

Programas de atendimento ao paciente psicótico-ambulatorio de saúde mental

○ Ambulatório de Saúde Mental Centro, atualmente, faz parte do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde de São Paulo (SUDS-SP) que presta assistência à população residente na área central do município de São Paulo. Seus usuários são pacientes de ambos os sexos, em faixa etária a partir de 4 anos. São oferecidos os seguintes programas de atendimento: infantil, de epiléticos, de neuróticos, de alcoolistas e de psicóticos.

Atende atualmente cerca de 1.300 pacientes, com uma demanda diária de aproximadamente 60 pessoas.

Ao chegar, o cliente passa por uma triagem, onde são levantados os dados iniciais. A seguir, é encaminhado para o programa de atendimento mais indicado.

O Programa de Atendimento ao Paciente Psicótico foi implantado em 1983, coincidindo com a publicação da *Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e Ambulatórios de Saúde Mental* pela Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo.

Contava inicialmente com uma equipe composta por um psiquiatra, duas psicólogas e um assistente social. Alguns pacientes diagnosticados como psicóticos passaram a ser tratados por esta equipe, e outros continuaram a ser atendidos da forma anterior. Não havia um critério para este encaminhamento. Com o passar do tempo o número de pacientes atendidos pelo Programa foi gradativamente aumentando. Sua equipe também cresceu. Atualmente conta com uma enfermeira, duas psicólogas, dois terapeutas ocupacionais, dois psiquiatras e uma assistente social. Propõe-se a prestar “uma atenção contínua e abrangente levando em consideração os aspectos biopsicossociais, ou seja, os aspectos psicodinâmicos, pragmáticos e os laços familiares”, através da “utilização de recursos que possibilitem a estruturação e o fortalecimento egóico”. Procura dar condições para que o paciente compreenda e integre os núcleos psicóticos, estimulando o desenvolvimento de “aspectos internos mais preservados e a vinculação com o meio ambiente”.

Doris Broide Fridman, terapeuta ocupacional.

* Este trabalho contou com a colaboração dos membros da equipe terapêutica do Programa de Atendimento ao Paciente Psicótico: Celia Maria Sivalli Campos, Leonardo José Costa de Lima, Nadirce dos Santos, Raquel Elizabeth Pires, Stella Maria Teixeira Cerquinho Malta e Virginia Célia Campolim Miranda.

Seus objetivos são:

- a) Dar assistência ambulatorial ao paciente psicótico, considerando os aspectos psicodinâmicos da doença.
- b) Desenvolver um trabalho multiprofissional de atendimento, propiciando vários tipos de abordagens terapêuticas, de forma a respeitar os diferentes momentos vividos pelo paciente.
- c) Evitar, dentro do possível, a hospitalização do paciente psicótico, restringindo-a àqueles que pelo momento de crise não podem ser contidos ambulatorialmente.
- d) Trabalhar o paciente como um todo, buscando a integração dos conteúdos dissociados, e enfocando primordialmente os aspectos sadios.
- e) Evitar a cronificação¹.

A clientela atendida compõe-se de pacientes adultos de ambos os sexos, egressos de hospitais ou encaminhados por outros serviços como: INAMPs, Hospital das Clínicas, Santa Casa, Centro de Saúde, CETREM etc... (a demanda espontânea é pouco significativa). São portadores de diagnósticos de psicose, excetuando-se aquelas cuja etiologia é decorrente do uso de etílicos e drogas.

A atuação da equipe passa por dois momentos: a fase diagnóstica e o tratamento propriamente dito. A metodologia de trabalho foi evoluindo no decorrer do período estudado. Inicialmente o diagnóstico e o encaminhamento eram realizados pelos médicos através de consultas individuais e com os familiares. Em 1987 foi introduzido um novo recurso diagnóstico: o "Grupo de Avaliação". O cliente passava por uma consulta psiquiátrica, onde era elaborada uma primeira hipótese diagnóstica e a indicação da terapêutica psicofarmacológica. Posteriormente participava de três sessões grupais com outros profissionais da equipe. Simultaneamente, seus familiares participavam de um grupo com famílias coordenado por outros dois profissionais da equipe. Com este procedimento obtinham-se dados a respeito da história de vida, e de aspectos psicodinâmicos do paciente e do grupo familiar em que este estava inserido. Tais informações eram dis-

cutidas em reunião da equipe, quando eram determinadas as condutas a serem adotadas no tratamento. Atualmente, a vinculação com a instituição é realizada através do contato com dois profissionais da equipe que posteriormente marcam a primeira consulta médica.

O tratamento é visto como um *processo* no qual o paciente passa por diversas fases. Tem-se como proposta a participação constante dos familiares através de atendimentos grupais. Conta com as seguintes propostas de atendimento: acompanhamento psiquiátrico, terapia ocupacional, grupo operativo, atendimento psicoterapêutico e atendimento familiar. Os atendimentos grupais são priorizados na medida em que possibilitam o atendimento de maior demanda e que seu valor terapêutico é reconhecido.

O tratamento medicamentoso é prescrito em atendimentos individuais ou durante os grupos operativos ou psicoterápicos, quando presididos por um psiquiatra. Durante a consulta médica procura-se sensibilizar o paciente e sua família para a compreensão dos aspectos psicodinâmicos envolvidos na problemática; avaliam-se as condições psíquicas do paciente, e faz-se a prescrição da medicação.

A ação da Terapia Ocupacional dentro do Programa paulista se no uso da comunicação não-verbal, e no entendimento da dinâmica estabelecida na relação paciente-atividade-terapeuta. Utiliza atividades expressivas, estruturadas e lúdicas, realizadas em atendimentos individuais e grupais. Visa abordar o paciente como um todo, lidando com seus aspectos ditos *doentes* e estimulando o desenvolvimento de partes radicais presentes em sua ação cotidiana. Favorece a obtenção de dados através da comunicação verbal, o que vem complementar a percepção do caso pela equipe.

São indicados para os grupos de Terapia Ocupacional os pacientes com comunicação verbal pouco elaborada, e/ou que possuem alteração no pragmatismo. Alguns indivíduos, no início do processo terapêutico, não apresentam ainda condições para convivência com um grupo; outros necessitam, no momento, o estabele-

¹ Programa de Atendimento ao Paciente Psicótico do Ambulatório de Saúde Mental Centro. Trabalho elaborado pela equipe terapêutica (São Paulo, 1987).

cimento de uma relação dual com o terapeuta. Nestes casos são oferecidos atendimentos individuais pelo período indispensável, sendo feito encaminhamento para os grupos assim que possível.

Os grupos operativos têm como objetivo abordar, de forma verbal, aspectos ligados ao dia-a-dia, propiciando a organização no tempo e no espaço. Para eles são encaminhados os pacientes que já atingiram algum desenvolvimento nessa forma de expressão, mas apresentam dificuldades de socialização e organização da vida diária. Propiciam “um espaço onde o paciente pode conversar a respeito de suas vivências, buscando o fortalecimento de seu ego, o desenvolvimento de seu potencial produtivo e de sua socialização”. Utiliza-se de abordagem diretiva mesclada com momentos em que os conteúdos emergentes são tratados de forma interpretativa. Preocupa-se em desenvolver a interação grupal, “no sentido de propiciar um espaço continente para que os pacientes possam experienciar suas vivências”².

Quando o paciente adquire a capacidade de confrontar-se com seus conteúdos emocionais e debatê-los, é encaminhado para os grupos psicoterápicos, onde estes temas são abordados com maior profundidade. Suas vivências internas são apontadas e interpretadas. Visa-se desta forma a “maior integração dos aspectos dissociados da personalidade”.

O atendimento familiar baseia-se no pressuposto de que o paciente psicótico é o elemento emergente de uma dinâmica familiar patológica. Por outro lado, a sua presença provoca uma “desestruturação nas relações familiares”. Desta forma, o trabalho tem como objetivos: dar continência e aliviar tensões intrafamiliares. Trabalha com a angústia, procurando fortalecer o ego dos elementos do grupo, e instrumentá-los para o convívio com este indivíduo. Para isto são realizados atendimentos individuais e grupais onde são abordados temas ligados ao paciente, sua doença e a interação na família.

No decorrer do ano de 1987, foram introduzidas novas atividades que vieram enriquecer o trabalho da equipe. Foram realizados passeios e uma festa de Natal como forma de entrar em contato com a comunidade, ampliar o espaço vivencial, e

propiciar a descoberta das possibilidades das atividades recreativas.

Material e Métodos

Foram analisados os dados contidos nos prontuários de 720 casos de pacientes psicóticos matriculados no Ambulatório de Saúde Mental Centro, durante o período de 1983 a 1987. Excluem-se os casos de Psicose Alcoólica e aquelas desencadeadas por uso de drogas.

Desta população, 345 casos foram assistidos pelo Programa de Atendimento ao Paciente Psicótico e classificados como segmento A. Os outros 375 foram incluídos no segmento B. Estes foram atendidos por médicos não vinculados ao Programa, tendo como conduta única o tratamento medicamentoso.

Em 1983, com a criação do Programa, os pacientes psicóticos passaram gradativamente a ser atendidos dentro do referido Programa. A inclusão dos pacientes em cada um destes grupos deu-se de forma aleatória. Procurou-se, a seguir, a trajetória de todos os pacientes dentro do tratamento, a fim de se determinar o seu resultado.

O estudo divide-se em quatro etapas:

- a) caracterização da população em função do número de pacientes matriculados, sexo, idade e número de internações prévias ao tratamento;
- b) comparação dos resultados do tratamento nos segmentos A e B, tendo como critérios: aderência, número de internações durante o tratamento e forma de encerramento destas;
- c) avaliação dos resultados obtidos pelo Programa no decorrer do período estudado, através da análise da trajetória dentro das várias formas de atendimento oferecidas;
- d) comparação dos resultados obtidos dentro do segmento A, entre os pacientes que se submeteram apenas a tratamento medicamentoso, e aqueles que também participaram de outras formas de atendimento.

Os resultados assim obtidos foram tratados estatisticamente. Na determinação da probabilidade de não abandonar o tratamento durante o período de 24 meses, nos segmentos A e B, foi aplicada a técnica da “Tábua de Vida” (*Life Table*).

2 Programa de Atendimento ao Paciente Psicótico (São Paulo, 1987).

Conclusões

A população de pacientes psicóticos atendidos no Ambulatório de Saúde Mental Centro decresceu durante o período estudado.

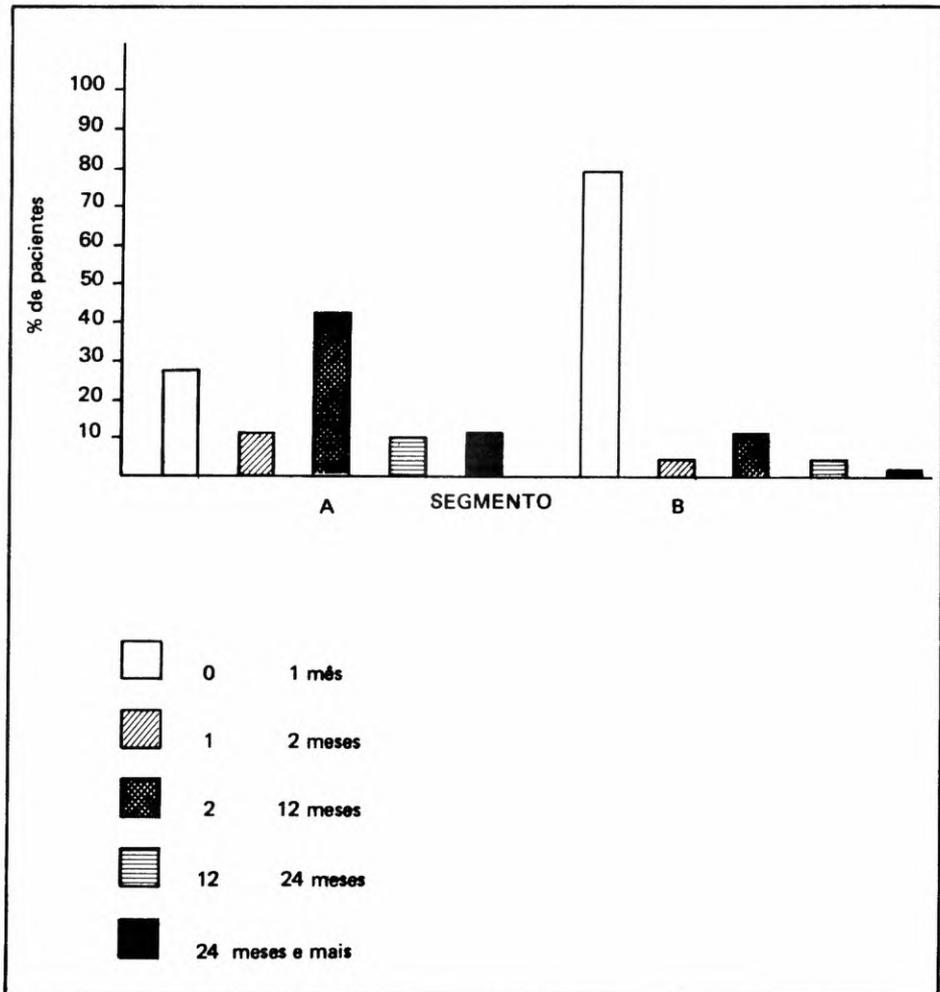
A clientela dos segmentos A e B possuía características semelhantes quanto à faixa etária (predominância de pacientes com idades entre 20 e 30 anos) e ao sexo (ambos possuíam população masculina e feminina estatisticamente iguais). Por outro lado, o segmento A apresentou maior número de internações prévias ao tratamento, o que indica um prognóstico menos promissor. Apesar deste fato, o número médio de internações durante o tratamento no grupo A (0,17%) foi estatisticamente inferior ao do B (0,48%). O que indica que

a metodologia de trabalho do Programa de Atendimento ao Paciente Psicótico foi eficiente em evitar internações.

Em relação à interrupção do tratamento (ver figura 1) verificou-se que:

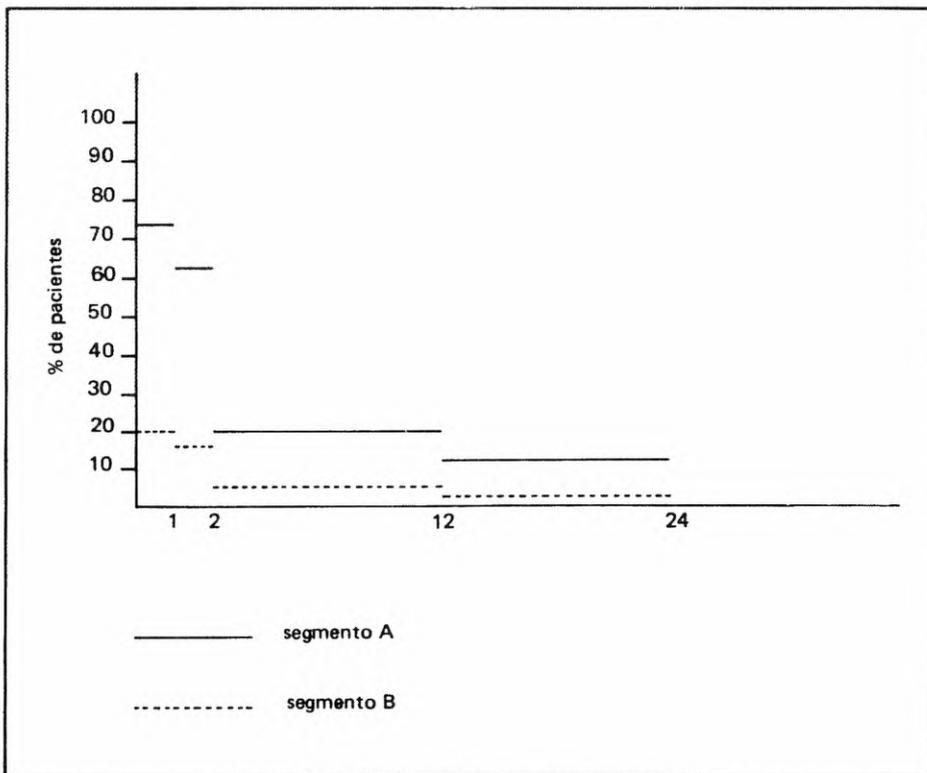
- a) a porcentagem de pacientes do segmento A que interromperam o tratamento durante o primeiro mês (21,2%) foi menor do que no segmento B (79,7%);
- b) o tempo de aderência mais freqüente no segmento A foi de 2 a 12 meses, enquanto que no segmento B foi inferior a um mês;
- c) a aderência média em A (7,43 meses) era estatisticamente superior a do segmento B (2,30 meses).

Assim, a aderência no segmento A era maior do que no segmento B.



Fonte: Coleta de dados

Figura 1. Distribuição dos pacientes matriculados no período 83/87, segundo aderência ao tratamento nos segmentos A e B, ASMC, SP.



Fonte: Levantamento de dados

Figura 2. Distribuição dos pacientes matriculados no período 83/87, segundo a probabilidade acumulativa (P) e não interromper o tratamento, para os segmentos A e B, ASMC, SP.

Da mesma forma, a probabilidade de não abandonar o tratamento durante o período de 24 meses era maior no segmento A do que no B (ver figura 2).

Os motivos de interrupção do tratamento foram abandono, encaminhamento e alta. Em ambos os segmentos, os resultados são semelhantes: existe uma alta incidência de abandonos (para A, 91,2% e, para B, 97,3%), vindo a seguir os encaminhamentos, e baixa frequência de altas (para A, 2,7% e, para B, 2,9%).

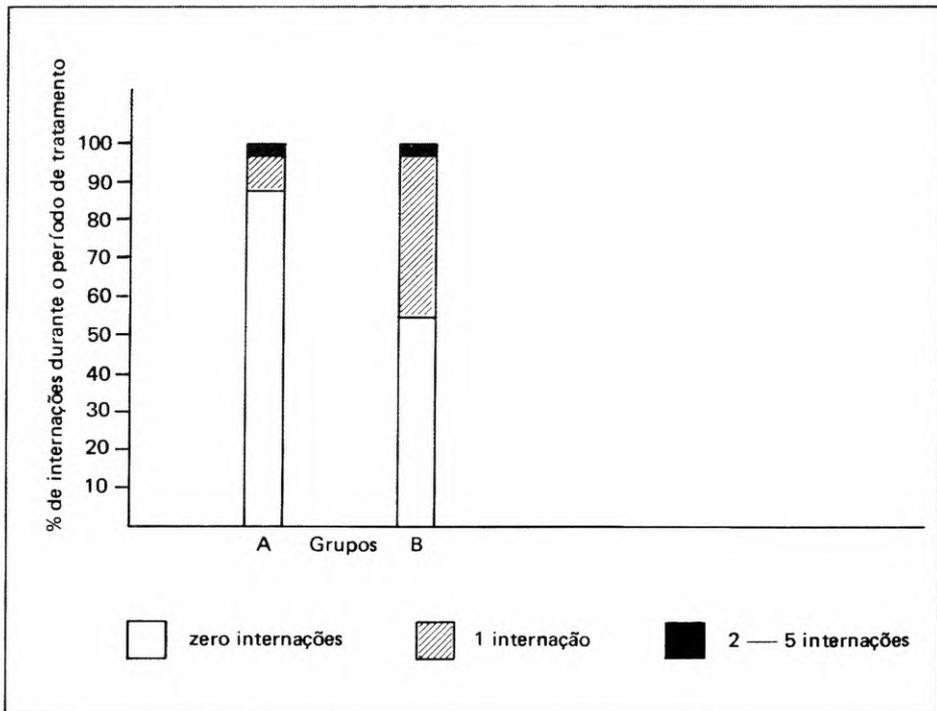
Portanto, apesar da frequência de abandonos ser semelhante para ambos os segmentos, os pacientes do segmento A permaneceram vinculados ao tratamento por um período de tempo mais longo.

Analisando os dados relativos ao Programa de Atendimento ao Paciente Psicótico, verificou-se:

- a) alta incidência de casos de não-internação durante o tratamento (87,79%). Houve baixa incidência dos raros casos que necessitaram de internação (ver figura 3);
- b) os pacientes participaram de várias

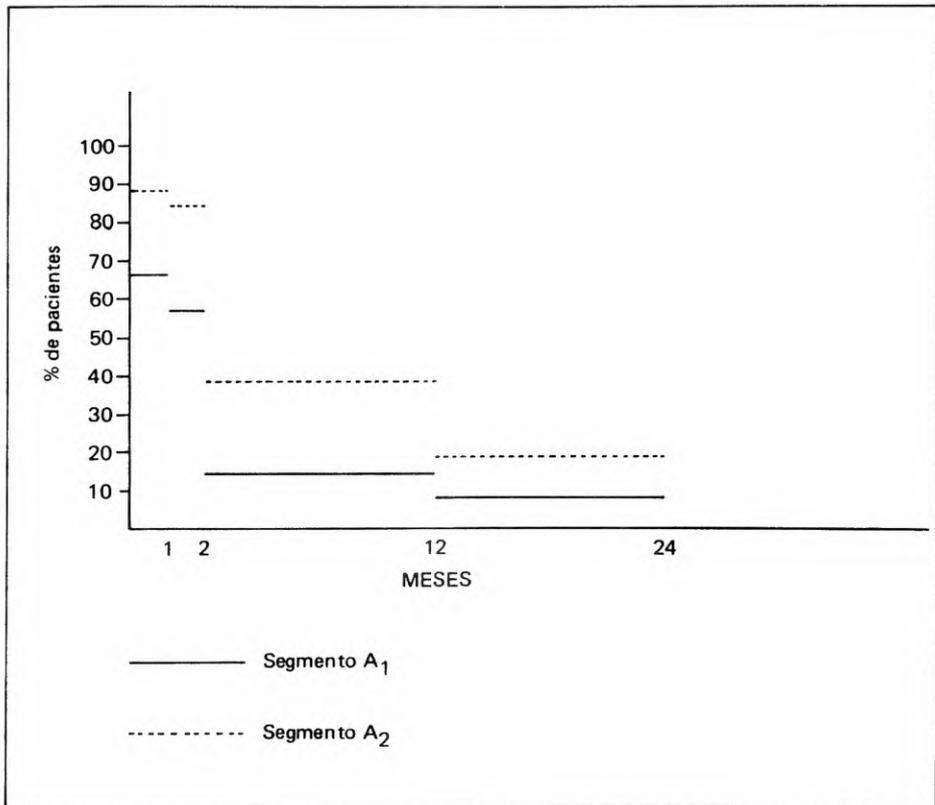
formas de atendimento simultaneamente;

- c) a quase totalidade deles submeteu-se a tratamento medicamentoso (93,0%);
- d) na época em que a avaliação era realizada durante a primeira consulta médica, era grande o número de pacientes que passava por esta fase de tratamento. Quando a avaliação passou a ser realizada no "Grupo de Avaliação", apenas 38,5% dos casos novos foram encaminhados para a avaliação multidisciplinar;
- e) a terapia medicamentosa constituiu-se na abordagem mais utilizada. As outras formas de atendimento atingiram um número bem menor de clientes;
- f) as interrupções do tratamento não apresentaram alterações significativas na frequência, no decorrer do período estudado, com exceção do ano de 1985. Neste ano, houve um aumento de interrupções durante o primeiro mês de tratamento;
- g) houve um aumento significativo de pacientes que permaneceram aderidos ao Programa por um intervalo, entre 2 e 12 meses, durante o período estudado:



Fonte: Levantamento de dados

Figura 3. Distribuição dos pacientes matriculados no período 83/87, segundo número de internações durante o tratamento nos segmentos A e B, ASMC, SP.



Fonte: Coleta de dados

Figura 4. Distribuição dos pacientes matriculados no período 83/87, segundo a probabilidade acumulativa (P) de não abandonar o tratamento, nos segmentos A₁ e A₂, ASMC, SP.

- h) em grande número de casos (82,0%), não havia informações relativas aos motivos de abandono do tratamento;
- i) no restante dos casos, levantaram-se as seguintes causas: mudança de município ou estado (9,3%), horário de atendimento (4,0%), internação (2,9%), o paciente não deseja dar continuidade ao tratamento (1,2%), a família não deseja dar continuidade ao tratamento (0,6%);
- j) a aderência para cada forma de tratamento (terapia ocupacional, grupo operativo, tratamento medicamentoso e psicoterapia) era bastante semelhante. A maior porcentagem dos casos permanece vinculada ao tratamento por um intervalo de tempo de 2 a 12 meses;
- l) os dados relativos à aderência para orientação familiar eram imprecisos, o que não permitiu uma análise a respeito deste item;
- m) os pacientes do segmento A que se submeteram à terapêutica medicamentosa, associada a outras formas de atendimento, apresentaram menor porcentagem de interrupções durante o primeiro mês de tratamento (11,7%), do que aqueles que se submeteram à terapêutica medicamentosa isoladamente (33,7%);
- n) houve maior probabilidade de não abandonarem o tratamento os pacientes que se submeteram à terapêutica medicamentosa, associada a outras formas de tratamento, durante o período de 24 meses, do que aqueles que se submeteram à terapêutica medicamentosa isoladamente (ver figura 4).

BIBLIOGRAFIA

- BEZERRA JUNIOR, B. et alii. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1987.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Programa de reorientação da assistência psiquiátrica*. MPAS/CONASP, Brasília, 1983.
- CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, Livraria Ateneu, 1984.
- DIRETRIZES PARA A ÁREA DE SAÚDE MENTAL. *Saúde no Brasil*, 1 (3):174-5, jul. set. 1983.
- JUNQUEIRA, L. A. P. et alii. *Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental: algumas questões e sugestões*. São Paulo, FUNDAP, 1981.
- PITTA-HOISEL, A. M. *Sobre uma política de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1984.
- SÃO PAULO. Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo. Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e ambulatórios de saúde mental. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, 18, nº especial, 1983.

RESUMO

O Programa de Atendimento ao Paciente Psicótico do Ambulatório de Saúde Mental Centro tem como proposta uma atuação abrangente através do trabalho em equipe multidisciplinar. A partir da análise dos dados contidos nos prontuários de todos os pacientes psicóticos matriculados neste ambulatório, durante o período de 1983 a 1987, verificou-se que aqueles que foram atendidos dentro do Programa apresentaram menor número de internações durante o tratamento, e permaneceram vinculados à instituição por um intervalo de tempo maior do que aqueles que não o foram. Demonstrou-se também que a aderência ao tratamento e a probabilidade de não abandoná-lo durante o período de 24 meses era maior para os pacientes que se submeteram ao tratamento com psicofármacos associados à abordagem psicodinâmica.

ABSTRACT

The Program of Attention to the Psychotic Patient attending to the Central Mental Health Ambulatory has, as its proposal, a comprehensive operational approach through a multidisciplinary working-team. From the data analysis on the medical promptuaries concerning all psychotic patients enrolled into this Ambulatory from 1983 to 1987, one can observe that those patients attended by the Program were the ones who presented a lesser member of internships during the treatment and who maintained themselves vinculated to the Institution for a greater lenght of time, compared with those patients who had been not attended by the Program. One can also see that the compliance to the treatment as well as the likelihood of not deserting from it during a 24 month-period were greater for the patients who complied themselves with a psychodynamic approach.