



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE HIGIENE E SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

PROJETO DE AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE MENTAL
NA ZONA NORTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DIRETRIZES GERAIS, CONTEÚDO E CONFIGURAÇÃO ATUAL

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO

SÃO PAULO - DEZEMBRO/1985



INDICE

Introdução	1
Mapa de região do Projeto	5-a
Unidade Básica de Saúde	6
Ambulatórios Especializados	12
Emergência Psiquiátrica do P.S. do Mandaqui	14
Hospital Pínel	23
Conclusão	25



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida



INTRODUÇÃO -

Desde os anos 30 se fazem críticas ao asilo psiquiátrico, peça ainda central da assistência aos pacientes mentais. De início a preocupação era mais de ordem humanitária e não se colocava em questão propriamente a adequação técnica dos esforços terapêuticos. A evolução das idéias persiste com o fim da 2a. Guerra Mundial; na década de 60 com governo Kennedy nos E.U.A. se reafirmam muitas das idéias que ainda hoje são vistas como "modernas" e "inovadoras"; entre elas principalmente a crítica ao macro hospital como lugar de tratamento dos problemas psiquiátricos. Por essa época na França se desenvolviam os trabalhos de psiquiatria de setor.

Essas e outras influências confluíram na América de uma maneira mais específica. As idéias de modernização e aperfeiçoamento da assistência psiquiátrica se articulam com preocupações de Saúde Pública. Naturalmente não existe neste documento qualquer preocupação de traçar um histórico detalhado e rigoroso dessas questões.

Entretanto vale recordar que a consideração das chamadas doenças mentais evoluiu neste período de maneira significativa; aos poucos a busca de causas se deslocou de uma ótica puramente organicista e herodológica para a aceitação de dinamismos psicológicos definidos, mas ainda localizados principalmente dentro do indivíduo. O passo seguinte foi de se aceitar uma etiopatogenia bio-psico-social; tudo isso vem permeando os discursos da psiquiatria oficial há muito tempo, mas sem encontrar qualquer tipo de ressonância real na prática concreta.

Nos últimos anos a coerência com a concepção multicausal das moléstias mentais trouxe como corolário lógico a necessidade de uma apreensão mais totalizadora do fenômeno mórbido, o que implica na utilização de equipe multiprofissional para o tratamento. Por outro lado, a aproximação com a Saúde Pública e a Medicina Preventiva trouxeram a preocupação da preven-



ção em saúde mental e o pensamento de se orientar o trabalho também em espaços terapêuticos não hospitalares. A constatação da exiguidade de recursos e do desperdício de esforços desembocou na consideração racional de regionalização, integração e coordenação das tarefas no interior da rede pública.

Entre nós deu-se um fenômeno específico a partir dos anos 60: a atenção à doença mental foi progressivamente privatizada e a lógica do mercado, da preocupação como lucro passou a ser fator importante do desenvolvimento.

Isso levou necessariamente a muitas distorções; são lógicas diferentes, que não se superpõem, essa do lucro e a da saúde pública.

Alguns exemplos ilustram a situação do cuidado com a doença mental entre nós.

O Estado de São Paulo possuía em 1.980, 121 hospitais psiquiátricos, dos quais 112 eram particulares (destes 41 - com finalidade não lucrativas e 71 com definida postura empresarial). O "não lucrativo" em certo número de hospitais é, como se sabe, mero disfarce.

No que diz respeito a Grande São Paulo, em 1981 existiam 4 hospitais próprios do Estado e 7 particulares em convênio com estes além de 40 unidades hospitalares conveniadas com o INAMPS ou particulares.

A taxa de ocupação varia de 40% (hospitais particulares não conveniados) até 100% (hospitais com finalidade lucrativa conveniados com o INAMPS). O INAMPS gastava por essa época cerca de 90% de sua verba de assistência psiquiátrica com hospitais de convênio. Fica evidente a distorção dupla: o hospitalocentrismo e a compra de leitos. Além disso a taxa de reinternação no hospital psiquiátrico de Vila Mariana era de 48,2% (aí se considerava reinternação quando o paciente tinha sido internado anteriormente nesse mesmo hospital; desconhecia-se o número de pacientes internados antes em outras instituições).



Isso em um hospital do governo, sem finalidade lucrativa. Não é preciso salientar que isso ilustra mais uma vez a pouca utilidade do tratamento hospitalar isolado e da concepção terapêutica em jogo.

Quanto aos ambulatórios havia nessa época 11 no Estado: não é preciso falar em sua insuficiência (a OMS preconiza 1 ambulatório para 150.000 habitantes). Não havia entre eles qualquer forma de funcionamento integrado. Trabalhavam isoladamente, sem qualquer integração técnica. Nessa época internavam 3,3% dos pacientes; se compararmos esse dado com os 48,2% de reinternações verificadas só em um hospital percebe-se que os egressos não eram atendidos nos ambulatórios. O funcionamento dos níveis secundário e terciário era praticamente estagnado.

Quanto à assistência primária (a OMS sugere uma equipe de saúde mental para cada 50.000 habitantes) era considerada "irrisória" até por documento oficial.

Essas constatações e muitas outras aqui não referidas por falta de espaço levaram os profissionais de saúde mental a posturas muito claras, em sucessivas reuniões, congressos e publicações. Colocavam-se por uma política de saúde mental centrada nas linhas gerais, hoje amplamente aceitas, integração e racionalização de recursos, regionalização, inserção de equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde, atenção ao nível familiar e escolar, às condições gerais de vida dos pacientes.

Dirigiam especial ênfase às críticas ao modelo hospitalocêntrico de atenção, concluindo pela necessidade de incremento definido e maciço das ações de saúde mental em ambulatórios e unidades básicas de saúde com vistas a diminuição das taxas de internação e reinternação. Externavam seguidamente a consciência de que essas alternativas de trabalho seriam fadadas ao fracasso se inseridas no chamado "mercado de saúde mental" por suas distorções obrigatórias e referiam numerosos exemplos de tentativas de propostas técnicas nessa linha que fracassaram por falta de apoio político.



Para situar concretamente providências norteadas na ôtica acima referida no lugar lôgicamente adequado para sua realização, isto é, integradas na rede pública de saúde' é que surgiu o Projeto de Saúde Mental da Zona Norte. Ele se iniciou a partir da necessidade de ampliação do PIDA (Projeto 'de Integração Docente Assistencial) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa.

Este se situava no Distrito Sanitário Nossa Senhora do Ô, com uma população de 585 mil habitantes. Dessa forma originalmente se contava com quatro Unidades Básicas 'de Saúde (os PAM's Carombê, Ladeira Rosa e Vila Penteado e o C.S. I Nossa Senhora do Ô), onde foram inseridas equipes de Saúde Mental compostas por psiquiatra, assistente social e psicôlogo; nível secundário era representado pelo Ambulatório de Saúde Mental de Pirituba e o terciário pelo Hospital Pinel.

Seria portanto um programa que integrava, 'além da Santa Casa, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, além do INAMPS.

Com o tempo e a progressiva reestruturação da Coordenação do Projeto, a percepção das necessidades da população e a existência ou surgimento de equipamentos afinados com as novas posturas ele se ampliou paulatinamente.

Compreende hoje 12 (doze) Unidades Básicas de Saúde a saber: PAM Jardim Ladeira Rosa, PAM Jardim Carombê, - PAM Moinho Velho e PAM Maria Cecília Ferro Donnangelo; C.S. I - Tucuruví, C.S. I Parque Peruche, C.S. I Lapa, C.S. I Vila Maria, C.S. I Freguesia do Ô, C.S. I Perú, C.S. II Pirituba e C.S. II Carandirú e 6 (seis) Ambulatórios: Pirituba, Mandaqui, Brasilândia, Jaçanã, Lapa e Belenzinho. A Unidade de emergência psiquiátrica situada com o respectivo serviço de resgate no P.S. - Geral do Mandaqui e o Hospital Pinel, abrangendo uma região de cerca de 2.000.000 habitantes.



Nessa região e com os equipamentos referidos estamos estruturando um trabalho de Saúde Mental cujas ações e detalhes vem referidos mais adiante, e que tende essencialmente a responder as seguintes preocupações:

- 1) Constituir nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, um programa integrado e regionalizado de Saúde Mental consoante com uma concepção mais totalizadora do fenômeno mórbido.
- 2) Prevenir interações psiquiátricas desnecessárias.
- 3) Criar procedimentos terapêuticos não cronificadores.
- 4) Abrir espaço na rede pública de atendimento para ser utilizado na formação de pessoal especializado em Saúde Mental, dentro dessa nova ideologia.





I - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (U.B.S.)

HISTÓRICO -

a) O que havia.

Antes do surgimento do Projeto, a região correspondente a área de sua atuação comportava dois Centros de Saúde (Freguesia do Ó e Tucuruvi) com equipe de Saúde Mental (1) e três Postos de Atendimento Médico (P.A.M.) (2) com serviço de Psicologia (1 profissional em cada Unidade: PAM Carombê, PAM Ladeira Rosa e PAM Maria Cecília Ferro Donnangelo).

O trabalho em cada unidade dava-se isoladamente em relação aos demais trabalhos, além de não haver, para o que se fazia, uma programação definida. Via de regra as ações eram desenvolvidas a partir da atuação pessoal dos profissionais.

Essa falta de integração acabou gerando uma autosuficiência de cada equipe como tentativa de superar todas as dificuldades, tanto pela falta de programação como pela inexistência de encaminhamentos a outros recursos, que resultou num serviço sem diferenciação de níveis de complexidade de atendimento.

b) O que existe (a partir de 1984).

Atualmente, em termos de final do ano de 1985, a região conta com 12 equipes de Saúde Mental em U.B.S., sendo 8 em C.S. (Freguesia do Ó, Tucuruvi, Parque Peruche, Perus, Pirituba, Lapa, Vila Maria e Carandirú) e 4 em PAM (Carombê, Ladeira Rosa, Maria Cecília Ferro Donnangelo e Moinho Velho).

(1) Uma equipe de Saúde Mental em U.B.S. comporta: 1 psiquiatra, 1 psicólogo e 1 assistente social.

(2) As U.B.S. correspondentes da Secretaria de Estado de Saúde são os C.S. ; as da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo são os PAM.



Complementar à delimitação da área de atuação existe um programa de assistência que tem como fundamento os seguintes princípios:

1. **Integralização:** O trabalho passou a ser estruturado de maneira a conceber o doente mental como indivíduo, tanto na Unidade mente-corpo como na sua dimensão de ser social.

1.1. Multiprofissional

Por não conceber o comprometimento mental como resultado de um desarranjo orgânico, o atendimento ao doente mental passa pelo trabalho conjunto da equipe de Saúde Mental. A partir desta abordagem tem-se uma visão mais ampla do paciente que resulta em maior resolutividade do caso. A consequência será um menor índice de cronificação e de internação.

A partir disto surgem ações com a participação conjunta entre os profissionais, seja no momento da triagem, do diagnóstico e até do tratamento dos pacientes.

Esquemáticamente pode-se registrar a existência de:

- Grupo de triagem com a participação conjunta ou em separado dos elementos da Equipe.
- Atendimento grupal com a participação conjunta da Equipe ou parte dela.
- Discussão conjunta de casos.
- Encaminhamento de casos de um para outro profissional da Equipe.

1.2. Multiprogramática

Propõe-se, neste nível primário de atendimento, a abordagem de sintomas psíquicos por profissionais generalistas (a Equipe de Saúde Mental daria suporte técnico para esse atendimento), assim como o trabalho multiprogramático envolvendo a Equipe e os profissionais de outros programas, pertencendo os pacientes tanto a um como a outro programa. Esta abordagem procura evitar, em termos de atendimento, a tão frequente dicotomia



entre mente e corpo (que acaba favorecendo a cronificação da doença e a estigmatização do doente mental como elemento segregável ' do âmbito da saúde pública).

Aqui pode-se encontrar:

- interconsultas.
- triagem conjunta.
- discussão de casos de outros programas.
- grupos de outros programas recebendo abordagem da equipe de Saúde Mental (como grupo de grávidas, hansenianos, hipertensos etc...)
- puericultura.

2. Regionalização.

A área delimitada corresponde a zona norte ' da cidade de São Paulo.

2.1. Expansão da rede: Para que o Projeto comportasse uma cobertura adequada de seus serviços foi necessário um aumento dos recursos.. Passou-se de uma equipe de Saúde Mental em U.B.S./1.000.000 habitantes para uma equipe de Saúde Mental em U.B.S./160.000 habitantes, o que deixa a região bem mais próxima dos níveis desejáveis que é de uma Equipe/50.000 habitantes.

2.2. Atendimento em diferentes níveis de complexidade.

O trabalho de Saúde Mental em U.B.S. deixou' de ter caráter abrangente e autosuficiente, para se organizar dentro de uma certa especialidade de atendimento, adotando programação e recursos adequados destinados a suprir determinada necessidade de saúde da população.

Tudo aquilo que exceda' essa tecnologia específica deve ser encaminhado a um nível de maior complexidade, no caso, o ambulatorial.



O trabalho nas U.B.S., via de regra, é grupal e pouco especializado na maneira como o comprometimento mental se apresenta (o nível de comprometimento sendo baixo torna ' compatível o atendimento dessa população específica em U.B.S. co mo porta de entrada do sistema de saúde) e facilita a participação de outros profissionais não especializados em Saúde Mental.

Enfim, aqui o paciente não pertence, ainda, à especificidade da Saúde Mental.

Por aqui pode-se chegar a uma assistência ' de Saúde Mental efetuada por todos os profissionais, não só da U.B.S. como da comunidade.

Pode-se registrar:

- grupos de espera.
- agentes de Saúde Comunitários.
- abordagem de aspectos emocionais por profissionais ' de outros programas.

3. Integração.

Complementar à regionalização surgiu a necessidade de integração em vários aspectos:

3.1. Integração dos recursos da S.H.S., S.E.S., INAMPS e P.I.D.A.

Com isto chegou-se a utilizar dessas instituições desde recursos financeiros (A.I.S.), recursos humanos até o emprego de imóveis.

3.2. Integração dos níveis de diferentes complexidades.

A partir daqui pôde-se contar com um sistema de referência e contra-referência. Assim, para as necessidades ' que fugissem da capacitação da U.B.S., adaptou-se a rede ambulatorial para suprir tal demanda. Além dos instrumentos criados para assegurar tais encaminhamentos ⁽¹⁾ estruturou-se o serviço ambulatorial para funcionar como serviço de referência da rede básica.

(1) Guias de Encaminhamento onde se define o serviço a receber o paciente e se coloca tanto o que se fez com o paciente como o que será feito no ambulatório para, uma vez retornado à U.B.S., dar-se prosseguimento ao tratamento.



No momento, além da caracterização de cada serviço em níveis de complexidade, eles estão organizados em módulos (para melhor viabilizar a referência/contrareferência). Em termos gerais, existe um ambulatório para cada 3 U.B.S. É óbvio que o critério de agrupamento e escolha dos componentes baseia-se na acessibilidade entre eles. A exceção é o ambulatório do Jaçanã que não conta com a contrareferência em Saúde Mental.

3.3. Integração com outros recursos da comunidade.

Importa não isolar o indivíduo de sua comunidade. Para tanto pode-se trabalhar em conjunto com outros serviços (por exemplo, próprios do local de trabalho do paciente). Outra providência é não confundir necessidades assistenciais ou ocupacionais com problemas de saúde (por exemplo, criança carente de estímulo e ocupação não obrigatoriamente precisa de tratamento).

Nesse sentido surge a necessidade de uma integração com recursos como:

- escola
- creche
- fábrica
- polícia
- biblioteca
- Centro Esportivo.

4. Avaliação.

Pode-se ter uma idéia do desenvolvimento do Projeto através de dois meios de informação: a supervisão e a estatística.

4.1. Supervisão.

Cada grupo supervisionado está constituído por 3 equipes de Saúde Mental da rede básica, agrupados em função da proximidade geográfica. As reuniões são semanais, com duas horas de duração.



A supervisão vem ocorrendo desde agosto de 1985 e não tem prazo de encerramento.

O grupo de trabalho configura-se como um lugar coletivo de reflexão e análise da prática institucional abrangendo os diversos aspectos programáticos delineados pelo Projeto, assim como questões surgidas das experiências referentes à dinâmica interna da equipe e à singularidade da implantação de cada uma delas.

As principais dificuldades encontradas no trabalho dos técnicos podem ser resumidas como se segue:

- equipes de profissionais com formação as mais variadas, sem qualquer experiência prévia de trabalho multiprofissional.

- os técnicos de cada equipe de Saúde Mental as vezes são discriminados por outros profissionais da U.B.S., o que dificulta o trabalho em equipe.

- dificuldade de inserção nas programações da U.B.S. tendo em vista a falta de preparo dos demais profissionais para a abordagem de aspectos emocionais.

- a visão desenvolvida pelos aparelhos formadores dos profissionais de Saúde Mental nem sempre se adapta as concepções novas e aos espaços de trabalho do projeto.

4.2. Estatística.

A partir da existência do Projeto houve um aumento no número de atendimentos. Com relação aos encaminhamentos para hospitalização, eles quase inexistiram; já para os ambulatórios eles foram bem maiores (em torno de 4% dos atendimentos). Observou-se, também, que o egresso do hospital ainda quase não chega à unidade básica e que o número de saídas é pequeno (em torno de 3%).



II - AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS - NÍVEL SECUNDÁRIO DE ATENDIMENTO

Na primeira definição de área do Projeto, circunscrita apenas ao distrito da Freguesia do Ó, surgiu o Ambulatório de Saúde Mental de Pirituba para compor o nível secundário de atenção.

Com a ampliação da área de abrangência do Projeto surgem os Ambulatórios de Saúde Mental do Mandaqui, Jaçanã, Brasilândia e recentemente Lapa e Belenzinho; três desses equipamentos foram inaugurados no último ano.

Os Ambulatórios já existentes, numericamente insuficientes e isolados de qualquer relacionamento com outras instituições complementares da prestação de serviços, se caracterizaram enquanto instâncias de primeiro atendimento, destituídos porém de uma programação específica propiciadora de maior continência e resolutividade, predominando como recurso terapêutico a prescrição de fármacos através de consultas médicas de curta duração.

As seis Unidades, que atualmente compõem o projeto, apresentam dinâmicas institucionais distintas, decorrentes do tempo de funcionamento e das condições internas de relacionamento entre as equipes técnicas e administrativa, bem como da compreensão que se tem sobre:

- a) função do ambulatório especializado, no desenvolvimento de uma prática que reflita a aplicação da atual política não-hospitalocêntrica;
- b) maior abrangência no diagnóstico e tratamento da doença mental;
- c) absorção de categorias profissionais sem precedentes no campo extra hospitalar de atenção;
- d) transformação do funcionamento institucional estruturado em concepções e desvios anteriores.

A Unidade Ambulatorial especializada, que durante muito tempo foi única e primeira no atendimento extra-hospitalar, vem passando por algumas transformações frente a necessidade de explicitar sua caracterização, de acordo com a complexidade que lhe compete num sistema integrado e regionalizado de atenção. Assim, o processo de transformação tem mostrado aspectos de natureza intra-institucional e inter-institucional.

A existência da programação de Saúde Mental integrada à rede básica, assim como da emergência psiquiátrica com as característi-



cas delineadas na integração com o Pronto Socorro Geral do Mandaqui, recoloca a unidade ambulatorial numa perspectiva diferente de funcionamento, capaz de oferecer tratamentos especializados intensos, prolongados, visando esgotar todo arsenal terapêutico cabível no espaço extra-hospitalar.

Surgem, portanto, questões relativas à distribuição da clientela nos vários níveis de assistência de acordo com a competência técnica de cada segmento do sistema integrado de atenção. Resalte-se ainda a importância dos mecanismos de referência e contra-referência, aspectos estes que levantam a importância do programa de Saúde Mental pairar acima dos interesses isolados de cada instituição integrante, buscando aperfeiçoar o relacionamento entre as estruturas envolvidas para a consecução do programa integrado e regionalizado.

Todos Ambulatórios do projeto estão passando pelo processo de supervisão institucional e, de acordo com as características próprias de cada agrupamento, se lançam numa perspectiva de dinamização do atendimento, da prática multiprofissional e das várias possibilidades de aplicação da psicoterapia.

As equipes, neste momento, organizam-se em dois grandes blocos, um referente ao atendimento à criança, outro ao adulto. Para isso, recebem supervisão específica em cada área de atendimento a fim de que haja uma melhor organização dos programas assistenciais.

Além disso, já ocorre, em algumas Unidades Ambulatoriais, a assistência intensiva à clientela que apresenta sintomatologia de maior gravidade, anteriormente submetida à intervenção hospitalar imediata.

Como formas de avaliação do trabalho ambulatorial, além da supervisão, dispõe-se de dados referentes à estatística. Através deles pode-se perceber uma taxa de hospitalização pequena - (cerca de 1%). Pelo número de receitas aviadas percebe-se que o uso de medicamentos como medida terapêutica tem diminuído. Os encaminhamentos, que refletiriam a dinâmica de um sistema integrado, ainda são poucos.



III- EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA DO P.S. GERAL DO MANDAQUI: DA IMPLANTAÇÃO ATÉ SEU FUNCIONAMENTO GERAL

I- INTRODUÇÃO

O Projeto de Ações Integradas de Saúde Mental na Zona Norte, assim como as demais unidades de assistência primária e secundária das outras regiões da Grande São Paulo, enfrenta dificuldades decorrentes da ausência de Serviços de Emergência capazes de impedir o processo de cronificação da clientela através da redução do número de internações e da realização de intervenções terapêuticas de caráter intensivo.

A rede Municipal de atenção terciária vem solicitando providências quanto às condições de atendimento e transporte do doente mental, que marca presença na rotina de Pronto Socorro.

É sabido também, que os demais Pronto Socorros dos grandes hospitais gerais da cidade recebem uma população, merecedora de cuidados em saúde mental, sendo que escapam completamente de uma prática de melhor orientação.

Portanto, se impõe a necessidade de equacionar a Emergência psiquiátrica no Município mediante o empenho das estruturas da Coordenadoria de Saúde Mental e da Secretaria de Higiene e Saúde, estabelecendo estratégias imediatas.

Verificamos, ainda, que o bom funcionamento de uma rede ambulatorial de assistência em saúde mental requer cobertura das urgências em Pronto-Atendimento e internação breve, cuja prática possa refletir uma nova concepção na abordagem da doença mental.

II - CARACTERIZAÇÃO

Constituiu-se um serviço de pronto-atendimento nas primeiras 24 horas, com leito de observação por até 48 horas a fim de possibilitar a intervenção terapêutica conforme a exigência de cada caso. Não se configura, portanto, num atendimento



to de porta, prescrição e encaminhamento.

Além da existência do leito para observação e cuidados intensivos, procedeu-se ao treinamento de pessoal técnico e auxiliar, bem como a padronização de condutas terapêuticas - para garantia da qualidade do pronto-atendimento.

Delineou-se, também, um trabalho com os especialistas das outras áreas da medicina, visando uma aproximação - dos aspectos somato-psíquicos, uma vez que se pretende recuperar a sua integração no atendimento dos Emergências.

Tem-se ainda, o Serviço de Resgate de doentes Mentais operando no domicílio, delegacia e via pública, respeitando a delimitação da área do Projeto.

A partir de 19 de julho de 1.985 a Emergência psiquiátrica passou a existir com a inserção de um psiquiatra na equipe médica de plantão durante as 24 horas, acréscimo de um profissional de Enfermagem e Serviço Social com formação especializada (para que funcione também como agente multiplicador), quatro - atendentes de enfermagem e um psiquiatra diarista para coordenar os trabalhos.

A partir desse momento, tornou-se necessário:

- 1 - Estender a discussão técnica da Emergência Psiquiátrica aos - Socorristas que dão supervisão aos residentes.
- 2 - Preparar os profissionais admitidos (psiquiatra, enfermeira e assistente social) para a inserção na Instituição .
- 3 - Trabalho específico com os Enfermeiros e Assistentes Sociais, enquanto agrupamento profissional importante na manutenção da rotina de serviço e no comando de funcionários.
- 4 - Trabalhar com módulos diários de funcionários incluindo Enfermagem, Serviços Social, Psiquiatra, Residentes, Auxiliares, - Atendentes e Pessoal Administrativos.



- 5 - Realizar o treinamento técnico-específico para: auxiliares, -
Atendentes, Psiquiatra, Assistente Social e Enfermagem.

a - O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Embora consideremos que a intervenção multiprofissional de Urgência, seja uma atividade extremamente dinâmica e ágil, onde se observa a imensa importância do trabalho integrado, - procuramos discriminar algumas atividades específicas.

Médico Psiquiatra

Recebe o paciente da triagem realizada pelo médico Socorristas, procede à anamnese e impressão diagnóstica com - consequente intervenção terapêutica, considerando-se as condutas: atendimento local com posterior encaminhamento à unidade ambulatorial; tratamento intensivo na unidade de emergência ou internação psiquiátrica prolongada.

Enfermagem

O trabalho inicia na pré-consulta com o controle dos sinais vitais. Uma vez instalado o paciente na enfermaria o atendimento é baseado em assisti-lo em seus aspectos somáticos, atendendo as suas necessidades básicas, promoção e manutenção de um ambiente terapêutico durante a permanência no P.S., desde a recepção até a alta, observação do comportamento, evolução - de enfermagem, sendo todas essas atividades coordenadas direcionadas pelo enfermeiro.

Serviço Social

O objetivo do atendimento do serviço social em emergência psiquiátrica ou geral é basicamente o mesmo. Porém na experiência, deste trabalho, ainda que num certo espaço de tempo, pudemos concluir que o objeto de foco a ser trabalhado é que se diferencia. O paciente psiquiátrico é marginalizado por sua própria condição e nota-se que ele ou sua família buscarão atendi



mento social mesmo independente do encaminhamento médico.

Pelas dificuldades enfrentadas no dia a dia, pelo desconhecimento, pelo difícil acesso, ou mesmo pela ineficácia dos recursos de saúde mental existentes, o paciente e família chegam ao atendimento desgastados e julgando que enfim conseguirão a solução, apresentando geralmente a expectativa de internação.

A coleta de dados ainda que em caráter emergencial, faz-se importante pelas próprias condições do paciente no momento, pela oportunidade, muitas vezes, única de se levantar informações com familiares e possibilitar continuidade do caso pelo serviço que receberá o paciente posteriormente.

b - JUSTIFICATIVAS E DECORRÊNCIAS DA INSERÇÃO DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO P.S. GERAL

Grande contingente dos pacientes que procuram os Pronto Socorros, apresentam quadros de reações neuróticas (D.N.V. "peripaque") ou de alcoolismo que os serviços clínicos gerais, ainda não dispõem de técnica adequada para o tratamento (10 à 15% da demanda).

Os pacientes psiquiátricos apresentam, frequentemente, distúrbios orgânicos como desnutrição, infecções pulmonares, hepatopatia, TCE etc.

Percebe-se a dificuldade da introdução dessas novas atitudes e técnicas em um modelo de atenção à saúde, já sedimentado, mas a perspectiva de aprimorar o tratamento oferecido à população, parece justificar esta etapa.

Para isso, entretanto, foi necessário:

1. Entrar em contato com os profissionais não psiquiátras dos Pronto Socorros Gerais para orientar sobre abordagem de pacientes com distúrbios psíquicos manejo e resolutividade possível de determinadas situações e, em caso necessário, o adequado encaminhamento à Unidade de Emergência Psiquiátrica.

2. Elaborar Manual de Padronização de Condutas pelo qual o aporte técnico mínimo necessário seria transferido (1) aos profissionais de outras especialidades.

(1) LINO, Elias M. et alii: "Manual de Padronização de Condutas de Emergência Psiquiátrica em Pronto Socorro Geral", mimeo, SHS, S.P., 1985.



C- REGIONALIZAÇÃO.

Como o serviço de Emergência Psiquiátrica foi criado para constituir um dos níveis de complexidade do sistema de saúde mental da Zona Norte da cidade de São Paulo, deve perseguir a cobertura da demanda regionalizada orientada pelos fluxos das Unidades Básicas de Saúde correspondentes - (C.S., PAM e Ambulatórios) e das demais instituições da região que não trabalham especificamente com saúde.

Para isso fez-se um extenso trabalho de orientação, tanto em relação aos serviços de saúde como os de mais.

a- serviços de Saúde.

^a₁- C.S., PAM, Ambulatórios.

Criou-se um manual ⁽¹⁾ onde se procura orientar os técnicos quanto ao encaminhamento adequado, na medida em que se possa utilizar a Emergência como alternativa à internação prolongada e também que esta seja vista como um serviço de saúde específico e não como continência de problemas sócio-econômicos.

Ainda mais, para instrumentalizar o encaminhamento existem normas técnicas ⁽²⁾ onde se define, administrativamente como proceder e que instrumentos utilizar.

^a₂- P.S. Geral da região.

Além do Mandaqui, a região conta com os seguintes P.S.: Jaçanã, Santana, Perus, Freguesia do Ô e Pirituba. Pelo contacto com os seus diretores e equipe técnica expôs-se o projeto de trabalho tendo como referência a Emergência Especial-

(1) Orientações para a Unidade de Emergência Psiquiátrica, mimeo, S.H.S., - 1985.

(2) Norma Técnica P.I. nº 1, mimeo, S.H.S., 1985.



lizada do Mandaqui. Além da orientação ao adequado encaminhamento, foi distribuído aos técnicos o Manual⁽³⁾ para que cada Pronto Socorro tenha também um certo grau de continência diante de casos que apresentem comprometimento psíquico. Pensa-se, para breve, organizar um curso a ser ministrado aos médicos dessas unidades com o intuito de proporcionar um razoável aporte técnico para a abordagem de problemas psíquicos.

b- outros serviços.

b₁- Delegacias.

Pelo contacto com os delegados da região (10) discutiu-se não só o encaminhamento de pacientes como as competências de cada instituição, uma vez que muitos casos psiquiátricos acabam envolvendo o corpo policial e casos policiais (vadiagem, agitação, etc...) envolvendo a Emergência Psiquiátrica.

Para isso estabeleceu-se:

1- os casos sob o encargo da polícia seriam avaliados pela Emergência desde que pertencessem à região discriminada e que, uma vez descartada a possibilidade de ser um caso psiquiátrico, pudessem retornar ao encargo policial.

2- a Emergência daria pronta assistência à solicitação da polícia, encarregando-se dos casos considerados pertinentes.

d- RESGATE.

Para o transporte dos pacientes, na medida em que grande parte deles encontra-se impedida de locomover-se autonomamente, criou-se o Serviço de Resgate através das seguintes etapas.

1- equipamentos de ambulâncias para prestar tal serviço.

2- treinamentos de motoristas e equipe de enfermagem para lidar com o transporte de doentes mentais.

(3) Lino, Elias, M. : op. cit.



3- contacto com central telefônica (CECOM-192) para recepção, seleção e transmissão de mensagens, com o objetivo de propiciar um adequado entrosamento entre a demanda da população e as possibilidades de atendimento pelos serviços de Emergência.

4- contacto com o COPOM (Centro de Operações da Polícia Militar) comunicando a implantação do Resgate Psiquiátrico e apresentando a região demarcada. Operacionalmente, uma vez solicitado o COPOM, este faz a triagem (casos não-graves recebem orientação de procurar C.S., ambulatórios; casos graves recebem visita da P.M.; casos de agitação, é acionada a ambulância (192-CECOM).

5- como todos os serviços do Projeto, o Resgate está circunscrito à região Norte da cidade como área de atuação.

6- a guisa de informação, mostra-se a estatística do mês de outubro do serviço de Resgate:

total de chamados: 233

discriminação	:	134 particulares
		83 das delegacias
		12 pelo COPOM
		3 dos ambulatórios
		1 do Centro de Saúde

e- AVALIAÇÃO.

a- Estatística.

Elaborou-se um programa de informação capaz de fornecer dados de produção do serviço de Emergência através da criação do Boletim de Entrada, Mapa Diário e Mapa Mensal, o qual, à guisa de exemplo, transcreve-se com os dados do mês de outubro:



BOLETIM MENSAL

MÊS _____

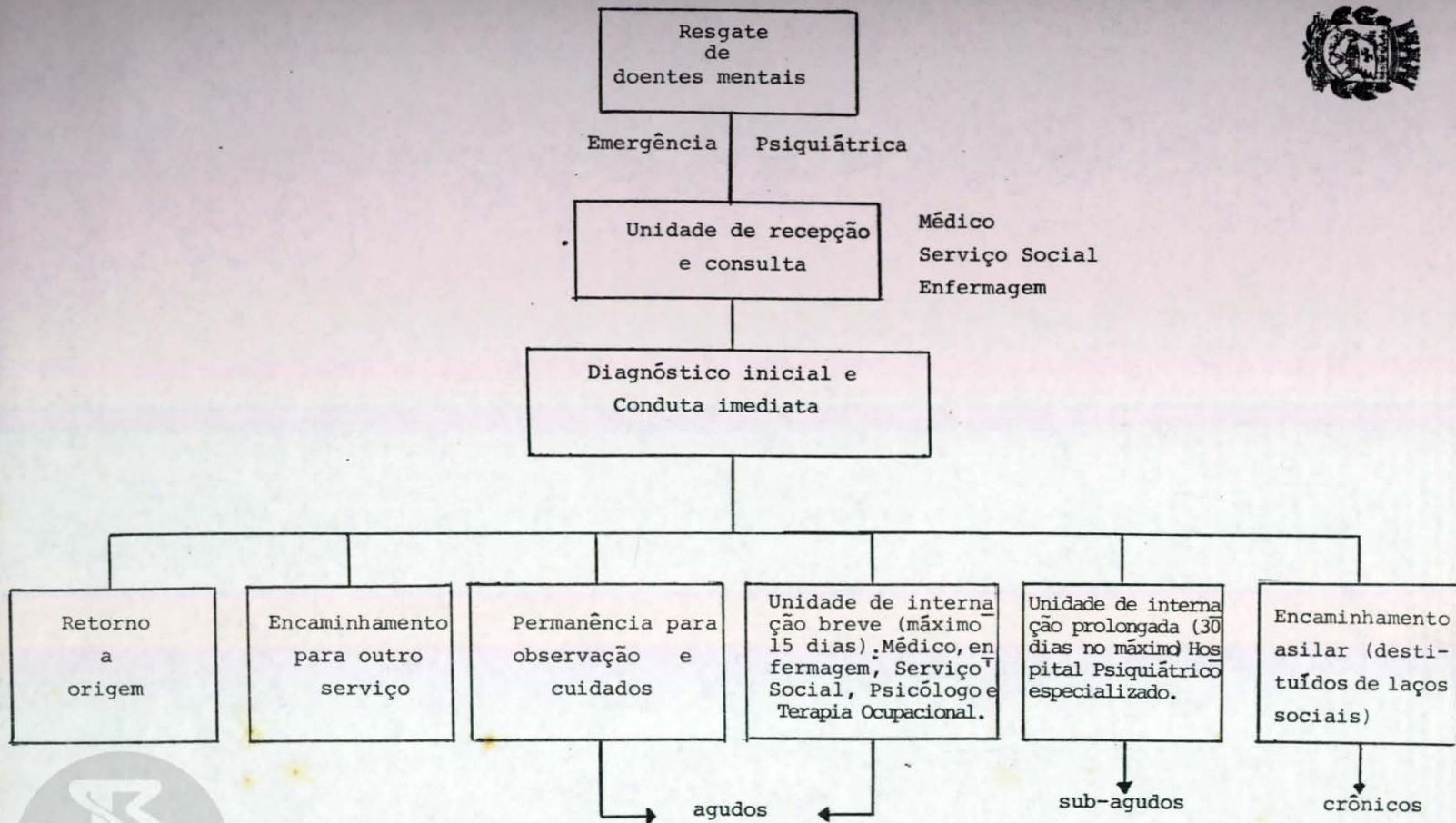
	Providenc.		ALTAS			INTERNAÇÕES		
	SIM	NÃO	0 - 14	14-29	30 ou +	0 - 14	14 - 29	30 ou +
Encaminhamentos pela UBS/AMB.	1	0	0	0	1	0	0	0
Encaminhamentos pelas Delegacias	11	46	0	21	28	0	4	1
Encaminhamentos por H. Geral ou demais P.S.	9	30	1	7	31	0	0	0
Encaminhamentos espontâneos/outros	235	259	3	166	279	0	15	24
TOTAL	256	335	537			44		

FONTE: P.S. do Mandaqui

OBS: 3 internações de idade ignorada encaminhamento espontâneo.

7 altas - idade ignorada encaminhamento delegacia.

DATA: Outubro/1985.



INSTITUTO BUTANTAN
A serviço da vida



IV - HOSPITAL PINEL.

Próprio do Estado e localizado em Pirituba, constitui a referência terciária do Projeto. Fornece retaguarda hospitalar para a zona norte recebendo os pacientes encaminhados dos outros níveis de atenção, principalmente dos ambulatoriais e da Emergência.

Antes do início deste Projeto era um hospital exclusivamente de pacientes do sexo feminino os quais, na quase totalidade, crônicos. Cronificado e cronificante, tinha grande número de pacientes que estavam há mais de 10 ou 15 anos internados, mantendo inclusive um certo número de "pacientes-moradoras" de longuíssima data, muitas já sem referência familiar ou social. Chegou a ter 320 leitos.

O trabalho inicial foi de tentar descronificar e democratizar o hospital, o que significou a necessidade de transferência de certo número de pacientes para outros nosocomios de Estado e o início de uma série de reuniões e discussões sobre sua nova fase, quando se tentava fazer que as decisões fossem de fato discutidas e tomadas pelos profissionais que lá trabalhavam.

Embora haja ainda um bom número de pacientes crônicas, modificações substanciais aconteceram. No 1º semestre deste ano o Hospital Pinel deu 272 altas (antigamente não chegava a 10% desse número em um ano). Passou a ter clínicas de pacientes agudos masculinos e femininos e reduziu significativamente o tempo médio de internação (hoje oscilando, em média, em torno de um mês).

O hospital passa atualmente por um processo complexo de profundas transformações. De lugar tradicionalmente central do tratamento psiquiátrico (e teoricamente espaço de cura "mais nobre" onde se realizaria a "verdadeira" psiquiatria) passa a ser o nível terciário de um todo mais amplo (ou seja, deixa de ser o centro gravitacional, para ser apenas mais um lugar de cura entre outros).



Além de sua óbvia função de retaguarda e de procurar a remissão rápida dos pacientes aí internados - o que vem sendo feito com eficiência - o hospital se interroga ' agora sobre o papel a desempenhar no presente contexto. Colocam-se instigantes questões em torno da democratização da estrutura de funcionamento de uma instituição que procura ser "menos total", fazem-se tentativas de autogestão em determinados setores, de gestão democrática mas dirigida pelos técnicos em outros setores, discute-se e ensaia-se multidisciplinariedade, vive-se em um clima de muita efervescência, de grande mobilidade afetiva e intelectual; em resumo busca-se produzir - idéias novas para a nova realidade, com todas as suas alegrias e dificuldades.



CONCLUSÃO.

O que vem sucintamente relatado nas páginas anteriores é o fruto do trabalho conjunto e organizado de grande número de trabalhadores de saúde mental, desde técnicos de nível universitário até serviçais de modesta formação. Além dos resultados concretos - que são menos modestos se se pensar no tamanho da tarefa a executar - o intento é modificar a mentalidade e imprimir na prática o novo ideário do trabalho com saúde-doença mental entre nós, com a visão totalizadora do paciente e consequente enriquecimento da orientação terapêutica. A linha, convém repetir, é de evitar internações desnecessárias, criar práticas do trabalho não cronificadoras, atender através da multidisciplinariedade a causação múltipla do transtorno mental, não psiquiatrizar o não necessário; para tanto integramos e coordenamos recursos, caminhamos no sentido de regionalização e visamos estabelecer programas que contemplem os três níveis de atenção. Iniciamos a criação de espaço na rede de saúde pública que seja progressivamente utilizado para formação de pessoal especializado em saúde mental dentro dessa nova ideologia.

Até agora o Projeto pode contar com a integração, a nível de trabalho, do INAMPS, que compareceu com recursos financeiros para contratação de pessoal, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa que tem realizado o estágio de seus estudantes e residentes de psiquiatria em unidades da Zona Norte. A Secretaria de Estado da Saúde fornece a maior parte dos equipamentos instalados, a Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, entra com outros equipamentos - a infraestrutura para os trabalhos de coordenação e supervisão e boa parte do pessoal técnico. Assim temos no Hospital Pinel: 3 psiquiatras, 3 enfermeiros, 1 terapeuta ocupacional, 4 assistentes sociais. Nos 3 ambulatorios (Jaçanã, Mandaqui e Pirituba): 5 psiquiatras, 2 terapeutas ocupacionais, 4 fonoaudiólogas, 1 psicóloga, 4 assistentes sociais, 1 enfermeiro. Nos Centros de Saúde (C.S. I Freguesia do Ó, C.S. II Pirituba): 2 psiquiatras, 4 psicólogas.



A expectativa é que com o nível atual de desenvolvimento e o nível de consciência participativa dos profissionais envolvidos, esta experiência não venha a ser descontinuada, mas progressivamente solidificada, contribuindo para ' uma recente mudança da ótica de prestação de serviços em saúde' mental.



INSTITUTO
BUTANTAN
A serviço da vida

ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROJETO DE SAÚDE MENTAL DA ZONA NORTE EM 1985

