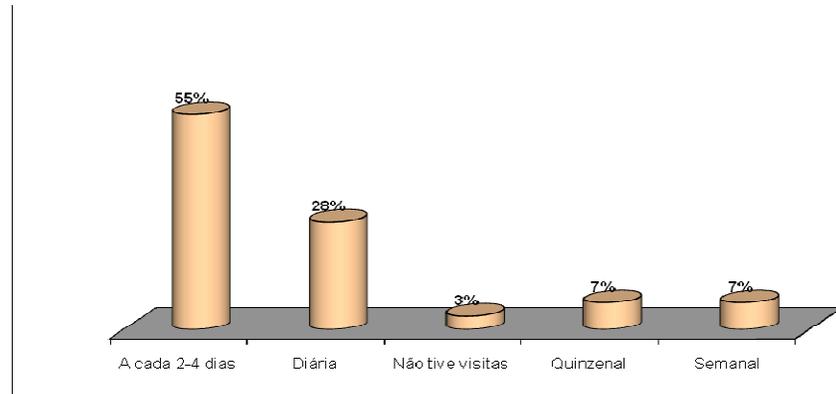


Gráfico 21 – Frequência com que tiveram visitas os pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Sessenta e nove por cento dos entrevistados apreciaram o sabor e a variedade da alimentação oferecida durante a internação (Gráfico 22) e 83% gostaram da limpeza e organização do hospital (Gráfico 23).

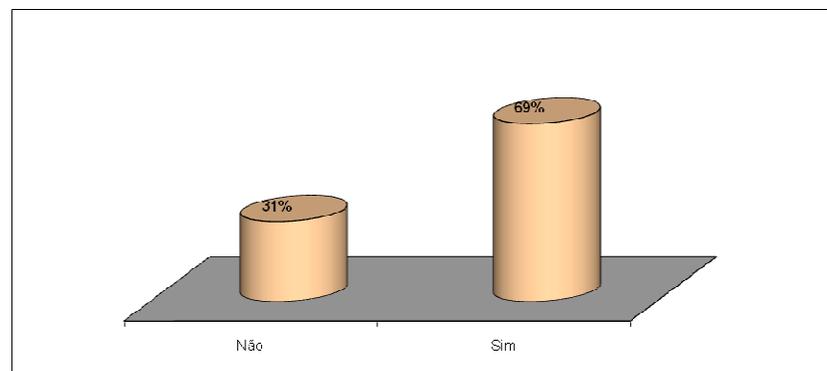


Gráfico 22 – Percentual dos que gostaram do sabor e variedade da alimentação oferecida aos pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

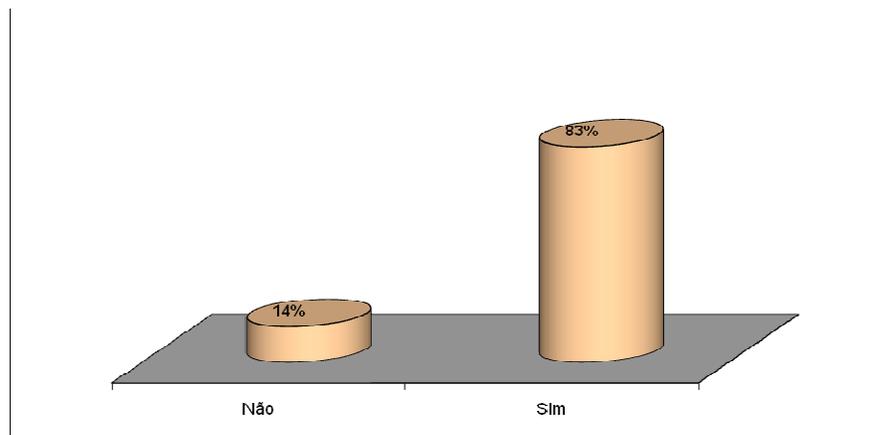


Gráfico 23 – Percentual dos pacientes que gostaram da limpeza e organização do hospital dentre os internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Mais da metade dos pacientes (55%) não tiveram qualquer tipo de lazer durante sua internação (Gráfico 24). As atividades de lazer mais frequentemente declaradas, entre os que tiveram, foram futebol e arte. O lazer, bem como a terapia ocupacional como um todo, estão preconizadas como indispensável aos pacientes internados em hospitais psiquiátricos no mínimo quatro vezes por semana na aludida diretriz do Ministério da Saúde.

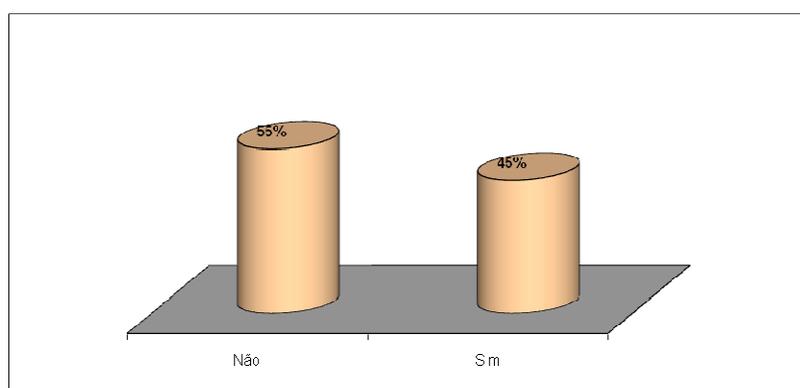


Gráfico 24 – Percentual dos pacientes que tiveram algum tipo de lazer dentre os internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

O grupo de profissionais com melhor índice de satisfação dos usuários quanto a educação foi o dos enfermeiros. Noventa e três por cento dos pacientes mostraram-se satisfeitos ou indiferentes quanto educação deles (Gráfico 25).

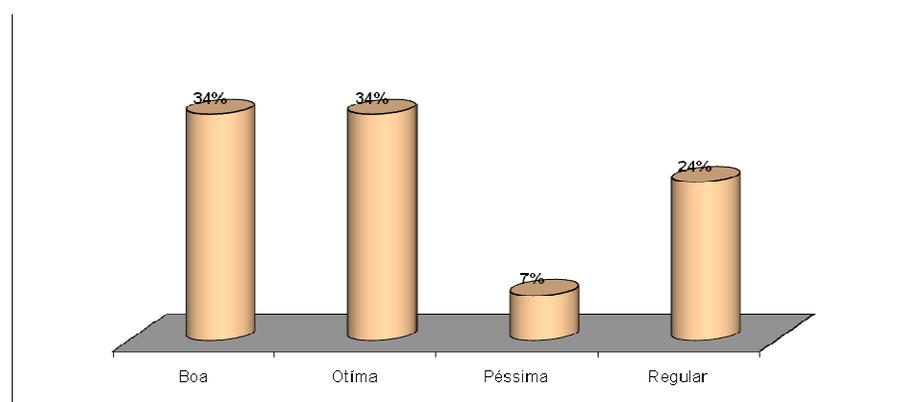


Gráfico 25 – A educação dos enfermeiros na opinião dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Os recepcionistas e os médicos aparecem empatados em segundo lugar com 10% de insatisfação (avaliação negativa) dos usuários quanto a educação (Gráficos 26 e 27, respectivamente).

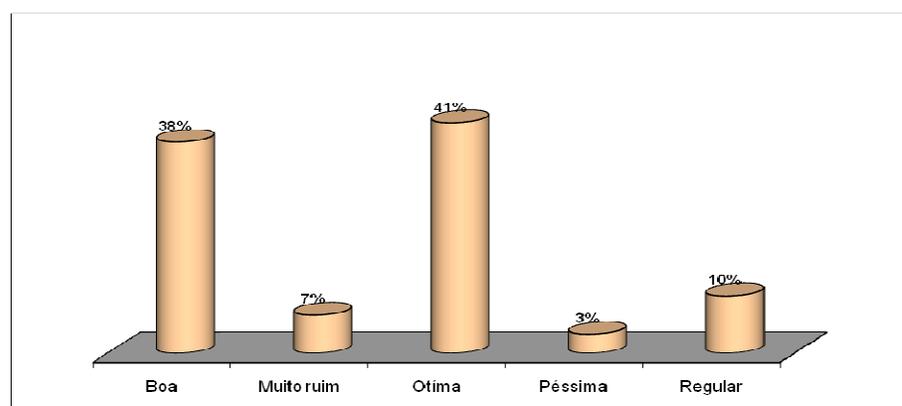


Gráfico 26 – A educação dos médicos na opinião dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

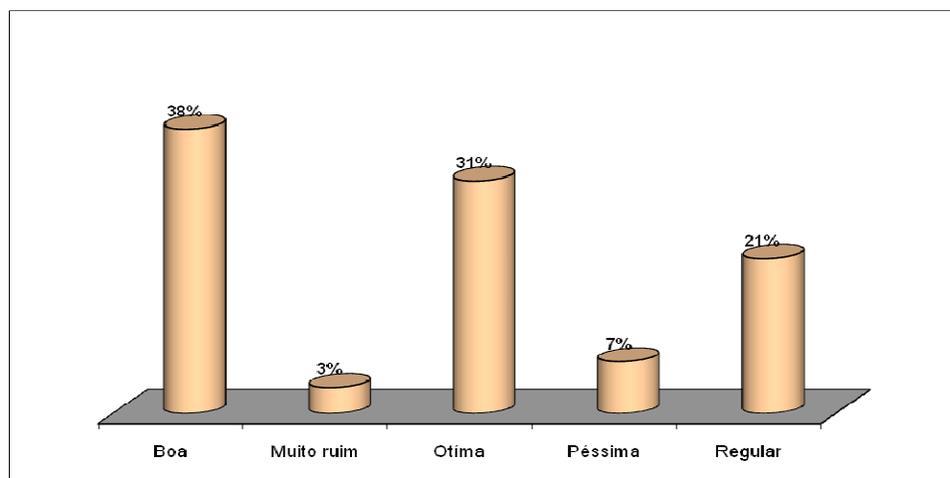


Gráfico 27 – A educação dos recepcionistas na opinião dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

A categoria que deixou os pacientes mais insatisfeitos foi a dos vigilantes, com 14% (Gráfico 28), a única categoria terceirizada nesta unidade hospitalar, dentre as pesquisadas diretamente. É possível que estes funcionários não tenham recebido qualquer tipo de treinamento ou esclarecimento quanto a doença mental e, às custas disto, respondam às agressões verbais e/ou físicas dos pacientes “na mesma moeda”.

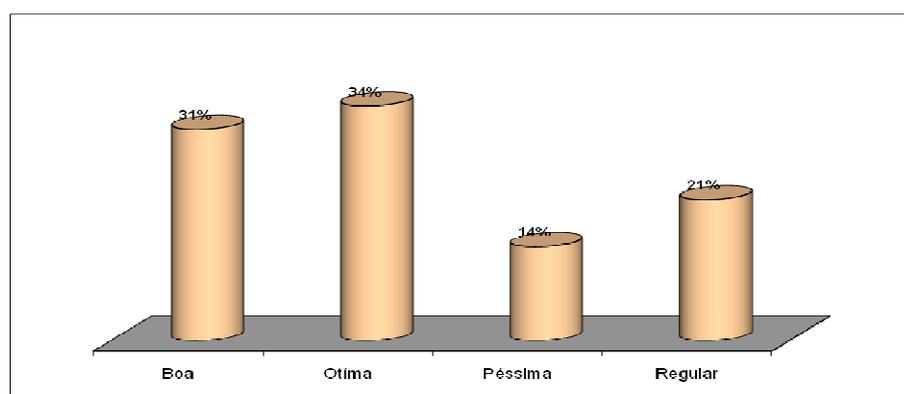


Gráfico 28 – A educação dos vigilantes na opinião dos pacientes internados no Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Os resultados a cerca da educação dos profissionais demonstram claramente que o fato de administrar a contenção física prescrita pelos médicos não faz os enfermeiros, incluindo os técnicos de enfermagem, obterem baixos índices de satisfação. Ao contrário, eles foram os que apresentaram a melhor avaliação, na opinião dos usuários.

Quanto a avaliação do tratamento **extra-hospitalar**, através do **Protocolo B**, chama primeiramente a atenção que 100% dos pacientes desconhecem o que seria oficina terapêutica. Da mesma forma, nenhum dos entrevistados teve atendimento domiciliar. Alguns relataram ter tido, há alguns anos, visitas mensais a domicílio para aplicação de medicamento de depósito. Estes dados divergem frontalmente do preconizado pelas Portarias 224 e 336 do Ministério da Saúde, como parte da assistência substitutiva em saúde mental.

Dos pacientes que responderam a entrevista, 95% obtêm seus medicamentos no SUS (Gráfico 29), sendo que 90% destes o fazem na mesma unidade em que se tratam (Gráfico 30). No entanto, quase a metade (48%) relatou que já precisou comprá-los por estarem, em algum momento, em falta na rede de distribuição gratuita do SUS (Gráfico 31).

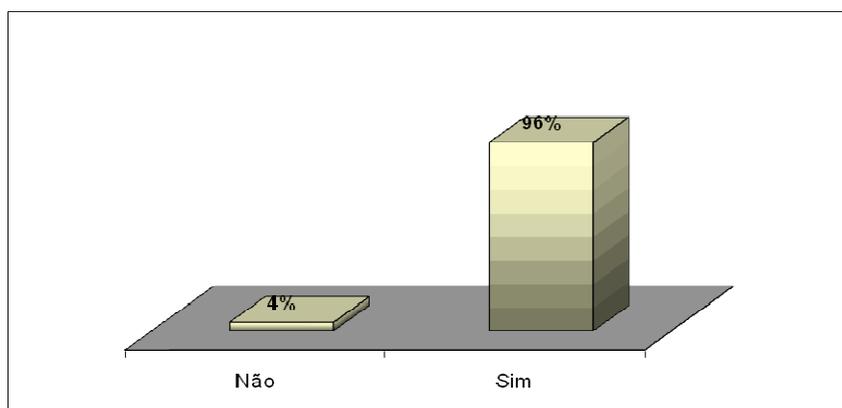


Gráfico 29 – Percentual de pacientes que conseguem seus medicamentos no SUS dentre os acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

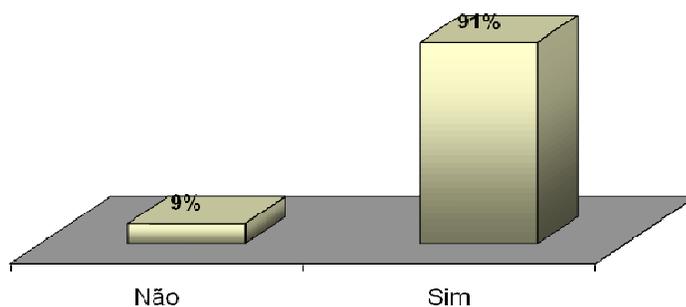


Gráfico 30 – Percentual dos pacientes que adquirem seus remédios no mesmo local em que se trata, dentre os acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

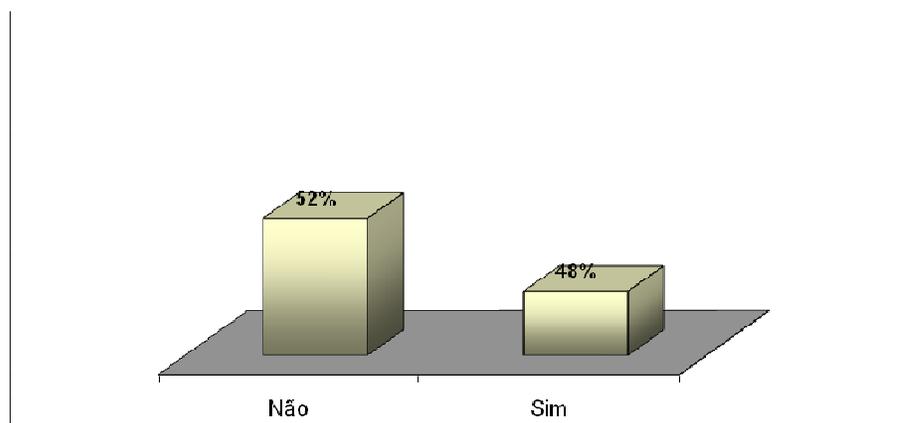


Gráfico 31 – Percentual de pacientes que alguma vez não conseguiu seus remédios pelo SUS, dentre os acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Um terço dos entrevistados (30%) se mostrou insatisfeito com o acesso que têm à rede de saúde mental, incluindo neste “acesso”: a marcação de consultas, o comparecimento de

profissionais às consultas agendadas e o tempo entre os agendamentos, como percebido no gráfico a seguir.

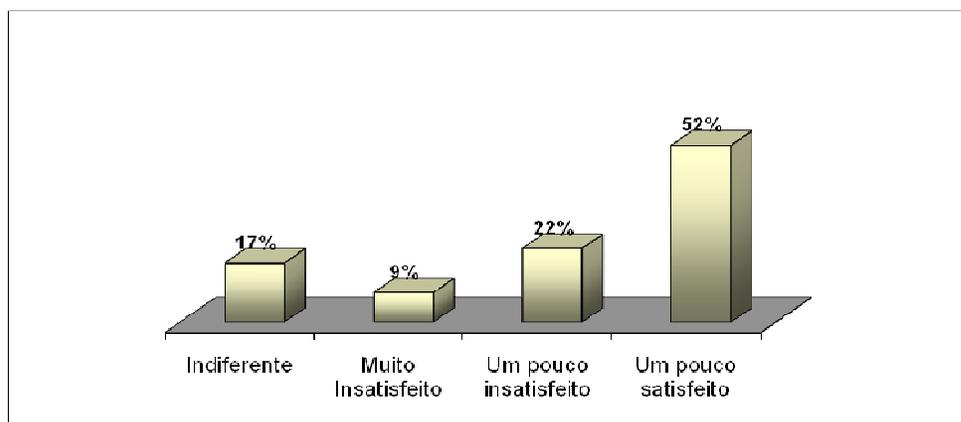


Gráfico 32 – Satisfação com acesso que têm ao atendimento os pacientes acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Praticamente dois terços dos pacientes (59%) não tiveram atendimento médico até 30 dias após suas altas hospitalares. Entretanto, de todas as categorias, foram os profissionais mais consultados após a alta (Gráfico 33).

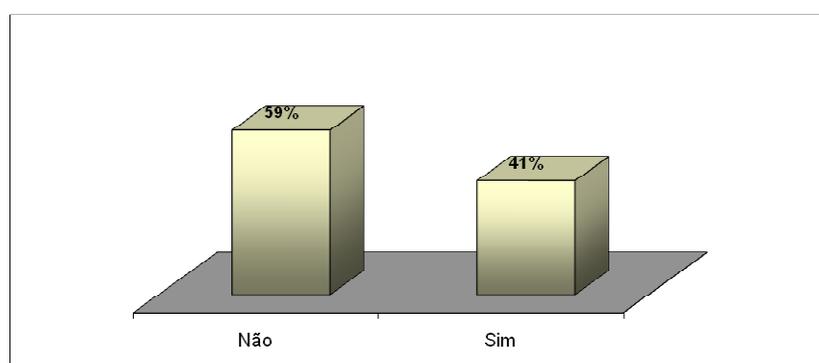


Gráfico 33 – Percentual de pacientes que conseguiram atendimento médico dentro dos 30 dias após a alta hospitalar, acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Vinte e dois por cento dos pesquisados tiveram atendimento psicoterápico de grupo desde o fim de suas últimas internações (Gráfico 34).

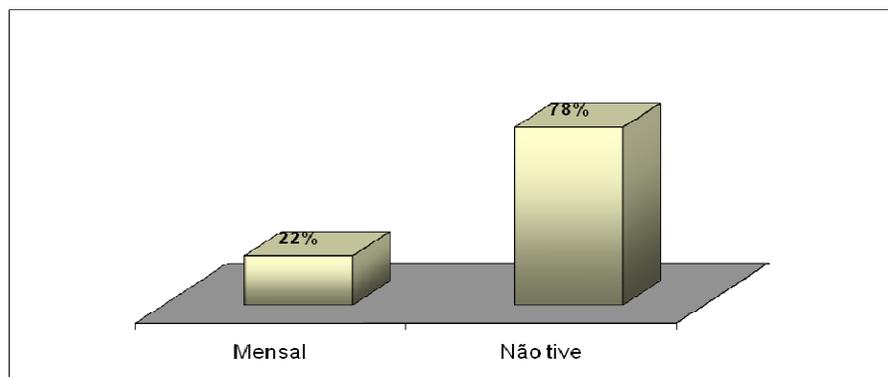


Gráfico 34 – Percentual de pacientes que tiveram atendimento psicoterápico de grupo dentre os acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Apenas 4% dos entrevistados tiveram atendimento psicoterápico individual a qualquer momento após suas altas (Gráfico 35), percentual idêntico para atendimento com assistente social (Gráfico 36).

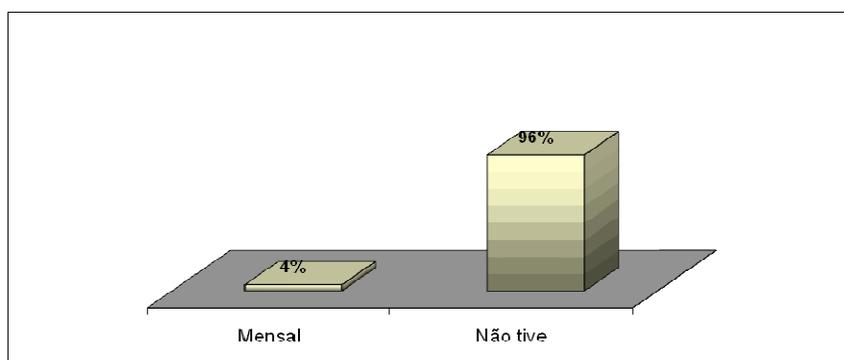


Gráfico 35 – Percentual de pacientes que tiveram atendimento psicoterápico individual dentre aqueles acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

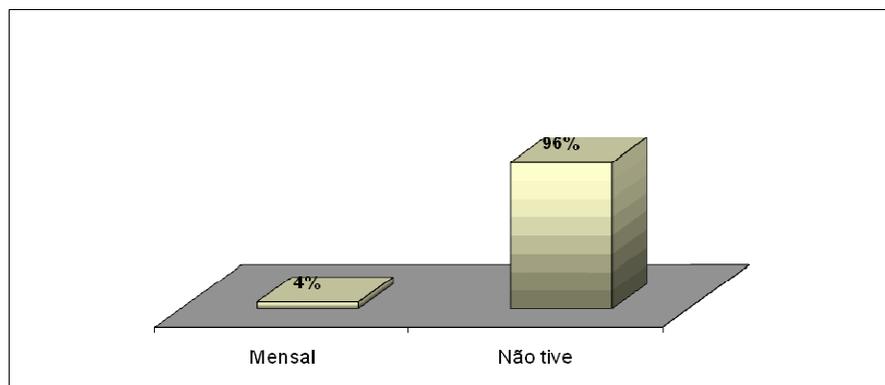


Gráfico 36 – Percentual de pacientes que tiveram atendimento com assistente social dentre os acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Um percentual significativo de pacientes – 21% - reside próximo ao CAPS Silvério Tundis, na zona norte da cidade, o que corresponde ao quantitativo daqueles que obtiveram atendimento psicoterápico de grupo. É possível que tenham sido os mesmos pacientes, o que, se for o caso, significa dizer que praticamente nenhum dos pacientes acompanhados ambulatorialmente no centro psiquiátrico tiveram acesso ao atendimento de grupo. Por outro lado, não podemos afastar que alguns dos pacientes que conseguiram este tipo de atendimento o tenham conseguido no hospital, e não no CAPS, o que impede o autor de atestar, com precisão, que, pelo menos neste quesito de acompanhamento extra-hospitalar o Centro de Atendimento Psicossocial esteja cumprindo seu papel.

Sopesando a avaliação global das respostas, supõe-se que o mais provável seja que este tipo substitutivo de atendimento em saúde mental não esteja suprimindo seu papel como deveria. Caso estivesse, o quantitativo de pacientes em acompanhamento psicoterápico individual e os que tiveram acesso a atendimento com serviço social após suas altas se aproximaria daqueles que passaram por terapia de grupo, assim como o percentual dos que

tiveram refeição no mesmo lugar em que se trata. No entanto, observou-se exatamente o oposto: enquanto um quarto dos pacientes passaram por atendimento de grupo, somente quatro por cento conseguiram atendimento psicológico individual ou com assistente social e dezesseis por cento receberam refeições onde se tratam.

De fato, deve-se considerar que nem todos os doentes mentais precisam ou têm condições de se submeter a atendimento individual. Entretanto, aqueles que não tem condições psíquicas de o fazerem foram, em sua maioria, eliminados da presente pesquisa por não terem também a mínima condição psicológica de responderem as perguntas dos questionários. Assim sendo, esperávamos um quantitativo muito maior de pacientes em atendimento psicoterápico individual.

Quanto ao também irrisório quantitativo de pacientes que passaram por atendimento no serviço social, acredita o autor que dois fatores devem ser considerados em sua análise: primeiro, poucos médicos ou psicólogos de fato encaminham seus pacientes para este serviço e, segundo, poucos são os profissionais da área da saúde, quiçá os doentes mentais, que têm precisa noção da abrangência de funções e competências de um assistente social.

Outrossim, suporta a hipótese de falha da rede substitutiva o fato de que nenhum dos pacientes entrevistados se quer soube o que significa oficina terapêutica, demonstrando a inexistência desta ferramenta indispensável na reinserção social dos doentes mentais, sustentáculo do movimento de reforma psiquiátrica.

Conforme suas respostas, todos os pacientes estão em uso de pelo menos um medicamento controlado e a orientação sobre como fazer uso dos mesmos foi clara e compreensível na totalidade das respostas. Ademais, 96% deles acreditam que seus remédios têm sido úteis (Gráfico 37).

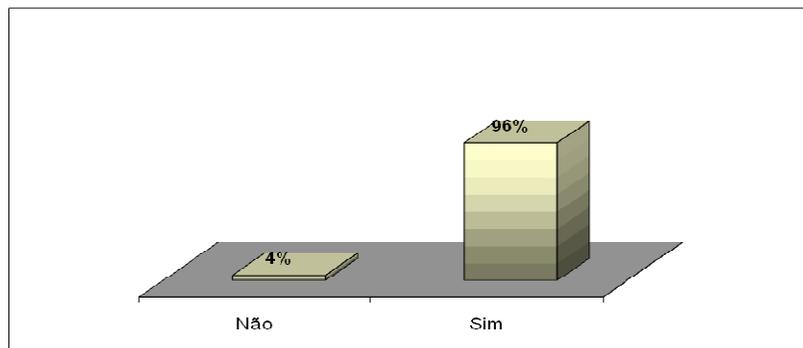


Gráfico 37 – Percentual dos pacientes que acham que o medicamento está sendo útil dentre os acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Não se podia esperar análise diversa, uma vez que houve a necessidade de tratamento hospitalar, presume-se grave o suficiente a doença mental dos pesquisados a ponto de ser indicado algum tipo de medicamento que possa prover um mínimo de controle sintomático e/ou diminuir a possibilidade de recaída/recorrência.

No entanto, seja por falta de juízo crítico ou pela frequência e gravidade de alguns efeitos colaterais, o pesquisador esperava encontrar numerário mais expressivo de doentes mentais insatisfeitos com seus remédios psiquiátricos.

Sobre a satisfação que têm com os profissionais que os atendem ambulatorialmente e nas relações que com eles desenvolvem, somente 26% demonstraram insatisfação (Gráfico 38). Este elevado índice de satisfação pode ser um reflexo da pequena expectativa que têm do atendimento e dos profissionais, dada a baixa escolaridade dos avaliados (86% tem até o primeiro grau).

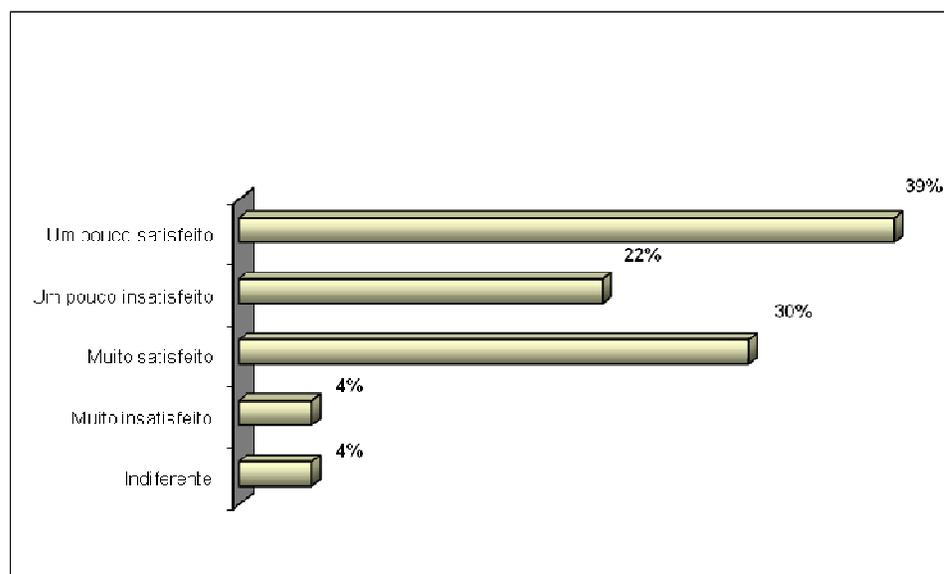


Gráfico 38 – Grau de satisfação com o relacionamento que tem com a equipe de saúde mental entre os pacientes acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Mais da metade dos pacientes acompanhados ambulatorialmente (56%) recebe pelo menos um benefício social: passe-livre ou aposentadoria por invalidez/assistência a saúde (Gráfico 39). Concluímos no mínimo que, ou os pacientes que participaram da pesquisa têm um longo histórico de doença mental, ou os benefícios têm sido solicitados pelos técnicos dos ambulatórios sem precípua e absoluta indicação.

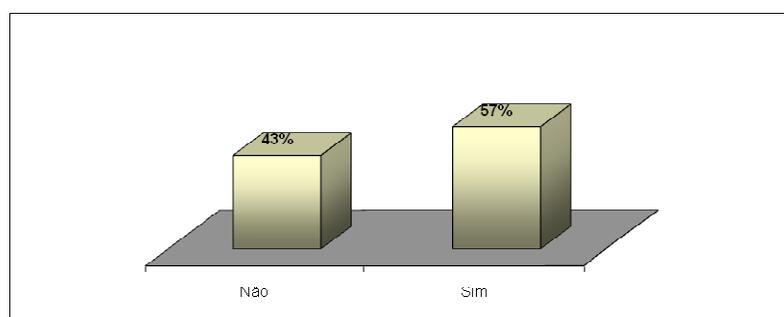


Gráfico 39 – Percentual de pacientes que percebem algum tipo de benefício social dentre os acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Em um balanço final, 87% dos pacientes responderam que recomendariam o centro psiquiátrico para um familiar, amigo, parente ou vizinho:

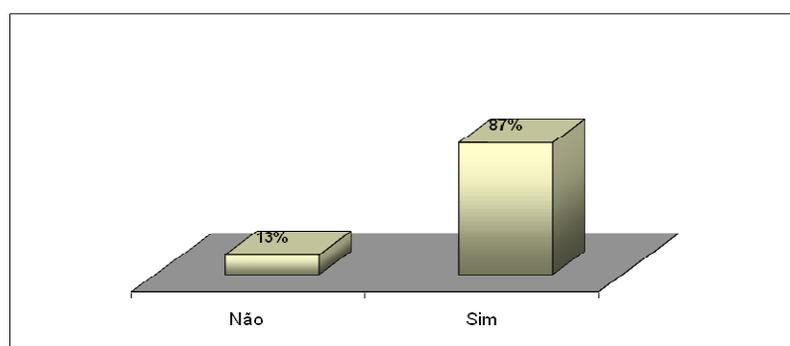


Gráfico 40 – Percentual de pacientes que recomendam o hospital dentre aqueles acompanhados no ambulatório do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, 01/07 a 31/08/2008.

Este resultado final sobrepuja a expectativa, a princípio negativa, do somatório de pacientes que: têm dificuldade em acessar a equipe/rede de saúde mental, que não tem tido bom relacionamento com a equipe, que tiveram que comprar seus medicamentos, que não tiveram lazer, que não gostaram da comida oferecida, que não foram atendidos multidisciplinarmente e que não gostaram dos atendimentos recebidos.

## 5. CONCLUSÕES

5.1 O modelo “hospitalocêntrico” persiste no município de Manaus como foco do atendimento em saúde mental, fruto da ausência de serviços substitutivos, modelo que é copiado nas cidades do interior onde o doente mental é obrigado a migrar para a capital em busca de atendimento especializado.

5.2 A taxa de reinternação dos doentes mentais em Manaus é alta bem como o número de doentes que recebem algum benefício social.

5.3 Durante a internação, os pacientes não estão tendo o acompanhamento multidisciplinar estabelecido em lei, resumindo-se a assistência hospitalar àquela oferecida por enfermeiros e médicos, carecendo de atendimentos por parte de Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e Assistentes Sociais.

5.4 Foi detectada relação entre educação dos profissionais e o nível de escolaridade, de forma que os recepcionistas e os vigilantes tiveram a pior avaliação dos usuários.

5.5 Mesmo tendo boas relações com a equipe ambulatorial, os pacientes do centro psiquiátrico se queixam de dificuldade para acessar o atendimento, principalmente quanto a demora na marcação das consultas.

5.6 O acompanhamento ambulatorial dos entrevistados se resume a consultas médicas e em terapias de grupo, divergindo do que norteiam as Portarias Ministeriais.

5.7 Houve proporção direta entre número de benefícios sociais e a falta de tratamento adequado aos doentes mentais no centro psiquiátrico de referência, uma vez que a elevada média de internações pretéritas coincidiu com a maioria dos pacientes receberem auxílio doença, aposentadoria e/ou gratuidade de transporte coletivo.

5.8 Apesar da falta de acompanhamento quantitativo e qualitativo adequado no centro psiquiátrico de referência, os entrevistados valorizam o hospital e reconhecem seu papel assistencial ao passo em que quase todos o recomendam a terceiros que porventura necessitem.

Em suma, detectou-se que a organização da saúde em Manaus requer uma política pública de saúde mental que articule estado e municípios do Amazonas fazendo cumprir o previsto nas diretrizes atinentes à assistência em prol do portador de doença mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA JR., Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80'. **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1994.

BLENKIRON, P.; HAMMILL, C. A. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? **Posgraduation Medical Journal**. v. 79, p. 337-340, 2003.

Brasil. Emenda Constitucional n. 29. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias. Brasília, 13 de setembro de 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 251, G.M., de 31 de janeiro de 2002. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 336, G.M., de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Avaliação do Programa de Saúde da Família*. Relatório, Brasília, 1999. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>.

Brasil . Ministério da Saúde. *A Operacionalização da Emenda Constitucional n. 29 – Relatório do Seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da emenda Constitucional n. 29*. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Relatório de atividades**. Brasília, 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS**. Brasília, 2004.

Brasil. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

BLAZEVSKA, A; VLADICKIENE, J; XINXO; S. Patients' satisfaction with the health care services provided by Ambulatory Care Units. **Europhamili Aesculapius**. Polônia, 2004.

BROWN, L.; FRANCO, L. M; RAFEH, N.; HATZELLI, T. Quality assurance of health care in developing countries. 2ª edição. **Bethesda: Quality Assurance Project**. Sem data.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: A conceptual exploration. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. v. I, p. 3-31, 1980a.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**. v. 260, p. 1743-1748, 1988.

FACCHINI, L. A. et. all. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica a Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 3, p. 669-681, 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Ed. Perspectiva. São Paulo, 1993.

GIGANTESCO, A.; MOROSINI, P.; BAZZONI, A. Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 15, n. 1, p. 73-8, 2003.

IBANEZ, N. et. all. Avaliação no desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 3, p. 683-703, 2006.

LEACH, L.S.; CHRISTENSEN, H. A systematic review of telephone-based interventions for mental disorders. **Journal of telemedicine and telecare**. v. 12, ed. 3, p. 122-9, 2006.

LELLIOT, P et al. Carer's and User's Expectations of Service – User version (CUES-U): a new instrument to measure the experience of users of mental health services. **British Journal of Psychiatry**. v. 179, p. 67-72, 2001.

MARI, J.J., et al. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. **Rev Saúde Pública**. v. 40, p. 161-9, 2006.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programas de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MERCER, H. Avaliação: reflexiones acerca del tema. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 07, p. 120, 2000.

NUNES, P; BUENO, R; NARDI, AE. **Psiquiatria e Saúde Mental**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 22, N. 3, p. 1053-62, 2006.

Organização Mundial de Saúde. **Mental Health Policy, Plans and Programmes**. 2. ed. Genebra: World Health Organization, 2004.

Organização Mundial de Saúde. **Human Resources and Training in Mental Health**. 1. ed. Genebra: World Health Organization, 2005.

PAIN, J. S. As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. In: **Introdução à Crítica do Planejamento de Saúde** (J. S. Paim & F. N. Almeida, orgs.), p. 55-78, Salvador: Universidade Federal da Bahia / Departamento de Medicina Preventiva, 1982.

PEDUZZI, M. A articulação de enfoques qualitativos e quantitativos na avaliação em saúde: contemplando a complexidade dos objetos. **Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 07, p. 120, 2000.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento da mudança. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 3, p. 564-576, 2006.

RESENDE, M.F. **Os resultados da Avaliação como Instrumento nas Tomadas de Decisões: o plano nacional de qualificação do trabalhador –**

**PLANFOR – como base empírica.** Brasília: UnB, 2002. Dissertação de Mestrado, Departamento de Administração, Universidade de Brasília, 2002.

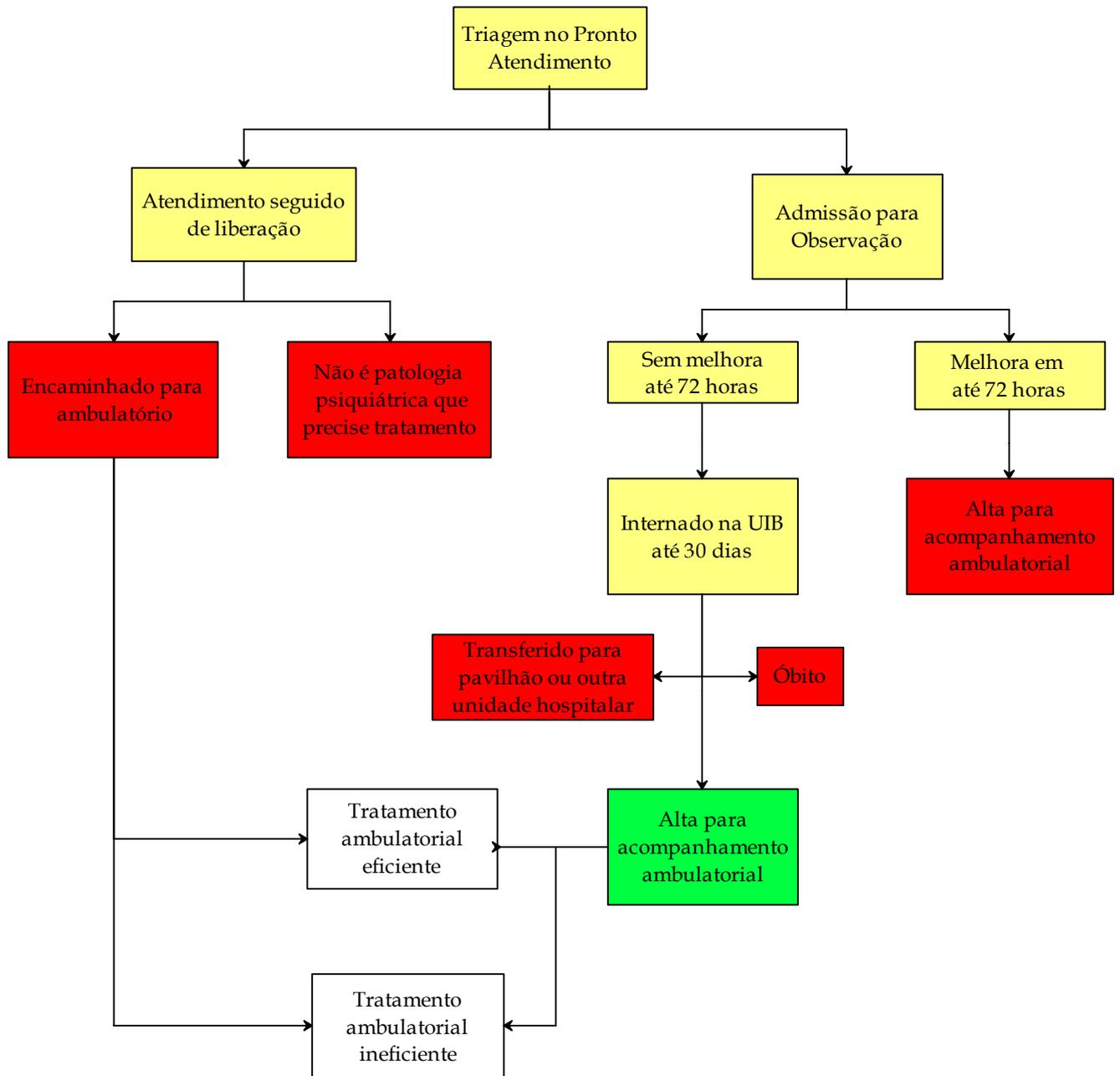
SILVA, L. G. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 10, p. 80-91, 1994.

TAKEDA, S; TALBOT, Y. Avaliar: uma responsabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 11, p. 564-576, 2006.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação.** v. 7, p. 113-118, 2000.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências e Saúde.** v. 9, p. 25-59, 2002.

## APÊNDICE A – Fluxograma



Referência: espaços em **vermelho** destacam pacientes que **não participarão** do estudo;

espaços em **verde** destacam pacientes que serão **alvo do estudo**.

## APÊNDICE B – PROTOCOLO CLÍNICO



### UNIVERSIDADE DO AMAZONAS MESTRADO EM PATOLOGIA TROPICAL

#### PROTOCOLO CLÍNICO

#### PROTOCOLO A – INTERNAÇÃO

Protocolo n°:

Data: / / 08

Nome:

Data de nascimento: / /

Naturalidade:

Em Manaus há:

Estado civil:

Nível educacional:

Religião:

Endereço:

Tel:

Ponto de referência:

Mora com:

N° de cômodos onde mora:

Renda familiar mensal: R\$

Número de internações prévias e tempo total de tratamento:

Sobre sua última internação no CPER:

1. Por que foi admitido? \_\_\_\_\_

2. Quem o levou ao hospital? \_\_\_\_\_

3. Precisou utilizar o SAMU 192?  Sim  Não Tentou e não conseguiu?

Sim  Não Caso positivo, por quê? \_\_\_\_\_

4. Quanto durou sua internação? \_\_\_\_\_ dias.

5. Foi consultado por médico?  Sim  Não. Caso positivo, foi sempre o mesmo médico?  Sim  Não. Com que frequência?  Diária  A cada 2-4 dias  Semanal  Quinzenal
6. Foi consultado individualmente por psicólogo?  Sim  Não. Caso positivo, com que frequência?  Diária  A cada 2-4 dias  Semanal  Quinzenal
7. Foi consultado por assistente social?  Sim  Não. Caso positivo, com que frequência?  Diária  A cada 2-4 dias  Semanal  Quinzenal
8. Teve atendimento de grupo?  Sim  Não. Caso positivo, com que frequência?  Diária  A cada 2-4 dias  Semanal  Quinzenal
9. Quando precisava de atenção de algum técnico, sua expectativa era correspondida?  Nunca  Quase nunca  Às vezes  Quase sempre  Sempre
10. Teve visitas durante sua internação?  Diária  A cada 2-4 dias  Semanal  Quinzenal  Não tive visitas
11. Quanto a alimentação, gostou do sabor e variedade?  Sim  Não.
12. Teve algum tipo de lazer?  Sim  Não. Qual? \_\_\_\_\_

13. Gostou da limpeza e organização do hospital?  Sim  Não.

14. Como você classificaria a educação dos médicos?  Péssima  Muito ruim

Regular  Boa  Ótima

15. Como você classificaria a educação dos enfermeiros?  Péssima  Muito ruim

Regular  Boa  Ótima

16. Como você classificaria a educação dos recepcionistas?  Péssima  Muito

ruim  Regular  Boa  Ótima

17. Como você classificaria a educação dos vigilantes?  Péssima  Muito ruim

Regular  Boa  Ótima

18. Sugestões?

---

---

**PROTOCOLO B – ACOMPANHAMENTO PÓS ALTA**

**Se você fez ou faz algum acompanhamento profissional após a alta, diga:**

1. Está satisfeito com o acesso que tem ao atendimento?  Muito insatisfeito  
 Um pouco insatisfeito     Indiferente     Um pouco satisfeito  
 Muito satisfeito
2. Teve atendimento médico-psiquiátrico até 30 dias de sua alta?  Sim     Não
3. Se você faz uso de algum medicamento psiquiátrico, você acha que estão lhe ajudando?  Sim     Não.
4. A orientação sobre como tomar seus remédios ficou clara?  Sim     Não
5. Após a alta, teve atendimento psicoterápico individual?  Semanal  
 Quinzenal     Mensal     Não tive
6. Após sua alta, teve atendimento com assistente social?  Semanal  
 Quinzenal     Mensal     Não tive
7. Após sua alta, teve atendimento psicológico em grupo?  Semanal  
 Quinzenal     Mensal     Não tive
8. Você está satisfeito com o relacionamento que tem com a equipe de saúde mental onde é acompanhado?  Muito insatisfeito     Um pouco insatisfeito  
 Indiferente     Um pouco satisfeito     Muito satisfeito

9. Sabe o que é oficina terapêutica?  Sim  Não. Já frequentou alguma?

Sim  Não

10. Teve atendimentos domiciliares?  Não  Sim. Por quem?  Médico

Enfermeiro  Técnico de enfermagem  Ass. Social

11. Onde você é atendido (a), recebe alguma refeição?  Sim  Não.

12. Você consegue remédios?  Sim  Não.

No mesmo lugar em que se trata?  Sim  Não.

13. Alguma vez precisou de remédios e não conseguiu adquirí-los no SUS?

Sim  Não

14. Você recebe alguma assistência previdenciária ou de transporte?  Sim  Não.

15. Você recomendaria o CPER a um amigo ou familiar doente?  Sim  Não

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento



### UNIVERSIDADE DO AMAZONAS MESTRADO EM PATOLOGIA TROPICAL

#### TERMO DE CONSENTIMENTO

Investigadores: David Lopes Neto e Fernando Kladt Spolidoro

Instituição: Universidade do Amazonas

Telefone: 92-32324217

Título: Avaliação da Qualidade da Assistência Hospitalar e Ambulatorial Psiquiátrica/Saúde Mental do SUS no Município de Manaus.

Nº do protocolo \_\_\_\_\_

Justificativa e objetivo do estudo:

Esta pesquisa será realizada para avaliar os serviços de saúde mental prestados no município de Manaus aos portadores de doença mental.

Com este estudo buscamos observar se os portadores de doença mental estão tendo atendimento multidisciplinar (por profissionais de diferentes áreas) de qualidade, conforme preconiza a legislação nacional e, caso não estejam, identificar as principais falhas e apontar possíveis soluções.

Se aceitar participar do estudo, receberá a informação que será questionado sobre: identificação, motivo da recente hospitalização psiquiátrica, acompanhamentos profissionais posteriores, medicamentos em uso e opiniões acerca dos serviços que lhe são, ou não, prestados.

O estudo não realizará qualquer coleta de material biológico (sangue, cabelos, unha, pele...) do participante, de qualquer espécie.

O participante não obterá qualquer benefício pessoal (não receberá, por exemplo, dinheiro), mas estará contribuindo para o conhecimento médico sobre a qualidade da atenção a saúde mental no município de Manaus.

A participação é confidencial (ninguém saberá que você participou), e os registros e resultados serão avaliados na Universidade Federal do Amazonas, bem como por autoridades normativas nacionais. Os investigadores asseguram que isto acontecerá de acordo com as leis e normas regulatórias de proteção nacional ou internacional

O voluntário terá direito a fazer qualquer pergunta referente a sua participação e será notificado sobre qualquer nova informação relacionada a este estudo, podendo contatar os responsáveis pelo trabalho no telefone (92) 32324217.

A participação é voluntária. Caso não participe ou deseje, a qualquer momento, abandonar o estudo em andamento, poderá fazê-lo, sem risco de qualquer perda de benefícios a que tenha direito (por exemplo, exames clínicos e laboratoriais, medicamentos, consultas...).

E por estar devidamente informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo, livremente expresse consentimento para minha inclusão como participante neste estudo, recebendo uma cópia deste documento.

---

Participante (voluntário)

---

Responsável




---

Dr. Fernando Kladt  
UFAM Av. Ayrão, 1033-A.  
Secretaria da Pós-Graduação  
Contatos: 0-xx-92- 3232-4217

Em, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 200\_\_

## ANEXOS

Tabela 1 – Média Mensal de Internação em 2006.

<b>LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO DE COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALTA / 2006</b>												
<b>Mês</b>	<b>Internação Involuntária</b>	<b>%</b>	<b>Comunicação de alta</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Alta da Internação</b>	<b>%</b>	<b>Alta por Transferência</b>	<b>%</b>	<b>Alta por Óbito</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
<b>JAN</b>	112	60,22	74	39,78	186	108	100	0	0,00	0	0,00	108
<b>FEV</b>	0	0,00	0	0,00	0	91	100	0	0,00	0	0,00	91
<b>MAR</b>	47	51,65	44	48,35	91	71	100	0	0,00	0	0,00	71
<b>ABR</b>	51	50,50	50	49,50	101	52	98,11	1	1,89	0	0,00	53
<b>MAI</b>	22	42,31	30	57,69	52	40	100	0	0,00	0	0,00	40
<b>JUN</b>	55	52,88	49	47,12	104	47	100	0	0,00	0	0,00	47
<b>JUL</b>	36	43,90	46	56,10	82	43	97,727	1	2,27	0	0,00	44
<b>AGO</b>	57	50,89	55	49,11	112	52	98,113	1	1,89	0	0,00	53
<b>SET</b>	43	53,09	38	46,91	81	49	98,00	1	2,00	0	0,00	50
<b>OUT</b>	47	53,41	41	46,59	88	55	100	0	0,00	0	0,00	55
<b>NOV</b>	59	50,43	58	49,57	117	65	100	0	0,00	0	0,00	65
<b>DEZ</b>	63	48,837	66	51,16	129	68	100	0	0,00	0	0,00	68
<b>Total</b>	592		551		<b>1143</b>	741		4		0		<b>745</b>
<b>Média</b>	49		46		<b>95</b>	62		0		0		<b>62</b>