

**ADEQUAÇÃO DA DEMANDA ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE  
FILTROS NO ATENDIMENTO DO SERVIÇO PSICOSSOCIAL DE  
VARGINHA – MG**



Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção

**ADEQUAÇÃO DA DEMANDA ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE  
FILTROS NO ATENDIMENTO DO SERVIÇO PSICOSSOCIAL DE  
VARGINHA – MG**

**Rejane Thecla Rodrigues**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Engenharia de  
Produção da Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre em  
Engenharia de Produção.

Florianópolis  
2001

**Rejane Thecla Rodrigues**

**ADEQUAÇÃO DA DEMANDA ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE  
FILTROS NO ATENDIMENTO DO SERVIÇO PSICOSSOCIAL DE  
VARGINHA – MG**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de **Mestre em Engenharia de Produção** no **Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção** da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 24 de agosto de 2001.

---

Prof. Ricardo Miranda Barcia, Phd.  
Coordenador

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Edis Mafra Lapolli, D<sup>ra</sup>.  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Sonia Maria Pereira, Msc  
Tutora de Orientação

---

Prof. Antonio Francisco Fialho, Dr.

---

Prof. Glaycon Michels, Dr.

---

Prof. Stéfano Barra Gazzola, Msc

A meu esposo, Dagoberto pelo apoio constante.

A meus filhos, Henrique e Julia por aceitarem meus  
momentos de ausência.

Aos meus pais, Renato e Cândida, pelo incentivo de toda uma vida.

## Agradecimentos

À Universidade Federal de Santa Catarina,  
À orientadora Edis Mafra Lapolli e à tutora Sonia Maria Pereira, pela dedicação,  
empenho e acompanhamento recebido neste percurso,  
Aos professores do curso de Pós-Graduação,  
Aos colegas do Serviço Psicossocial,  
Aos funcionários da Prefeitura Municipal de Varginha,  
A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria o acesso ao sentimento de amor à vida dos seres humanos, à consciência de aprender tudo que nos foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria dos erros que foram cometidos, com os sinais para que não mais se repetissem.

A capacidade de escolher novos rumos, deixaria para você se pudesse, o respeito àquilo que é indispensável: além do pão, o trabalho, a ação.

E, quando tudo mais faltasse para você, eu deixaria, se pudesse, um segredo, o de buscar no interior de si mesmo o respeito e a força interior para encontrar a saída”.

(Mahatma Gandhi)

## Sumário

Lista de Figuras .....	viii
Lista de Quadros .....	ix
Lista de Tabelas .....	x
Lista de Reduções .....	xi
Resumo .....	xii
Abstract .....	xiii
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	
1.1 Apresentação .....	1
1.2 Justificativa e importância do trabalho .....	4
1.3 Delimitação do estudo .....	6
1.4 Objetivos .....	7
1.4.1 Geral .....	8
1.4.2 Específicos .....	8
1.5 Estrutura do trabalho .....	9
<b>2 ORGANIZAÇÕES E SAÚDE MENTAL</b>	
2.1 Considerações iniciais .....	10
2.2 Crise e paradigma .....	11
2.3 Histórico das propostas organizacionais .....	15
2.4 A informação em saúde .....	23
2.5 Saúde mental .....	24
2.5.1 Histórico .....	24
2.5.2 Demanda .....	28
<b>3 O SERVIÇO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE VARGINHA</b>	
3.1 Considerações iniciais .....	32
3.2 Apresentação do município .....	33
3.3 Histórico do serviço .....	34
3.4 Objetivos da organização .....	41
3.5 Estrutura funcional .....	42
3.6 Recursos físicos .....	46
3.7 Recursos humanos .....	46
3.7.1 Carga horária .....	47
3.7.2 Funções e tipos de atendimentos dos membros da equipe .....	47
3.7.3 Coordenação e chefia .....	49
3.8 Distribuição de poder; gerenciamento e informação na empresa .....	49
3.9 Mão-de-obra, produtividade e controle de produção .....	51
3.9.1 Sistema de controle de produção .....	51
3.9.2 O sistema de informação .....	52
3.9.3 Sistema de controle pessoal .....	53
3.10 Sistemas de premiação e recompensa .....	54
3.10.1 Produtividade (Lei n <sup>o</sup> . 3.251) .....	54
3.11 Administração central versus administração interna .....	55
3.12 Clientela .....	55
<b>4 METODOLOGIA</b>	



4.1 Considerações iniciais .....	57
4.2 Procedimentos metodológicos .....	58
4.2.1 Fase inicial .....	58
4.2.2 Coleta de dados .....	59
4.2.2.1 Diário de atendimento .....	59
4.2.2.2 Livro de triagem .....	59
4.2.2.3 Relatórios de controle de produção .....	60
4.2.2.4 Pesquisa em trabalhos referentes ao Serviço Psicossocial de autores diversos .....	60
4.2.2.5 Pesquisa de documentos e arquivos encontrados no local .....	60
4.2.2.6 Pesquisa bibliográfica através de livros, documentos, jornais e revistas .....	61
4.2.3 Implementação .....	61
4.2.3.1 Ações para implantação .....	61
4.3 Considerações finais .....	64
<b>5 APLICAÇÃO</b>	
5.1 Considerações iniciais .....	65
5.2 Desenvolvimento .....	65
5.3 Apresentação e análise dos resultados .....	81
<b>6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS</b>	
6.1 Conclusões .....	91
6.2 Recomendações para trabalhos futuros .....	100
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	102
<b>ANEXOS</b>	
1 Interrupção temporária do atendimento – início da implantação .....	106
2 Propostas de mudanças – início da implantação .....	107
3 Comunicado às UBS – início da implantação .....	108
4 Critérios para atendimento – início da implantação .....	109
5 Relatório da Reunião de discussão e avaliação do Projeto .....	110

## Lista de Figuras

Figura 3.1: Organograma da Prefeitura Municipal de Varginha .....	42
Figura 3.2: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde .....	43
Figura 3.3: Organograma do Serviço Psicossocial .....	44
Figura 3.4: Fluxograma do Serviço Psicossocial .....	45
Figura 4.1: Fluxograma de estratégias metodológicas .....	63
Figura 5.1: Gráfico: Progressão do número de Atendimento – 1992-2000 .....	67
Figura 5.2: Gráfico: Número de atendimentos – 1º. semestre – de 1999 à 2001.....	67
Figura 5.3: Gráfico: Incidência de casos – 1992-2000 .....	68
Figura 5.4: Gráfico: Progressão das incidências no 1º. semestre – 1999-2001 .....	69
Figura 5.5: Gráfico: Atendimentos individuais X grupos .....	79
Figura 5.6: Fluxograma do Serviço Psicossocial – Início do projeto .....	82
Figura 5.7: Fluxograma do Serviço Psicossocial – Fase de implantação .....	83
Figura 5.8: Fluxograma do Serviço Psicossocial – Fim do projeto .....	84
Figura 5.9: Gráfico consultas agendadas X faltas .....	88
Figura 5.10: Gráfico: percentual de faltas X agendamentos/mês .....	88
Figura 5.11: Gráfico: consultas atendidas X faltas no total do período .....	89

## Lista de Quadros

Quadro 5.1: Listas de Espera UBS .....	81
Quadro 5.2: Controle Listas Espera Serviço Psicossocial .....	81
Quadro 5.3: Modificações no Atendimento .....	90

## Lista de Tabelas

Tabela 5.1: Evolução no número de atendimentos .....	66
Tabela 5.2: Estudo do atendimento – 1º. semestre .....	67
Tabela 5.3: Incidência de casos .....	68
Tabela 5.4: Estudo da incidência – 1º. semestre .....	69
Tabela 5.5: Consultas realizadas (individuais e grupos) .....	79
Tabela 5.6: Influência das faltas nos atendimentos .....	87
Tabela 5.7: Influência das faltas nas consultas atendidas .....	89

## Lista de Reduções

### Siglas:

OMS – Organização Mundial da Saúde .....	01
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde .....	01
NOB-96 – Norma Operacional Básica .....	24
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial .....	26
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial .....	26
SUS – Sistema Único de Saúde .....	27
SSMPV – Setor de Saúde Mental da Policlínica de Varginha .....	28
SPS/VG – Serviço Psicossocial de Varginha .....	30
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística .....	33
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde .....	34
AIS – Ações Integradas de Saúde .....	35
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária	36
SSM/VG – Serviço Saúde Mental – Varginha .....	36
ABRAÇO – Associação Brasileira Comunitária para Prevenção do Abuso de Drogas .....	49
FUVAE – Fundação Varginhense de Excepcionais .....	49
FAC – Ficha Atendimento Complementar .....	51
CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – 10 <sup>a</sup> . revisão .....	52
UBS's – Unidades Básicas de Saúde .....	62
SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica .....	72
Portaria MS/GM – Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro .....	80

## Resumo

RODRIGUES, Rejane Thecla. **Adequação da demanda através da aplicação de filtros no atendimento do Serviço Psicossocial de Varginha - MG.** Florianópolis. 105f. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFCS, 2001.

O objetivo desta pesquisa é apresentar alternativas, a curto prazo, para influenciar a demanda ambulatorial no Serviço Psicossocial de Varginha através de alterações no modelo organizacional na direção de uma evolução planejada. Para atingir este objetivo partiu-se do pressuposto de que a demanda poderia sofrer adequação através da criação de meios de otimizar a entrada do paciente no Serviço. A implantação de critérios diagnósticos adequados, a exclusividade do encaminhamento e a restrição do número de vagas foram as alternativas escolhidas. Caracterizando-se como uma pesquisa ação participativa, o estudo empregou como instrumento a observação assistemática na vida real e contou com a colaboração ativa de toda a equipe de profissionais do Serviço no projeto. Os resultados apontam para a adequação quantitativa da demanda via mudança no atendimento por meio de filtros.

**Palavras-chave:** Demanda – Atendimento – Filtros – Burocracia – Serviço Psicossocial.

## Abstract

RODRIGUES, Rejane Thecla. **Adequação da demanda através da aplicação de filtros no atendimento do Serviço Psicossocial de Varginha - MG.** Florianópolis. 105f. Dissertação (mestrado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFCS, 2001.

The aim of this research is to present alternatives, in short term, so as to influence the existing ambulatorial demand in the Psychosocial Service in Varginha, through changes in the organizational pattern towards a planned evolution. To reach this goal we have taken for granted the assumption that the demand could adequacy through the creation of means to optimize the admission of the patient to the Service. The attainment of proper diagnosis criteria, the exclusiveness of the given direction and the restrictive amount of available counseling have been the chosen alternatives. As a research partaking action, this study has used as its tool the non-systematic observation of real life, and had the active support of all Service professional staff in the project. The results point at the quantitative adequacy of the demand through a change in the conduct by the use of filters.

**Key-words:** Demand – Conduct – Filters – Official procedure – Psychosocial Service.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Apresentação

A Organização Mundial da Saúde (OMS), vinculada às Nações Unidas, elegeu a saúde mental como tema do ano 2001. O objetivo é promover a conscientização mundial sobre a importância dessa questão para a saúde pública. E o dia 7 de abril deste mesmo ano – Dia Mundial da Saúde, foi inteiramente dedicado à Saúde Mental.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), apoiando esta iniciativa, está desenvolvendo um programa que, aproveitando a existência de um ano totalmente dedicado ao tema para aumentar a visibilidade da saúde mental entre países, busca a cooperação técnica para o desenvolvimento de políticas e planos de saúde mental, elaboração de programas comuns e apoios para atualização de sua legislação. Este ano também está investindo no desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental e de prevenção das doenças mentais, sobretudo no que diz respeito a crianças e na prevenção da depressão e do suicídio. Há ainda várias atividades destinadas à melhoria dos sistemas de informação e vigilância na área de saúde Mental (Venâncio, 2001).

Em uma pesquisa da OMS que cobriu 98,7% da população mundial, segundo dados obtidos na Folha de São Paulo de 08/04/2001, mostra que o problema da doença mental não recebe a devida atenção. Os doentes psiquiátricos acabam não tendo o tratamento adequado. Assim, de 181 países, 78 (43%) não tem política de atenção à saúde mental; 37 (23%) não têm legislação sobre a



questão; 69 (38%) não contam com serviços comunitários de ajuda médica e 73 (41%) não dão tratamento a distúrbios mentais severos (Abramczyk, 2001).

A OPAS e a OMS defendem uma política de saúde mental que trate os doentes mentais em unidades primárias e na comunidade. O desenvolvimento da saúde mental na comunidade e a transição para um modelo comunitário são fatos consensuais, decididos e determinadamente defendidos por estes organismos porque é o que a evidência científica mostra como o mais adequado e eficaz.

“Na maior parte do mundo, a situação dos cuidados de saúde mental é caracterizada por três intervalos e uma demora. Os intervalos se referem a tratamento (diferença entre os enfermos que recebem ou não tratamento), intervenções variadas (diferença entre as pessoas que recebem um tipo de intervenção e as que recebem atenção às suas necessidades específicas) e prevenção (diferença da prevalência de determinadas doenças em grupos comparáveis). O atraso se refere à demora em receber o tratamento necessário” (Bertolote, 2001, p.5).

E são nestes pontos, o atraso e a atenção às necessidades específicas, que esta dissertação pretende fazer sua inserção ativa de forma a colaborar com o Serviço em estudo, uma vez que no serviço público no Brasil a demanda é geralmente maior que a sua capacidade de absorção devido a diversos fatores. Entre estes fatores encontram-se os administrativos e os de capacitação profissional, sofrendo ainda o sistema em grande medida pela sua limitação de recursos para o atendimento e as próprias condições sócio-econômicas do povo brasileiro. A demanda aos serviços está sempre em ascensão, levando a dificuldade – demora – de atendimento para quem procura e sobrecarga de

trabalho para os profissionais da equipe. E se esta é uma questão primordial, não se pode deixar de lado que o atraso é também consequência, muitas vezes, de falta de conhecimentos e critérios em relação ao encaminhamento correto para que ocorra a intervenção específica.

O atual momento político-econômico, pouco voltado para o social, traz grandes preocupações e colabora negativamente para a promoção da saúde mental da população. A estabilidade social encontra-se ameaçada pelo desemprego, criminalidade, violência, falta de perspectivas de vida, enfim, fatores que colocam uma grande parte da população em risco de tornar-se portadora de transtornos mentais e a outra parte também a sofrer com as consequências sociais do modelo econômico vigente, temerosa pela sua segurança e estressada pelos aspectos competitivos exigidos pela vida moderna.

Nestas circunstâncias o sofrimento psíquico aumenta ocasionando a procura de meios para eliminá-lo ou minorá-lo que pode levar ao aumento da demanda pelos serviços de saúde mental, pois o ser humano está mais consciente que inúmeras mazelas podem ser aliviadas através de tratamentos médicos e/ou psicológicos.

De modo geral, em Varginha-MG, esta situação macroestrutural da sociedade brasileira se repete nas circunstâncias sócio-econômicas da população, o que torna imprescindível o conhecimento do Serviço Psicossocial do município para que se possa analisar este problema.

O aumento da demanda ambulatorial há muito vem inquietando toda a equipe multidisciplinar. Isto culminou em uma crise organizacional na atual estrutura

administrativa, causando inúmeras discussões, produções de textos e tentativas de mudanças.

Este contexto possibilitou o levantamento do problema da dissertação: como atuar na demanda ambulatorial para atendimento de forma a minimizar a atual crise organizacional e contribuir, ao mesmo tempo, para a convocação levantada pela OMS em relação à saúde mental neste ano?

## **1.2 Justificativa e importância do trabalho**

Os questionamentos levantados na apresentação levam ao entendimento que a realização deste trabalho é extremamente relevante, oportuna e atual, pois através da análise do funcionamento do serviço será possível detectar pontos de estrangulamento a partir dos quais é possível elaborar estratégias para melhorar o sistema, quer sejam: influenciar a demanda e/ou alterar a capacidade, se necessário.

Para Giansesi (1996) é difícil medir com precisão a capacidade de sistemas de serviços, pois dela normalmente faz parte a mão-de-obra, que é um recurso que apresenta problemas de absenteísmo, rotatividade e variação de produtividade. No entanto, quanto melhor for o resultado de planejamento de capacidade conseqüentemente será melhor o desempenho dentro dos critérios que são influenciados pela administração da capacidade: deve-se lembrar que os sistemas de serviços que são mais intensivos em mão-de-obra agregam capacidade gradativamente.

Para alterações da capacidade é necessário que se identifiquem onde estão os aspectos que são os limitantes do processo como um todo. É inútil despendar recursos com o aumento da capacidade de um ponto que não seja limitante, pois isso só trará ociosidade neste ponto. O uso destas alternativas deve ser pensado a partir de uma ótica estratégica não levando em conta a alternativa mais econômica.

Tratando-se o estudo da avaliação de um serviço público, uma hipótese no sentido de alterar a capacidade depende de recursos econômicos e de interesses políticos. Por isso influenciar a demanda ambulatorial pareceu a hipótese mais adequada às necessidades da atual crise no Serviço Psicossocial, uma vez que tal atitude depende de alterações estruturais e organizacionais internas.

O serviço pode adequar-se à demanda, adotar diretrizes para uma evolução planejada, enfim apresentar uma melhoria em seu sistema de qualidade.

Pode-se, ainda, reconhecer outros modelos de atendimento na região e/ou realidades semelhantes, ampliando o conhecimento acerca do assunto aqui delimitado. Pensar nas atuais formas de atendimento psicossocial do Serviço Público, na existência ou não de um modelo de atendimento ou se esse tipo de atendimento, depende dos profissionais envolvidos, de sua formação e de seu desejo de atuar criando “modelos” para as realidades locais.

A partir da melhoria do sistema descrito produz-se incremento de qualidade de vida para a população que necessita deste tipo de atendimento e para toda a equipe que fornece este serviço. O alcance no âmbito dissertativo aqui proposto encontra-se na obtenção da melhoria da qualidade de vida através da produção e aplicação dos conhecimentos aqui levantados.

Pelas razões apresentadas propõe-se como hipótese que a alteração na atual estrutura administrativa seja capaz de criar meios de otimizar a entrada do paciente no serviço para atendimento, principalmente psicológico, através de sistema de filtros como, por exemplo, critérios diagnósticos adequados, com uma primeira entrevista com resolubilidade, absorvendo o que for realmente determinado pela equipe e encaminhando adequadamente para outros serviços o que não for sua demanda, para que não se permita a longa e desnecessária fila de espera.

Busca-se, ainda, a implantação de um programa de formação contínua de transferência de conhecimento aos profissionais de apoio do sistema público de saúde de modo que dentro do planejamento e organização de Recursos Humanos, seja possível encaminhar de forma adequada, não levando em conta apenas as necessidades imediatas dos clientes, mas ressaltando, dentre outros, aspectos como diagnóstico, a gravidade, as formas e a duração do acompanhamento psicológico como prioridades para prestação de serviços específicos.

### **1.3 Delimitação do estudo**

A pesquisa tem sua base estrutural fundada em levantamento bibliográfico e documental, aliado à ação participativa. Ela objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigida à solução de problemas específicos ao envolver verdades e interesses locais voltados para administração do Serviço Psicossocial de Varginha (SPS/VG). O ambiente natural foi a fonte direta para coleta de dados por ser basicamente descritiva e construir seu conhecimento através da experiência. Os métodos de investigação incluíram a observação e a análise de material levantado.

É importante entender que quando se tem como objeto de estudo o próprio homem, a relação de conhecimento se estabelece entre iguais, pois o objeto e o sujeito do conhecimento coincidem. Assim, o critério de cientificidade passa a ser a intersubjetividade, pois o conhecimento é construído pelo sujeito e pelo objeto em uma relação dialética, conforme Celeri (1997). A realidade será entendida como o compreendido, o interpretado, o comunicado, não sendo, de maneira alguma, um fim em si mesma. Portanto, não se tratando de uma realidade única, existirão tantas realidades quantas forem as suas interpretações e comunicações, podendo alterar-se frente a novos fatos ou diretrizes apresentadas em pesquisas futuras.

Para atender aos propósitos aqui descritos, foram realizadas reuniões, discussões, apresentadas propostas, implantadas mudanças no atendimento etc. Todos estes aspectos serão detalhados na seção que recebe o nome de “Metodologia”.

## **1.4 Objetivos**

Esta pesquisa investigou o Serviço Psicossocial, com o propósito de verificar a viabilidade de adequação do atual modelo para atendimento, considerando que a demanda ambulatorial vem gerando uma situação de crise organizacional.

Entende-se que a partir de uma triagem otimizada e da oferta de meios para atualizar o conhecimento dos profissionais é possível influenciar a demanda ambulatorial, aumentando os limites e as possibilidades no campo da formação profissional no sentido da instrumentalização do sujeito.

Assim, levantam-se os objetivos delimitados a seguir.

#### 1.4.1 Objetivo geral

- Contribuir com as diretrizes atuais do Serviço Psicossocial de Varginha apresentando alternativas para influenciar a demanda ambulatorial a curto prazo, possibilitando alterações no modelo organizacional na direção de uma evolução planejada.

#### 1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar na estrutura organizacional do Serviço Psicossocial de Varginha pontos que possam influenciar a absorção da demanda;
- Identificar se a estrutura organizacional burocrática do serviço tem contribuído para interferir negativamente na capacidade de atendimento;
- Identificar se o Serviço apresenta objetivos adequados à atual realidade dos Serviços Psicossociais;
- Identificar as necessidades profissionais da equipe técnica do Serviço Psicossocial e da equipe de apoio interna e externa, associando-as à questão da demanda;
- Aplicar nos procedimentos do modelo organizacional do Serviço Psicossocial aspectos filtrantes para alteração da demanda;
- Avaliar a aplicação nos procedimentos que visaram alterações na demanda a curto prazo de forma a atender o objetivo geral desta dissertação.

### 1.5 Estrutura do trabalho

Determinado o método, resolveu-se dividir a pesquisa em 6 seções:

Seção 1, que contém uma introdução sobre os aspectos estudados e analisados tendo como campo de pesquisa o Serviço Psicossocial, com a origem e importância do trabalho, definição do problema, levantamento da hipótese, e descrição dos objetivos.

A seção 2, versa sobre Organizações e Saúde Mental, apresentando a mudança de paradigma para o atendimento nessa área, bem como histórico e propostas organizacionais sobre saúde mental.

A seção 3 apresenta o Serviço Psicossocial do Município de Varginha, sendo possível ao leitor entrar em contato com o histórico, os objetivos e o formato atual do Serviço gerando as bases para o estudo em questão.

Na seção 4 informa-se a Metodologia, descrição dos métodos e procedimentos empregados para que fossem atingidos os objetivos desta dissertação.

Na Seção 5 aparece a aplicação do projeto, onde são feitas as análises e discussões sobre o tema levantado e apresentados os resultados tendo por base a metodologia descrita na seção 4.

Finalmente, a conclusão e as recomendações para trabalhos futuros ficam restritas à seção 6, que encerra a estrutura literária ora proposta. Em seguida, são listadas as referências bibliográficas e constam os anexos.



## 2 ORGANIZAÇÕES E SAÚDE MENTAL

### 2.1 Considerações iniciais

Até que ponto a adoção de teorias organizacionais de gerenciamento clássicas fundamentadas na racionalidade instrumental e estrutural pode contribuir para a transformação de organizações em crise gerando mais efetividade na prestação de serviços e agregação de valor? Para responder a esta questão, cumpre inicialmente esclarecer o que são serviços.

Segundo Giansi & Corrêa (1996), os serviços são experiências que o cliente vivencia, sendo, por isso, o cliente o fator que irá disparar todo o processo de operação, em termos de quando e como este irá realizar-se. Desta forma, têm-se como principais características da prestação de serviços a:

- A intangibilidade dos serviços, uma vez que não podem ser medidos, testados ou verificados antes da entrega. Não se tratam de coisas que podem ser possuídas (como os produtos);
- A necessidade de presença do cliente ou um bem de sua propriedade;
- O fato de que geralmente os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente;
- Não é possível devolver um serviço;
- Não é possível inspecionar a qualidade; uma vez que ela é criada durante o momento de contato entre o cliente e o funcionário servidor;

- Uma vez que uma oportunidade é perdida, não há segunda chance (o indivíduo vivenciará uma outra experiência, pois aquela anterior já passou).

Também importa estudar o que Giansesi & Corrêa (1996) denomina de cadeia de valor de serviços – funções e atividades – que sofre alterações a partir deste projeto e, como resultado, podem gerar ganhos efetivos para a estrutura e a tecnologia do órgão, particularmente no tocante ao seu planejamento, à sua gestão e operação. O setor denominado serviços engloba as atividades de comércio de mercadorias, transportes e comunicações, prestação de serviços, atividades sociais e administração pública, dos quais neste último encontra-se inserido o objeto de pesquisa desta dissertação.

Assim, este referencial teórico pretende identificar e descrever ferramentas e procedimentos nas teorias gerenciais clássicas de organização como possibilidades de contribuição para a melhoria da qualidade do Serviço Psicossocial, onde a necessidade de alteração no atendimento detectada a partir da análise dos dados coletados, se torne, a curto prazo, mais efetiva para a população. Para isto procurou-se descrever as teorias organizacionais de gerenciamento que objetivam a promoção de mudanças estruturais em organizações públicas e/ou privadas.

## **2.2 Crise e paradigma**

Segundo Bauer (1999), as organizações encontram-se mergulhadas na era dos pressupostos, sejam eles econômicos, sociais, políticos ou mentais, em decorrência das constantes e inúmeras transformações que nos cercam. Estas

transformações, entretanto, nada mais representam do que simples estágios. Estes estágios não são decorrentes apenas das transformações e avanços tecnológicos, mas, também, culturais. E assim necessitam ser entendidos, independente desta ser uma era industrial, pós-industrial ou mesmo que se venha a atingir a terceira revolução industrial.

Quanto maior a crise nos modelos mentais de compreensão dos estágios diferenciados de entropia de cada organização maiores serão as crises de compreensão e diagnóstico da realidade. Para Bauer (1999), a sensação de crise – ou entropia – permanente parece ser um sintoma de que os modismos gerenciais que procuram interpretar e equacionar as organizações devem ceder posição para a compreensão adequada da “era” em que se encontram as organizações.

Crise aqui entendida no sentido de “situação anormal”, transcrição trabalhada à partir da definição oferecida pelo Novo Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa, enquanto determinante de um quadro organizacional com sérias dificuldades de atender às necessidades gerenciais do atual momento econômico, político e social vivenciado pela organização.

Nenhum dos pressupostos sobrevive em tempos incertos. Por isso, mais do que a razão, o cálculo, as extrapolações ou as previsões, é preciso coragem, entusiasmo e empenho. Os novos líderes são os que conseguem mudar e melhorar sempre. Assim, avaliar a conduta dos líderes, é fundamental, pois é deles que depende o futuro da organização.

As novas teorias alertam para o valor do pessoal, porque as competências, o saber fazer e a experiência dos indivíduos são também um capital a desenvolver e a preservar.

Na visão de Clegg et al (1999) o impulso tecnológico faz voar as estruturas. Em redes integradas, de malhas ou federadas, a organização de amanhã avança um pouco como ameiba: amputa, funde, faz alianças, migra de forma curiosa. Internamente, mexe-se da mesma forma. As novas tecnologias de informação e das comunicações, a informática e as bases de dados distribuídas e disponibilizadas a serviço do culto crescente ao usuário estão ainda em processo de revolucionar os espíritos e as organizações, particularmente as públicas. Ouvir, antecipar, medir ainda não são conceitos das escolas de gestão das administrações, particularmente as públicas brasileiras.

Existe ainda, um tempo muito grande até que a velha estrutura piramidal desapareça das organizações públicas brasileiras, até que os gestores públicos caminhem pelas apregoadas organizações abertas em rede, relacionando-se com usuários e clientes como parceiros e “acionistas sociais” (Clegg et al, 1999). E, quando lá chegarem, estas organizações em rede podem deixar de estar em vigor.

Clegg et al (1999) entende que a ausência de modelos de gerenciamento adequados à estrutura organizacional brasileira de prestação de serviços à população, transforma esta mesma estrutura em estrutura permanentemente em crise, com ameaças à sua preservação ou sobrevivência no sistema social.

Para Habermas (1987), existem quatro formas de crise, que podem ser associadas ao ambiente empresarial público brasileiro:

- A Econômica – incapacidade do sistema de produção atender as necessidades de sobrevivência dos membros da sociedade;
- A de Racionalidade – ajustar meios e fins em função de valores e problemas, conciliar política interna e externa;

- A de Legitimação – o Estado tem que proceder à justificação das suas ações;
- A de Motivação – os indivíduos não sentem mais motivação para acatar normas dos sistemas económico-financeiros.

O Estado moderno se vê diante da difícil tarefa de preservar o funcionamento da economia, de superar suas crises de racionalidade e de justificar-se e legitimar-se diante de grupos contestadores ou influenciadores externos cada vez mais numerosos e diversificados.

Segundo Wood Jr (1998) a hiperconectividade e a hipercompetitividade da nova ordem económica fazem crescer de forma interessante as pressões para a adoção de práticas gerenciais mais avançadas em busca da capacitação para a competitividade exigida pelos cenários globalizados.

O mesmo acontece com as teorias organizacionais de gerenciamento das empresas, cujas variâncias originadas pela contestação crítica das teorias emergentes ou em voga, geram novos modelos que procuram, na diferenciação sutil ou antagônica, se firmar como teorias organizacionais de ponta ou definitivas. Quebram-se, em suma, antigos paradigmas de administração em prol dos novos modelos.

Segundo Drucker (1995), paradigma não significa somente uma nova maneira conceptual de se compreender o mundo ou a sociedade ou, ainda, para justificar as mazelas do mecanismo ou da racionalidade estrutural ou funcionalista. Significa também a forma básica e dominante do modo de se compreender, de se perceber, pensar, acreditar, avaliar, comentar e agir com uma visão particular. E, na sociedade industrial e tecnicista – com visão exclusiva de mercado – a

competitividade, a eficácia tecnológica e o anúncio de conhecimentos técnicos são amplamente cultivados.

No Brasil, os governos, em qualquer nível, têm criado paradigmas voltados apenas para a Tecnologia da Informação e para a Tecnologia da Administração. Isto gera a entropia constante nas organizações, através da estimulação da modelagem e da classificação da informação, valorizando os mais recentes tipos de tecnologias e tentando lidar com todas as informações das organizações, o que se tornou possível com a utilização crescente do microcomputador e a existência de diversos bancos de dados. Por outro lado, não é possível se detectar um modelo único dominante. Isto gera um modelo anárquico, onde cada um cuida de si (Mcgee & Prusak, 1994).

Seguindo esta linha de raciocínio é possível entender o Serviço Psicossocial como parte desta ausência de modelo dominante, que trabalha ainda para encontrar seu formato mais adequado para a prestação de serviços ao público.

### **2.3 Histórico das propostas organizacionais**

Chiavenato (1979) informa que as sociedades pré-industriais mantinham fortes preconceitos contra a idéia de administrar de maneira eficiente e eficaz, pois a classe governante tinha uma percepção do trabalho e do comércio como algo de pouca ou nenhuma dignidade, realizado por escravos e cidadãos pouco respeitáveis. Entretanto, os antigos egípcios sabiam da importância do planejamento, da organização e da amplitude de controle.

Dando um salto no tempo, percebe-se que, graças a um aperfeiçoamento gradativo da tecnologia e ao questionamento da ordem social existente pelos membros mais jovens da sociedade, os sistemas de autoridade legitimados pela tradição assumem uma forma racional-legal, fundamentada na crença de que os detentores do poder obtêm sua autoridade através do conjunto geral de leis criado como partes das hierarquias organizacionais, ou em função da posição ou do papel que exercem dentro da estrutura.

Lançadas as bases do capitalismo durante o século XVIII as sociedades começaram a interessar-se mais diretamente pela economia e pela lucratividade. Os aperfeiçoamentos tecnológicos começaram a minimizar a necessidade de mão-de-obra, criando bases para um sistema de produção contínua, propiciando um cenário para o exame das práticas administrativas e dos meios de se melhorar essas práticas. A crescente tendência nos sentido da criação de rotinas na vida em geral começou a ocorrer na Revolução Industrial. Neste momento, Adam Smith dá ênfase na divisão do trabalho para assegurar um meio mais eficiente e eficaz de se utilizar homens e máquinas (McGee & Prusak, 1994).

Perto do final do século XIX e no início do século XX o ambiente social, econômico e tecnológico começou a oferecer as condições necessárias ao estudo sistemático da administração. Frederick Taylor foi o precursor do conceito da produção em massa e da gestão científica. A teoria da gestão científica consistia na análise temporal das tarefas individuais que permitisse melhorar a performance dos trabalhadores identificando os movimentos necessários para cumprir uma tarefa (Drucker, 1995).

Já Henri Fayol, segundo Chiavenato (1983), foi o primeiro pensador e teórico da gestão. Enquanto outros estudaram a mecânica do trabalho humano ele centrou a atenção no papel da gestão e nas qualificações dos gestores. Introduziu no conceito de gestão científica do trabalho o tema dos gestores como supervisores do trabalho dos subordinados analisando como é que uma empresa poderia organizar-se de forma mais eficaz.

Entre 1900 – 1915 com o advento da Gestão Científica, Taylor cria os princípios da administração científica do trabalho, ou seja, que a responsabilidade pela organização do trabalho deve ser dos gerentes, a utilização de métodos científicos para determinar a forma mais eficiente de fazer o trabalho, a seleção da melhor pessoa para desempenhar um cargo, o treinamento para fazer o trabalho eficientemente e fiscalização do desempenho do trabalhador. Suas idéias são construídas em torno da tecnologia em si mesma, tornando os trabalhadores servidores ou acessórios das máquinas, controlados pela organização e pelo ritmo do trabalho (Chiavenato, 1999).

Passa-se, então, ainda na concepção de Chiavenato (1999) à Escola Comportamental, que apresenta como base de pesquisa o próprio indivíduo e a natureza do trabalho, ao contrário do que estudava a Escola das Relações Humanas que enfocava as pessoas dentro do grupo de trabalho. Argumentava que os trabalhadores haviam se alienado do trabalho porque seus cargos os impediam de usar plenamente suas habilidades e capacidades. A perspectiva comportamental permanece como uma das bases para formação de gerência e supervisão dos dias de hoje.



Por sua vez, a Escola Estruturalista adotou uma abordagem indutiva analisando diferentes organizações para determinar empiricamente os elementos estruturais comuns que poderiam caracterizar a forma como as organizações funcionam na realidade (Chiavenato, 1983). Max Weber foi um dos principais fundadores da abordagem estruturalista. Descobriu empiricamente os aspectos básicos que caracterizavam o tipo ideal de organização, a qual denominava de burocrática com regras e procedimentos controlando as funções organizacionais, identificação do alto grau de diferenciação entre as funções, organização de custos hierárquicos, onde cada subunidade é diretamente subordinada a um cargo de um nível superior, regras prescritas e normas estabelecidas regulando o comportamento e, os atos administrativos regulados por escrito (Chiavenato, 1999).

Segundo Weber (apud Chiavenato, 1983) a organização burocrática neste momento histórico, era eficiente, constituída de especialistas e lidava com as pessoas de modo impessoal o que garantia o cumprimento das normas e regras em qualquer circunstância. Todavia, esta organização controla a ação de seus membros desenvolvendo jargões que não refletem a realidade, reclamando um reexame da noção de ambiente, pois não é o ambiente que afeta a organização e sim a organização que define, cria e molda seu ambiente.

A crise de identidade na concepção administrativa concentra-se, pois, na dicotomia entre política/decisões e administração/execução das decisões. E a burocracia surge como o conjunto de aparatos encarregados da implementação das decisões e procura a adequação dos meios aos objetivos (fins), para que se obtenha o máximo de eficiência (Motta, 1998).

A burocracia foi uma invenção social que repousa exclusivamente no poder de influenciar através de regras, da razão e da lei (Hollander & Hunt, 1986). No sistema burocrático os papéis sociais foram institucionalizados e reforçados pela legalidade, pela racionalidade e predicabilidade a fim de eliminar o caos e as conseqüências imprevisíveis, com ênfase na competência técnica e especializada (Chiavenato, 1979).

Segundo Bresser Pereira (apud Chiavenato, 1979), o impacto da estrutura organizacional burocrática sobre o indivíduo provoca extrema limitação em sua espontaneidade e liberdade pessoal, além da crescente incapacidade de compreender o significado de suas próprias atividades dentro de uma organização.

As organizações mecanicistas apresentam as seguintes características principais:

- “estruturas burocráticas assentadas em uma minuciosa diferença do trabalho dos participantes;
- cargos ocupados por especialistas nas tarefas, com atribuições perfeitamente definidas e delimitadas;
- elevada centralização de decisões, geralmente tomadas nos níveis superiores da empresa;
- hierarquia de autoridade rígida;
- sistema simples de controle, onde a amplitude de controle do supervisor é mais estreita; e, cada supervisor tem um número pequeno de subordinados;

- sistema simples de comunicações, onde a informação ascendente flui através de uma sucessão de filtros e as decisões descem através de uma sucessão de filtros e de amplificadores;
- predomínio da interação vertical entre superior/subordinado; maior ênfase nas regras e procedimentos formalizados por escrito. Todos os pontos aqui levantados servem como base para o entendimento organizacional do Serviço Psicossocial, que se pretende descrever como uma estrutura burocrática analisando até que ponto este aspecto vai interferir de modo prejudicial na sistemática de atendimento” (Chiavenato, 1991, p.65-66).

Segundo Riggs (1964) institucionaliza-se a fraqueza da burocracia através de uma espantosa fragmentação dos modelos burocráticos público ou privado. Aglutinam-se problemas com a internalização das regras, o excesso de formalismo nas comunicações, a resistência à mudanças, a despersonalização, a categorização decisória, a superconformidade às rotinas, a interiorização da organização, a desconsideração para com a organização informal, a multiplicidade de chefes sem competência técnica, as regras arbitrárias e incoerentes e, sobretudo, de ser incapaz de assimilar o influxo das novas tecnologias.

A inoperância do sistema burocrático convencional e das instituições possibilitou o expansionismo político das sociedades hegemônicas centradas no mercado e na tecnologia, legitimando o fim da sociedade tradicional e da homogeneização do comportamento humano em escala mundial, referenciando a mudança de uma organização industrial baseada na produção de bens e serviços

para uma organização baseada na informação, na tecnologia e no consumo (Motta, 1998).

Outras pesquisas giram em torno de duas idéias principais: primeiro, diferentes tipos de organizações são necessárias para lidar com diferentes condições de mercado e tecnologia; segundo, organizações que operam em ambientes incertos e turbulentos necessitam atingir um grau mais alto de diferenciação interna entre departamentos. Um trabalho de Henry Mintzberg (apud Clegg, 1999) identifica as seguintes configurações ou tipos de organizações:

- A da máquina burocrática e de forma departamentalizada que tendem a ser ineficazes e lentas quanto à instabilidade das tarefas e do ambiente;
- A da burocracia profissional que modifica os princípios do controle centralizado para permitir maior autonomia ao pessoal, sendo indicada para ambientes relativamente estáveis e complexos, como, por exemplo, as universidades e os hospitais que exigem pessoas com habilidades e capacidades-chave com grande autonomia e liberdade de escolha para serem eficazes;
- A de estrutura simples que funciona melhor em ambientes instáveis, é informal e flexível, embora centralizada na figura do presidente ou fundador e é ideal para a obtenção de mudanças e manobras rápidas, como é o caso de empresas jovens, inovadoras e empreendedoras.
- A “adhocracia”, que é uma organização temporária orientada por projetos que funcionam melhor em ambientes instáveis ou turbulentos.

Chegando à modernidade, a utilização da razão instrumental gera a contestação, podendo levar à autodestruição, razão pela qual Habermas (1987)

revela afinidade eletiva com a teoria crítica, questionando a validade da proposta positivista de postular a objetividade e verdade do conhecimento apenas em função do método ou do procedimento lógico-formal. Ao mesmo tempo, defende a elaboração de uma nova teoria da sociedade como alternativa.

A Teoria Geral de Sistemas foi concebida como meio de interligar diferentes disciplinas científicas, dando ênfase ao ambiente dentro do qual a organização existe. A atividade ambiental é definida pelas interações organizacionais diretas com clientes, concorrentes, fornecedores, sindicatos e governo, bem como com o ambiente geral, caracterizando que a estratégia organizacional deva ser decorrente da percepção e da sensibilidade do que ocorre com o mundo que cerca as organizações.

O Pós-Modernismo é, muitas vezes, mais difícil de ser delimitado. O termo tem sido usado nas ciências sociais para descrever um clima social, um período histórico caracterizado por mudanças sociais e organizacionais além de um conjunto de abordagens filosóficas para o estudo da organização – Foucault, Derrida, Deleuze, Featherstone, Kellner, Parker (Alvesson & Deetz, 1998). Em última instância o Pós-Modernismo faz parte de uma tradição crítica mais ampla que desafia o “status quo” que concede suporte a vozes silenciadas ou marginalizadas.

Tem sido normalmente precoce e desastrosa a adoção pura e simples de novos modelos indiscriminadamente, porém, como já disse Peter Drucker (1995), a orquestra é ainda um bom modelo de funcionamento: o trabalho em harmonia do grupo produz resultados.

## 2.4 A informação em saúde

Como a compreensão das bases teóricas desta pesquisa depende do entendimento de alguns conceitos complexos, idealizou-se este item na dissertação.

Para Moraes (apud Sales 2000), o termo “dado” é a descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo e difícil de ser utilizado como informação por ser ininteligível. Assim, é necessária sua tradução em termos de tabelas e gráficos comparativos para que, ao serem apreciados visual e globalmente, possam ser transformados em informação.

De igual importância é a compreensão do conceito “informação”. Eduardo (apud Sales 2000, p. 124) conceitua informação "como o significado que o homem atribui a um determinado dado, por meio de convenções e representações". Para Carvalho (apud Sales 1996) informação, é uma descrição mais completa do real associada a um referencial explicativo sistemático. Pode-se dizer que é uma representação de fatos da realidade com base em determinada visão de mundo, mediante regras de simbologia.

Carvalho (apud Sales 1996) ainda conceitua informação como representação simbólica de fatos ou idéias potencialmente capaz de alterar o estado de conhecimento de alguém (o usuário ou o destinatário da informação).

Eduardo (apud Sales 1996, p. 12) ressalta que é exatamente "a partir dessa informação" que são geradas decisões desencadeantes de determinado tipo de ação. Para ela, "A informação constitui um sistema de apoio á decisão".

Carvalho (apud Sales 1996, p.12) salienta o aspecto de conquista social que a informação pode representar quando diz que:

"A informação em saúde vem representando um espaço estratégico de luta, principalmente quando entendida como um instrumento interdisciplinar voltado para a ampliação da consciência sanitária dos profissionais da saúde e da população".

Por sua vez, "capacidade", para Giansesi & Corrêa (1996) é o potencial produtivo de um sistema.

"Filtro", segundo consta no Dicionário Aurélio tem a conotação de "um elemento que deixa passar ou transpassar moderando a intensidade de; absorver. Não deixar passar, reter. Retirar o essencial de; selecionar. Introduzir lentamente. Introduzir-se pouco a pouco" (p.297).

Já a Norma Operacional Básica 96 (NOB-96), citada em matéria do Órgão Oficial do Conselho de Medicina (1997), afirma que em termos de liderança no serviço público há de se identificar seus conceitos acerca de gerência e gestão, uma vez que para o mercado estes são sinônimos, e para o serviço público não. A norma indica que gerência, no serviço público, é a administração das unidades prestadoras de serviços. De outro lado, gestão é reconhecida como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, seja ele na esfera municipal, estadual ou federal.

## **2.5 Saúde Mental**

### **2.5.1 Histórico**

A partir deste momento são referenciadas as informações ligadas a Saúde Mental, cuja mudança de paradigma representou um salto qualitativo para o atendimento nesta área. Esta história inicia-se quando a loucura passa, no século XIX, a ser considerada doença mental (Foucault, 1978). Surge, então, a Psiquiatria enquanto ciência tendo como objeto de trabalho a loucura.

O período foi marcado por redimensionamentos éticos e morais que passaram a delimitar (inclusive para os séculos vindouros) o espaço que o doente mental deveria ocupar na cultura ocidental; ou seja, restrito ao manicômio.

Segundo Costa (2001), no século XIX ninguém falava de saúde mental ou maturidade psíquica; de 1945 em diante este era apenas um discurso isolado; mas atualmente muita gente discute esse tema e se interessa por ele. No entanto, como nem sempre a abertura para aquilo que é atual e popular caminha junto com uma compreensão clara, é sempre necessário refletir sobre o que espera-se exatamente de uma sanidade mental ou maturidade psíquica.

São inúmeras as posições sobre esse conceito. Para Freud (apud Costa, 2001), ser sadio mentalmente significava duas coisas: amar e trabalhar. Alfred Adler (apud Costa, 2001), psicólogo austríaco, acrescentava, ao amor e ao trabalho, a capacidade de socializar-se. Já Victor Frankel (apud Costa, 2001), punha o sofrimento no lugar da socialização, ou seja, além de amar e trabalhar concebia a capacidade que o homem tem de "saber sofrer". Santo Agostinho formula: "Ama e faze o que queres" (Costa, 2001, p. 2).

De lá para cá, os progressos em termos de qualidade de vida para o doente mental têm ocorrido sim, mas de maneira tímida, sem representar graves quebras de estruturas formais. Há de se mencionar, por exemplo, a percepção de



que o doente mental não precisa ser afastado da convivência social. E, hoje, reconhece-se que a solução mais humanitária e com maior representatividade em termos de melhoria do estado de saúde do doente encontra-se exatamente em sua ressocialidade (em sua inserção produtiva no convívio social).

Todavia, em termos de aplicabilidade no serviço público esta ideologia encontrou alguns entraves políticos, responsáveis por atrasos na aprovação do Projeto de Lei apresentado no Congresso Nacional desde 1989, e que amargou 11 anos de discussões (Athias, 2000).

A luta antimanicomial defende tratamento sem longas internações e sem retirar o doente da família e da sociedade, incentivando a autonomia e desestimulando a medicação. O país tem cerca de 60 mil leitos psiquiátricos em 250 hospitais espalhados pelo país. As internações custam R\$ 400 milhões anuais ao governo. Por isso, há cerca de 11 anos foi apresentado à Câmara dos Deputados um Projeto de Lei que previa a extinção dos hospitais psiquiátricos. A reforma começou em 1989, por meio do projeto de lei 3.657, do deputado Paulo Delgado (PT-MG). O projeto previa a criação de uma rede de serviços alternativos (Athias, 2000).

O fato é que o projeto foi aprovado no Senado, mas emendas garantiram a construção de novos hospitais psiquiátricos onde não houver serviços substitutivos, como os NAPS e CAPS (Núcleo e Centro de Atenção Psicossocial, espécie de ambulatório especializado com vários tipos de terapias) e os hospitais-dia. Em razão da modificação, o projeto voltou à Câmara para nova votação. O Movimento pela Luta Anti-manicomial acusava grupos de empresários da saúde de fazer “lobby” para impedir a aprovação do projeto. Mas, existem deputados ligados ao

setor privado, dentre os quais alguns são donos de hospitais psiquiátricos, e o resultado, segundo Athias (2000) aí está: uma década de lutas infrutíferas contra o estigma da internação.

A Lei mineira nº. 11802/95 (Sales, 2000, p. 61), prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no Estado, estabelece diretrizes da política de assistência psiquiátrica no Estado.

E, finalmente, em 07 de abril de 2001 – Dia Mundial da Saúde Mental, o Ministro José Serra e o Presidente Fernando Henrique Cardoso comemoraram a assinatura da lei da reforma psiquiátrica (06/04/2001) aprovada na semana anterior pelo Congresso Nacional. Na solenidade, Serra anunciou para este ano a criação de 150 Centros de Atenção Psicossocial em municípios com mais de 70 mil habitantes. Hospitais psiquiátricos de pequeno porte serão beneficiados com reajuste maior na tabela de diárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A política do Ministério é diminuir ao máximo as internações em Hospitais Psiquiátricos de maior porte. A maneira encontrada foi beneficiar aqueles que tem poucos clientes, onde o atendimento é mais personalizado. O hospital-dia – a principal aposta do ministério para o tratamento de doentes mentais – também passará para o preço máximo, igualando-se à diária dos hospitais de pequeno porte. Neste sistema o paciente passa o dia em tratamento, mas vai à noite para casa (Paraguassú, 2001).

Sales (2000) afirma que o Serviço Psicossocial, prestando atendimento no ambulatório, em regime aberto, por uma equipe multiprofissional, é um dos serviços previstos para a substituição dos hospitais. O doente deixa de ser percebido como aquele portador da diferença assustadora para ser ouvido nessa diferença, criando a possibilidade de que ele encontre novo significado para suas vivências e

fantasias, a partir de um espaço onde a mesma diferença serve como suporte para a energia criadora.

Busca-se a inclusão do diferente, a integração da pessoa na comunidade e no meio familiar, sua participação social. Em nível ambulatorial, além da psicoterapia e do atendimento médico, pode-se trabalhar com as Oficinas Terapêuticas (dança, música, jardinagem, leitura, teatro, visitas, culinária, etc.) integrando o indivíduo com o espaço e o tempo, com a comunidade, com o mundo do trabalho, através das atividades desenvolvidas.

Este enfoque, na visão de Sales (2000) não deixa de ser um resgate daquela idéia ética da antiguidade clássica, onde a virtude era a realização da pessoa em uma coletividade sócio-política. Embora não se possa dizer que o conceito atual seja exatamente o mesmo, a idéia de participação, de integração do indivíduo na comunidade para realizar-se plenamente, é a mesma.

### 2.5.2 Demanda

Sales (2000), tece comentários a respeito da demanda no Serviço Psicossocial. A demanda é formada pelo conjunto dos usuários que procuraram o SSMPV (Setor de Saúde Mental da Policlínica de Varginha) por qualquer motivo e foram atendidos pela equipe multiprofissional (psicólogos, assistente social e, ocasionalmente, médico psiquiatra), em pelo menos uma consulta (Sales, 2000).

O autor julga importante, antes de conceituar-se demanda ambulatorial, realizar um breve estudo do sentido etimológico da palavra demanda de alguns dos significados catalogados em dicionário e do sentido de demanda em psicanálise.

Pereira (apud Sales 2000) diz que, etimologicamente, o vocábulo demanda vem do grego "Deomai", que significa desejo; por em movimento; pedido.

Ávila (apud Sales 2000) diz que "na acepção ligada ao direito, o termo tem origem latina sofrendo, entretanto, uma evolução semântica porque, etimologicamente, "demandare", em latim, significa confiar."

Demanda, no Dicionário de Psicanálise (Chemama, 1995 apud Sales 2000, p.280), é conceituada como:

"Forma comum de expressão de um desejo, quando se quer obter alguma coisa de alguém, a partir da qual o desejo se distingue da necessidade (...) o mundo humano impõe ao sujeito demandar, encontrar as palavras que serão audíveis pelo outro".

Miller (apud Sales 2000, p.280) ressalta o sentido de demanda como pedido quando diz que:

"Em psicanálise não há paciente à revelia de si mesmo. Pode-se dizer que o primeiro pedido, na experiência analítica, é a demanda para ser admitido como paciente; demanda esta que tem precedência sobre as demais (...) ele chega ao analista fazendo a demanda baseada numa auto-avaliação de seus sintomas e pede um aval para a auto-avaliação".

Lacan (apud Sales 2000), mostra o sujeito-demandante como um pedinte que disfarça sua demanda.

Dor (apud Sales 2000, p. 281), numa perspectiva lacaniana, afirma que "a demanda é antes de mais nada expressão do desejo (...) demanda de amor. De

uma maneira geral, a demanda é, portanto, sempre formulada e endereçada a outrem."

Logo, para Sales (2000) não existe contradição entre os significados etimológicos, os significados usuais da palavra demanda na língua e os sentidos psicanalíticos que podem ser atribuídos a ela, mas, considerando-se que, para a psicanálise, a demanda interessa exatamente pela possibilidade do desejo que vem a ela acoplada, nem parece que séculos de história a distanciam do "Deomai" grego.

Portanto, partindo deste inventário de termos pode-se dizer que o usuário do SPS/VG (Serviço Psicossocial de Varginha) é um demandante que vai ao Serviço posto em movimento por algo (angústia); que procura, pede e exige algo por precisar disto e que formula também uma pergunta nesta procura. Quem pede, pede algo a alguém, ainda que o pedido seja da ordem do inominável porque ligado ao desejo. O sentido belo da demanda, ao mesmo tempo filosófico e psicológico é que, através dela, o desejo do sujeito pode aparecer. A demanda possibilita, pois, a perscrutação do desejo e a entrega de um sujeito que atordoado pelo sintoma diz querer saber de si.

Por outro lado, existe um tipo de atendimento, que se distancia do que foi acima enunciado, cujo objetivo maior é a avaliação psicológica e psiquiátrica para fins de aposentadoria por invalidez ou benefício da assistência social constituindo fator de ampliação indevida no Serviço Psicossocial. Este possui como objetivo precípua efetivar uma análise psicológica do paciente nas esferas emocional-afetiva, intelectual, social e psicomotora.

Entretanto, conforme lembra tão bem Sales (2000), trata-se de serviço, do ponto de vista social, de grande importância contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população varginhense. Contudo, tal fator, embora imprescindível à população, não deixa de ser elemento de inchaço ao Sistema Psicossocial, pois não objetiva um tratamento específico, mas sim visa atender uma necessidade social.

Investigar a demanda do Serviço Psicossocial em Varginha é um fator importante, tendo em vista que é do seu aumento significativo que surge a necessidade de adequá-la à capacidade de atendimento, sendo, pois, fundamental selecionar o tipo de demanda a que se deseja realmente atender considerando os objetivos do serviço.

### **3 O SERVIÇO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE VARGINHA**

#### **3.1 Considerações iniciais**

Neste capítulo apresenta-se a descrição estrutural e funcional do Serviço Psicossocial do Município de Varginha em uma abordagem organizacional, entendendo que os aspectos aqui expostos são fundamentais para a compreensão de uma organização pública em saúde mental.

Esta perspectiva, isto é, a abordagem de um serviço de saúde mental público do ponto de vista organizacional é uma discussão nova, que conta com bibliografia restrita. O detalhamento desta estrutura é importante, portanto, para contribuir para futuros trabalhos desenvolvidos nesta área.

A preocupação com a forma da estrutura de uma organização geralmente aparece com maior ênfase no setor privado, principalmente a partir do advento da globalização e do crescimento da velocidade nas informações.

Em geral, esquece-se, que modelos aplicados ao setor privado valem igualmente para o setor público, necessitando, para tanto, apenas de algumas adaptações. É como se o setor público não necessitasse da agregação de valores, não pertencesse ao setor produtivo, enfim, não precisasse de apresentar fatores como eficiência e eficácia na produção de seus resultados.

Nas empresas privadas a implantação de novos modelos organizacionais, na atualidade, implica em modificação em toda estrutura. No setor público, é possível avaliar e modificar apenas parte da organização, dadas suas dimensões.

O Serviço Psicossocial representa, pois, apenas uma parte da organização pública municipal de Varginha que deve ser descrito em capítulo separado da metodologia devido a importância que o mesmo apresenta para o estudo das organizações em saúde mental.

### **3.2 Apresentação do município**

As primeiras referências que se tem sobre Varginha, revelam a existência de uma capelinha, construída por volta de 1763, provavelmente por bandeirantes, à beira da antiga estrada que ligava Três Pontas a Campanha (MG). Em volta dela foram erguidos ranchos de pouso – acomodações para tropeiros – que, na maioria das vezes, vinham de São Paulo. A 7 de outubro de 1882, a Vila de Varginha foi elevada à categoria de cidade.

Economicamente o município teve no início, como atividade importante, a cultura de cana de açúcar, mas foi o café a sua maior riqueza. Varginha acompanhou, portanto, o desenvolvimento de São Paulo, tanto no crescimento econômico com o café, como na imigração italiana.

Três períodos marcaram o progresso de Varginha, de lá para cá: as indústrias de grande e médio porte, as faculdades e o comércio cafeeiro, que se incrementou com a criação do Porto Seco.

Já no ano de 2000, segundo dados do Censo IBGE (2000), contando com 108.314 habitantes, Varginha tem uma localização estratégica entre os principais centros produtores e consumidores do país. A cidade possui uma expressiva rede



comercial e industrial e é sede de praticamente todas as regionais dos governos estadual e federal.

Neste contexto, a Prefeitura Municipal de Varginha pode ser considerada a maior empresa da região. São aproximadamente três mil funcionários que atuam em praticamente todos os setores da cidade.

A área de saúde fica sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS – com aproximadamente 362 funcionários) que dispõe de um Hospital, um Centro Regional de Oncologia, um Laboratório Municipal, treze Unidades Básicas de Saúde, um Setor de atendimento especializado e um setor de Serviço Psicossocial.

### **3.3 Histórico do serviço**

O Setor de Saúde Mental iniciou-se em 1986, tendo sido implantado pela Secretaria Estadual de Saúde na Policlínica Central, por onde passaram diversos profissionais, em períodos alternados, o que culminou em certa dificuldade de estabelecer-se um setor estruturado e eficiente. Quatro psicólogos passaram em um concurso público promovido pelo Estado, mas somente dois deles assumiram suas funções imediatamente. Durante algum tempo, uma assistente social participou desta equipe em caráter esporádico. Dois psiquiatras trabalharam em períodos alternados. Neste início, apesar de contar com profissionais das três áreas de atuação (psicologia, psiquiatria e serviço social) não foi possível desenvolver um trabalho em equipe profissional.

Os psicólogos utilizavam as salas de clínica médica para consulta e quando os médicos chegavam tinham que desocupá-las mesmo se isto se desse durante o atendimento. Algumas consultas eram feitas na escada que liga um pavimento da policlínica a outro e até os corredores foram utilizados com este propósito.

No ano de 1986, época do início dos atendimentos, em condições tão precárias, os únicos registros de dados utilizados eram o livro Diário de Atendimento e fichas individuais de consulta. No livro Diário de Atendimento se registrava apenas o nome do usuário, o tipo de atendimento prestado, a suspeita diagnóstica e a data.

O primeiro estudo sobre a demanda ambulatorial do Serviço de Saúde Mental de Varginha foi publicado por Sales (1989). Segundo Sales (2000), quando inaugurou-se o Setor de Saúde Mental da Policlínica de Varginha (SSMPV) sua implantação obedecia a um programa de saúde, de âmbito federal, denominado Ações Integradas de Saúde (AIS). Os objetivos eram prestar atendimento psicológico à população urbana e rural do município, em nível extra-hospitalar e, ao mesmo tempo, efetivar ações de prevenção e promoção de saúde mental, disciplinando os mecanismos de encaminhamento.

Era a primeira vez em Varginha e no Estado de Minas Gerais que se oferecia um serviço de saúde mental ambulatorial ao público. Sem referências anteriores, atravessou-se um período de dúvidas e questionamentos. Portanto, o atendimento à clientela tornou-se um importante desafio.

A clientela que chegava ao Serviço tinha uma característica marcante: variedade e riqueza na apresentação de amplo leque de quadros psicopatológicos (Sales, 2000). Daí surgiu a necessidade e o desejo de compreendê-la mais

profundamente, relacionando os quadros psicopatológicos a sexo, faixa etária e alguns indicadores sociais.

A seguinte formulação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP – 1982) serviu como orientação neste início de atividades em saúde pública: visão do paciente dentro do seu contexto familiar e sócio-cultural, sujeito às influências dos seus relacionamentos interpessoais e ambientais, considerando-se o distúrbio psicológico como episódio no ciclo natural de saúde/doença do indivíduo.

A partir de 1991, foi implantada uma equipe com vínculo municipal, tomando então, a configuração de um Serviço Ambulatorial de Saúde Mental, constituído de psiquiatra, psicólogos e auxiliares de saúde. Com o passar dos anos foram somando-se ao Serviço de Saúde Mental – Varginha (SSM/VG), outros profissionais: psicólogos, assistente social, enfermeira, terapeuta ocupacional e auxiliares de saúde.

O SSM/VG foi estabelecido em cinco locais diferentes, sendo que, a partir de 1998, conta com seu próprio espaço físico, anexo a Policlínica Dr. José Marcos, no bairro Bom Pastor, contou também com três psicólogas lotadas em outras três policlínicas, tendo sido unificado em 1999 visando a otimização dos trabalhos e a caracterização de uma unidade especializada.

O Serviço teve por norma atender à demanda espontânea do usuário e encaminhamentos diversos durante certo período. A norma para atendimento espontâneo foi criada na época visto que a exigência do encaminhamento só aumentava a demanda para outros serviços, principalmente nos casos de urgência/emergência. A existência deste tipo de atendimento (espontâneo) era

possível devido à existência de uma demanda adequada à capacidade. Na maioria dos casos, o usuário comparecia ao Serviço encaminhado pela clínica médica do sistema público de saúde. Neste caso, ele trazia o Boletim de Encaminhamento que especificava quem encaminha, destino do encaminhamento, identificação do paciente e motivo da consulta com relatório clínico-terapêutico sintético.

Se o paciente era encaminhado por instituições de ensino, hospitalares, consultório particular, advogados, juízes e outras, a solicitação do Serviço era feita normalmente por escrito de modo semelhante a anterior.

Os atendimentos que se enquadravam na categoria urgência/emergência eram atendidos por qualquer profissional de nível superior da equipe de saúde mental no momento da primeira entrevista, ouvindo o próprio paciente, familiares e daí até efetivar o atendimento.

De posse do encaminhamento, o profissional da equipe (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro ou assistente social) prosseguia ouvindo o paciente a sós, ou com familiares ou responsáveis, anotando os dados colhidos na “Ficha da 1ª entrevista” – Saúde Mental que continha a identificação do paciente: perfil demográfico, nosológico e conduta.

Até 1999, o usuário era normalmente agendado para primeira entrevista com o profissional designado (enfermeira, assistente social, psicólogos e terapeuta ocupacional). As urgências/emergências eram atendidas por quem estivesse disponível.

Neste mesmo período, para que o prontuário do paciente fosse aberto era preciso: o comparecimento do usuário ao SSM/VG freqüentemente com encaminhamento por escrito de qualquer fonte; a realização da primeira entrevista

com qualquer profissional de nível superior da equipe; a discussão e análise do caso pela equipe multiprofissional na reunião semanal de triagem que estabelecia o diagnóstico e a conduta terapêutica mais adequada àquele tipo de transtorno mental; e, então, o usuário passava a aguardar vaga em uma lista de espera no caso de atendimento psicológico.

No ano de 1996 foi observada uma falha no sistema de informações do SSM/VG, localizada na duplicidade de registro com a ficha de primeira entrevista e anamnese. Esta falha levava o paciente a comparecer ao Serviço duas vezes, em dias diferentes, com a mesma finalidade. Esta duplicidade acarretava desperdício de tempo tanto para o usuário, como para o profissional. Já no ano de 1999, esta falha já havia sido superada com a unificação do formulário da anamnese com a 1<sup>a</sup>. entrevista.

A terapêutica oferecida para tratamento psicológico sempre foi, e continua sendo, principalmente individual, seja para adultos, adolescentes e crianças. Havia também alguns grupos terapêuticos, grupos de adolescentes, dos quais alguns ainda permanecem como prática até a presente data. As referências teóricas dos psicólogos da equipe são principalmente de orientação psicanalítica: Freud, Lacan e Jung.

O acompanhamento psiquiátrico e medicamentoso é feito em consultas individuais regulares ou através de consultas de enfermagem com emissão de prescrição de repetição. No passado foi realizada uma experiência de atendimento psiquiátrico em grupo, mas a mesma foi extinta por não agradar aos usuários, não tendo a experiência sido amplamente estudada.

Em 1996 o SSM/VG ofereceu como atividade de oficina terapêutica horta e jardinagem que se desenvolveu semanalmente no horto florestal do município, coordenada por uma psicóloga e assistente social, que foi o embrião para as atuais oficinas terapêuticas coordenadas pela terapeuta ocupacional.

Se não houvesse oferta imediata de vaga para atendimento psicológico, que era a mais usual situação do Serviço, o paciente passava a integrar uma lista de espera.

Inicialmente (até 1996), havia uma lista de espera única para todos os profissionais e, quando surgia uma vaga com qualquer psicólogo solicitava-se à auxiliar de recepção que convocasse o paciente para tratamento. Posteriormente (após 1996), este sistema foi modificado e cada profissional passou a dispor de sua própria lista de espera. O critério para a criação deste procedimento e também, para sua modificação foi experimental (realizado através de tentativas, erros, acertos e posteriores modificações), procurando implicar mais os profissionais (uma vez que uma lista de espera que não pertencesse a profissional algum incomodava menos que uma lista à disposição de cada profissional), bem como que o cliente tivesse uma referência (o nome de um profissional que fosse atendê-lo), caso precisasse procurar o serviço antes de ser chamado.

Contudo, mesmo a lista de espera individual mostrou-se confusa, pois o cliente poderia estar em mais de uma lista ou em nenhuma, havendo uma dispersão de informações, que muitas vezes dificultava o trabalho da auxiliar da recepção para convocação do paciente, ou mesmo deixava de ser convocado. O cliente era comunicado por telefone ou carta especificando dia, hora, endereço e o nome do profissional que iria atendê-lo. Após este procedimento, iniciava-se este tratamento.

O SSM/VG tem dois livros de registros da passagem do usuário pelo sistema: Diário de Atendimento e Livro de Triagem. No Diário de Atendimento, os profissionais registram diariamente o nome do paciente atendido, a conduta terapêutica utilizada, o diagnóstico e o dia do comparecimento. Este livro tem o controle diário dos usuários atendidos e no final do mês, através dele, podemos saber o número de atendimentos efetuados. Os atendimentos são enumerados em ordem crescente, do primeiro ao último dia útil do mês.

O Livro de Triagem registra mensalmente, através da soma de consultas semanais, usuários novos que ingressam no Serviço. É, portanto, um livro de registro dos casos novos. Pacientes antigos que abandonaram o tratamento há algum tempo e, que procuram novamente o Serviço, não são registrados neste livro. O Livro de Triagem registra os seguintes dados: data da consulta, nome, idade, sexo, suspeita diagnóstica e conduta terapêutica.

Da mesma forma, possui ainda um Livro de Controle de Internações Psiquiátricas Hospitalares, contendo o nome do paciente, idade, o motivo da internação, uma hipótese diagnóstica, a data da internação, o local onde foi internado, e a data da alta. E, conforme o próprio nome indica, tem por objetivo controlar o número de internações psiquiátricas e diversas outras informações possíveis de serem extraídas do mesmo.

O número de atendimentos que o Serviço Psicossocial presta vem aumentando a cada ano. Como a absorção imediata de todos os casos que procuram tratamento não é possível, os usuários passam a aguardar o surgimento da vaga para atendimento psicológico.

A observação empírica do que tem sido a demanda diária no Serviço Psicossocial permite estabelecer uma relação entre o aumento do número de atendimentos e os tipos de transtornos que o Serviço vinha absorvendo para tratamento. A questão que aqui se impõe é o fato de existirem muitos casos que não constituem transtorno mental para serem absorvidos pelo Serviço. Tal aspecto sempre foi do conhecimento da equipe gestora, entretanto, como o atendimento fluía com certa naturalidade, o problema não foi priorizado. A partir de 1999, contudo, com o aumento da demanda, questões como, por exemplo, crianças com problemas de aprendizagem, passaram a ser encaminhadas a um serviço especializado para tratamento adequado.

Esta questão é relevante para o atendimento porque a absorção de todos os casos, provoca um inchaço no sistema contribuindo para a queda da qualidade dos atendimentos, sobrecarga dos profissionais da equipe e muitas vezes deixa pacientes que necessitam de atendimento mais rápido na lista de espera.

O Serviço, tem, pois, demonstrado grande dinamicidade, estando sempre a procura de novas soluções para melhorar.

### **3.4 Objetivos da organização**

- Promoção da saúde e reintegração das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, implantando um modelo de saúde mental alternativo, com a extinção progressiva de internações em hospitais psiquiátricos. A finalidade dos procedimentos terapêuticos tem como objetivo a manutenção e a recuperação da integridade física e mental, da



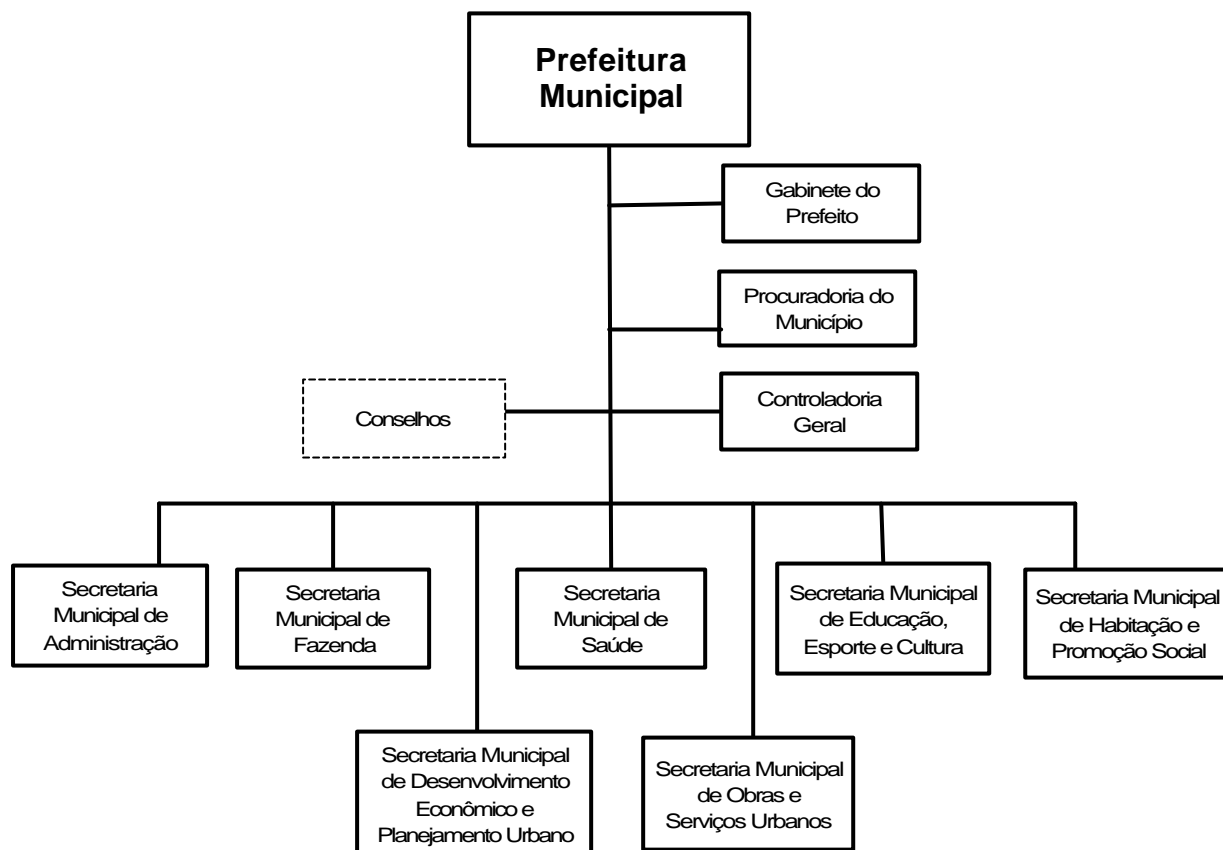
identidade, da dignidade, da vida familiar e comunitária e do trabalho, considerando a singularidade da pessoa humana, suas necessidades básicas, sua cultura, seus momentos vitais, sua potencialidade e sua autonomia.

- Este tipo de serviço, além de prestar atendimentos individuais e grupais de caráter clínico-terapêutico, deve atender aos familiares e desenvolver sistematicamente atividades no campo da reabilitação psicossocial.

Estes objetivos foram retirados da I Conferência Municipal de Saúde realizada em 1993, e mesmo ocorrendo mais duas conferências posteriormente nos anos de 1995 e 1999, que contemplaram outros aspectos, estes se firmaram como os propósitos deste serviço.

### **3.5 Estrutura funcional**

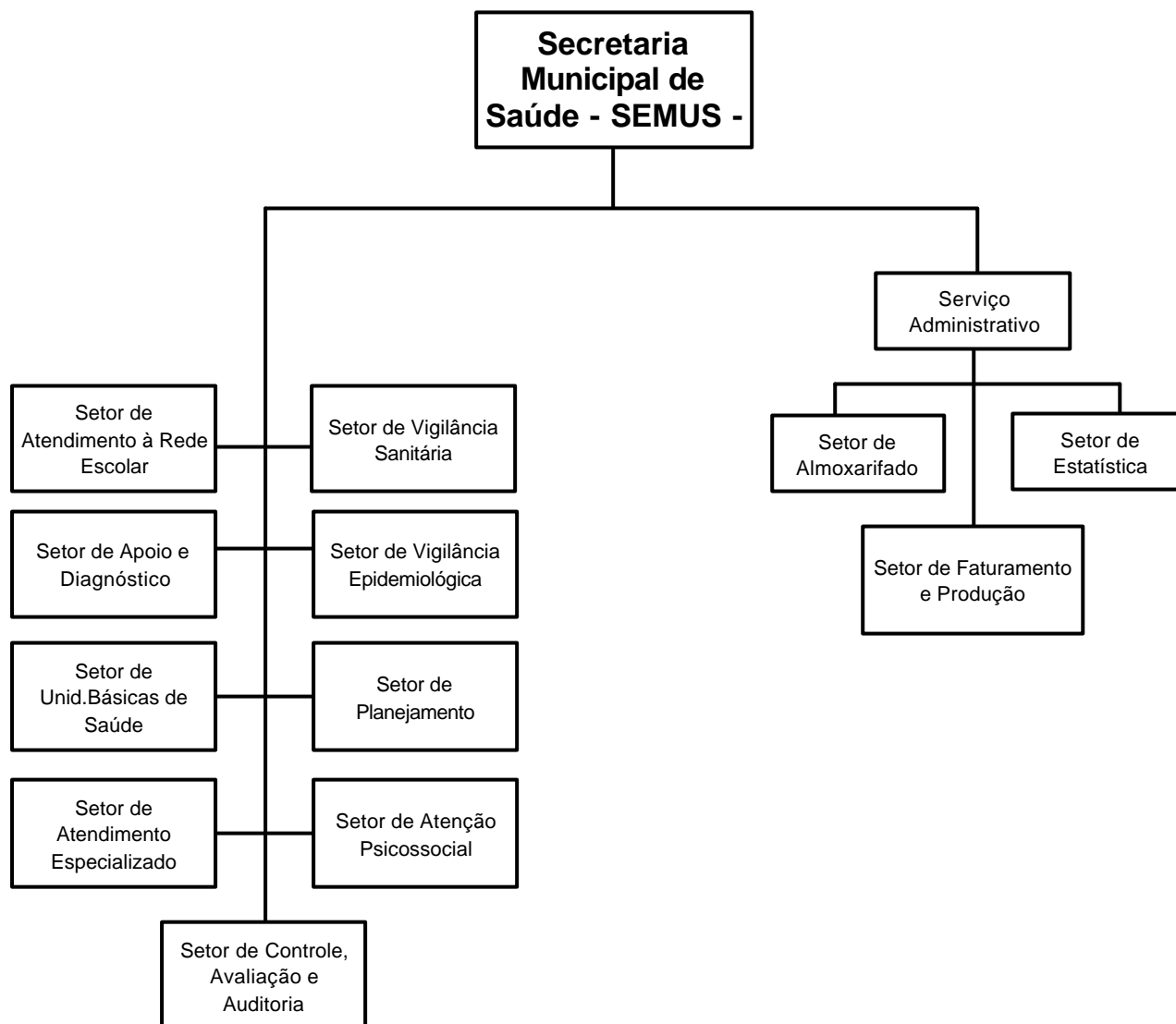
Figura 3.1: Organograma da Prefeitura Municipal de Varginha



Fonte: Setor Municipal de Administração da Prefeitura Municipal de Varginha, 2000.

O organograma da Prefeitura Municipal de Varginha (figura 3.1) representa uma estrutura enxuta, no momento, uma vez que pode variar de acordo com a gestão administrativa. Assim, secretarias que hoje se encontram unidas, na próxima administração poderão figurar como estruturas separadas ou vice-versa.

Figura 3.2: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde

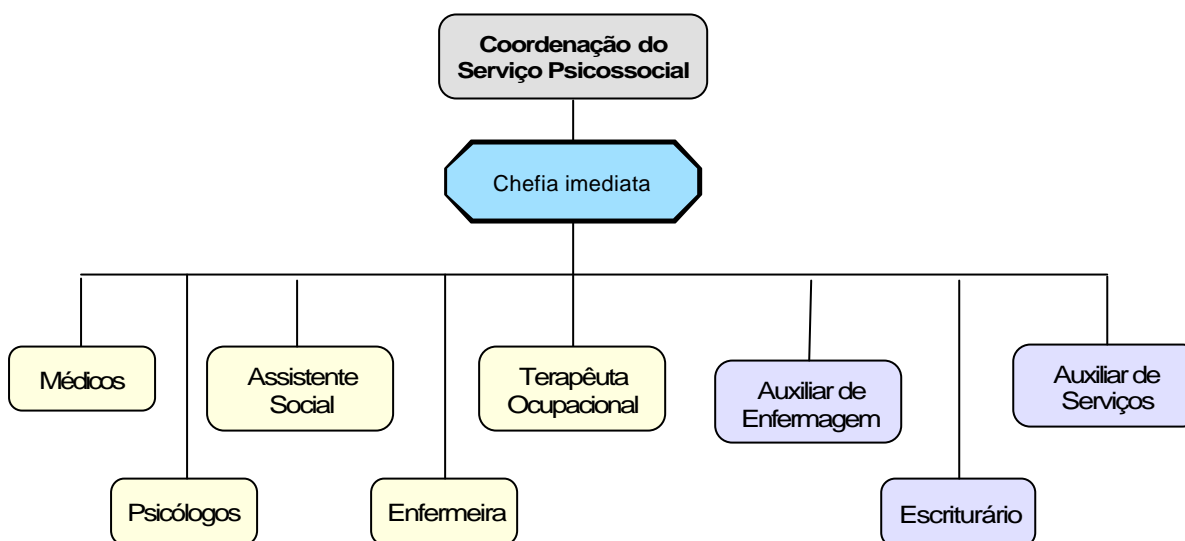


Fonte: Setor Municipal de Administração da Prefeitura Municipal de Varginha, 2000.

A SEMUS (figura 3.2) encontra-se dividida em setores. Dentro destes setores, considera-se de forma separada o serviço administrativo propriamente dito, onde se localizam os setores de almoxarifado, faturamento e produção e estatística, todos prestando serviços internos aos demais setores. Os demais serviços, mais ligados ao atendimento, encontram-se separados, possuindo, entretanto, nível de igualdade e importância dentro do sistema. É nesta seqüência de setores que se encontra o setor de Atenção Psicossocial.

Este organograma, a exemplo do primeiro apresentado, também encontra uma configuração mais moderna e enxuta nesta administração.

Figura 3.3: Organograma do Serviço Psicossocial

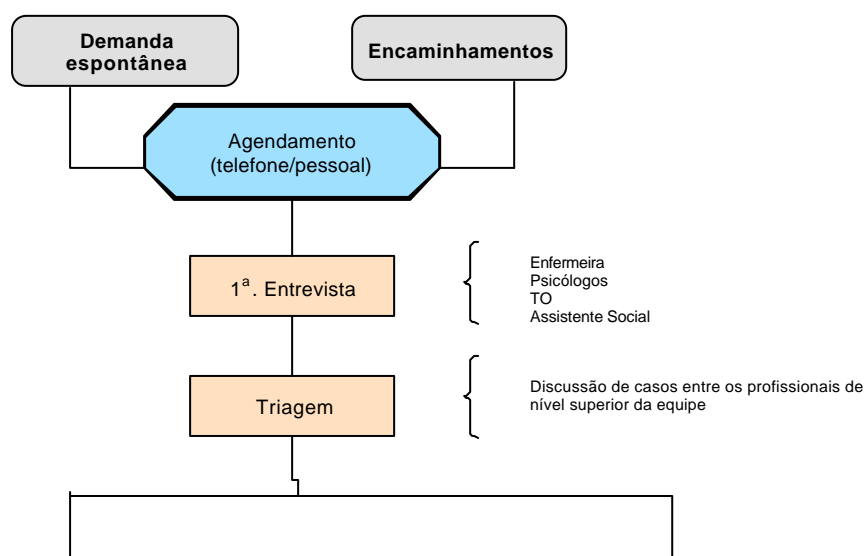


Fonte: Organizado pela autora.

A figura 3.3 foi inserida com o objetivo de facilitar a visualização da forma como se encontra organizado o Serviço Psicossocial. De um lado encontram-se os técnicos de nível superior, e de outro os de nível médio, sendo todos subordinados à chefia e coordenação.

As três figuras foram apresentadas com o intuito de demonstrar que o Serviço Psicossocial representa apenas uma parte da estrutura administrativa pública do município de Varginha.

Figura 3.4: Fluxograma do Serviço Psicossocial



Fonte: Organizado pela autora.

O fluxograma da figura 3.4 demonstra as possibilidades de entrada do paciente no serviço, bem como os tipos de atendimento oferecidos à população varginhense.

### **3.6 Recursos físicos**

- 1 sala de espera
- 1 sala de recepção

- 1 sala de observação e repouso
- 1 consultório médico
- 1 oficina terapêutica
- 6 salas de atendimento psicológico individual
- 1 sala de atendimento para enfermagem e assistente social
- 1 copa-cozinha
- 1 farmácia
- 1 sala de medicação injetável
- 1 almoxarifado
- 2 banheiros para funcionários
- 2 banheiros para usuários

### **3.7 Recursos humanos**

Atualmente o serviço conta com 14 (quatorze) técnicos de nível superior, sendo 1 (uma) psiquiatra; 1 (uma) enfermeira; 1 (uma) assistente social; 1 (uma) terapeuta ocupacional; e 10 (dez) psicólogos (8 – oito – com vínculo municipal e 2 – dois – com vínculo estadual). Fazem parte, ainda, 03 (três) auxiliares de enfermagem, 02 (dois) técnicos de enfermagem e 1 (uma) auxiliar de serviços públicos (faxineira). Outro aspecto a ser mencionado é a existência de uma psicóloga, que pertence a Secretaria do Bem Estar Social e que atende a demanda do Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente. Logo, este profissional não consta na equipe mencionada anteriormente, embora encontre-se alocada no Serviço.

O horário de funcionamento do Serviço Psicossocial é de 7' às 17 horas.

Paralelamente, o serviço recebe apoio de um grupo de voluntários que vêm oferecendo um lanche matinal para os usuários, o que demonstra uma interação social com a comunidade, importante para este tipo de serviço onde é fundamental a reabilitação psicossocial.

### **3.7.1 Carga horária**

- Enfermeira/assistente social – 8 horas/dia
- Médicos e terapeuta ocupacional – 4 horas/dia
- Psicólogos – 6 horas/dia – 4 horas (estaduais)
- Auxiliar de enfermagem – 6 e 8 horas/dia
- Auxiliar de serviço público – 8 horas/dia

### **3.7.2 Funções e tipos de atendimentos dos membros da equipe**

- MÉDICOS: Atendimento médico neuropsiquiátrico; atestados e também elaboração de laudos periciais junto à equipe do Fórum.
- PSICÓLOGOS: Atendimento psicológico (psicoterapia infantil, de adolescente e de adulto; psicodiagnóstico; orientações; atendimento de adolescente em grupos; grupo terapêutico; supervisão de estagiários de psicologia.

- ASSISTENTE SOCIAL: Atendimento do serviço social: entrevista; entrevista social; anamnese; orientação familiar; orientação da medicação e visita domiciliar.
- ENFERMEIRA: Atendimento de enfermagem; orientação de saúde geral; orientação medicamentosa e repetição de prescrição; entrevista; agendamento e acompanhamento de pacientes, visita domiciliar, supervisão de estagiários do curso de auxiliar de enfermagem.
- TERAPEUTA OCUPACIONAL: Atendimento de terapia ocupacional; atendimentos na oficina terapêutica em grupo e individual; entrevista.
- AUXILIAR DE ENFERMAGEM: Farmácia – Distribuição de medicamentos (psicotrópicos via oral e injetáveis); controle diário de estoque; entrada e saída de medicações; validade; visitas domiciliares para administração de medicação. Recepção – agendamento interno e externo; abertura de prontuários; retirada de prontuários; convocação de pacientes; pós-consulta e orientações; informações; atendimento telefônico; abertura do serviço; preenchimento inicial da folha de produção médica; fechamento do serviço; verificação de dados vitais; preparação e recepção do material transportado pelo serviço de distribuição e interligação denominado rota.
- AUXILIAR DE SERVIÇOS: limpeza e manutenção da área física.

### **3.7.3 Coordenação e Chefia**



- **COORDENAÇÃO DO SERVIÇO PSICOSSOCIAL:** Integração com os demais membros da Divisão de Saúde e com outras entidades (ex.: Associação Brasileira Comunitária para Prevenção do Abuso de Drogas – ABRAÇO, Fundação Varginhense de Excepcionais – FUVAE, etc). Discussão das diretrizes em andamento e projetos futuros. Atualmente, com a nova gestão, a função por ser gratificada, encontra-se suspensa em termos de estrutura administrativa, embora permaneça informalmente enquanto liderança.
- **CHEFIA IMEDIATA:** Responsável por: entrada/saída medicação, material, manutenção geral da unidade; controle da frequência e pontualidade dos funcionários; controle da produtividade para gratificação, e da produção para AIS; mediação pacientes/funcionários; otimização do fluxo dos pacientes; avaliação do estágio probatório.

### **3.8 Distribuição de poder; gerenciamento e informação na empresa**

No que diz respeito à questão do poder, existe na hierarquia uma autoridade formal condizente com a disposição no organograma da figura 3.

Isto funciona mais no nível externo, isto é, em relação à SEMUS. No nível interno, a questão do poder não é tão marcada, pois as decisões têm caráter mais participativo. Parece ser característico desta equipe um aspecto de autogestão, que não se percebe nos demais setores.

Portanto, o controle do processo é externamente centralizado e internamente descentralizado. Há questionamentos, negociações antes da decisão

vinda de cima ser acatada. Vale observar que a coordenação é feita por um membro que atua nos papéis de coordenador (nível teórico) e de membro da equipe (nível prático).

O gerenciamento da unidade fica por conta da “chefia imediata”, que, através do uso de normas estabelecidas é responsável pela cobrança e verificação dos aspectos relativos ao funcionamento adequado da organização, no âmbito local.

Em suma, ambas as lideranças não são autoritárias e operam preferencialmente através de negociações. Geralmente a escolha dos cargos de gerenciamento é feita através de convite do secretário municipal de saúde. Na maioria das vezes a chefia imediata das Unidades de Saúde fica a cargo de enfermeiras e a coordenação, até o momento tem sido exercida por psicólogo ou psiquiatra.

A realidade material do poder pode ser vista – como em todo serviço público – através da obediência às leis, estatutos e regulamentos. A realidade simbólica se mostra através de uma flexibilização dessas leis (na medida do possível), permitindo mudanças de horário, remanejamento de tarefas etc. É como se a rigidez da legislação fosse amenizada por sentimentos de aceitação e de camaradagem. Neste aspecto específico, acredita-se não haver uma radical mecanização do sujeito.

As informações são transmitidas pelo coordenador e pela chefia imediata em reuniões, geralmente mensais, com a equipe. Há também reuniões da coordenação com os membros das divisões de saúde e administração com a

participação do secretário. Fazem-se também reuniões com outras entidades afins para troca de informações e suporte clínico (ABRAÇO, FUVAE, Fórum).

Não se percebe à primeira vista neste serviço, o controle das informações, do conhecimento e da tecnologia como forma de poder. Percebe-se, como em todo serviço público, a limitação dos recursos materiais, cujo controle não deixa de ser uma forma paternalista de exercício do poder político.

### **3.9 Mão-de-obra, produtividade e controle de produção**

Os dados, para o controle de atendimento diário, são digitados diariamente e; mensalmente são computados e enviados ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o pagamento dos procedimentos efetuados de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

#### **3.9.1 Sistema de controle de produção**

A produção de cada profissional da instituição é previamente estabelecida de acordo com o cargo e as horas trabalhadas por dia, e sua determinação e delimitação cabe à administração municipal, razão pela qual não poderia sofrer alteração, a não ser que antes, passasse pelos trâmites legais cabíveis (tais como formação de projetos de lei, discussão em câmara municipal etc).

O controle da produção é realizado através de mapas padronizados pelo sistema SUS (mapa de consultas, mapa de consulta complementar, Ficha de Atendimento Complementar – FAC/mapa atendimento de enfermagem) obedecendo aos seguintes dados: nome do usuário, número do prontuário, idade,

sexo, tipo de procedimento executado; Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde – CID-10, recurso solicitado e saída do usuário.

A questão dos conflitos, sempre está presente nas organizações, devendo, por isso, ser equacionada de maneira que o nível de tensão seja adequado. Um nível de tensão elevado desorganiza o indivíduo e a produtividade. Baixo também não gera produtividade. No caso das empresas públicas, geralmente encontra-se baixos níveis de conflito, sendo, portanto, baixa a produção, razão pela qual são gerados critérios para incrementar a produtividade.

Entretanto, é preciso, conjuntamente, entender que a produtividade é matéria de interesse que não pode ser desprezada em nenhum estudo do serviço público, principalmente neste município, onde faz parte da remuneração dos profissionais.

Com base no acima exposto, ao final de cada mês, são somados os dados diários de cada profissional e, também, os dados totais de unidade, os quais são remetidos à Secretaria de saúde para fins de gratificação – método estabelecido de estimular a produção.

### 3.9.2 O sistema de informações

O sistema das informações externas ao serviço psicossocial é realizado através de memorandos, relatórios, reuniões e telefonemas.

O sistema de informações interno se compõe de:

- Memorandos, avisos informais, comunicação verbal;
- reuniões mensais da equipe;

- arquivos de textos, de estatística, de portarias e de publicações alusivas à assistência em saúde mental;
- livro de triagem;
- livro diário de consultas;
- Livro de internações psiquiátricas hospitalares;
- prontuários individuais dos usuários.

### 3.9.3 Sistema de controle de pessoal

O controle de frequência de pessoal está sob supervisão direta da chefia da unidade. Ele é realizado através da assinatura diária de folha de ponto, retratando nome e horário da jornada. As férias regulares e prêmios são planejados junto à chefia e à coordenação. Faltas ao serviço e atestados médicos obedecem a tramitação regulamentada pelo estatuto do servidor.

A admissão é feita por concurso público, mas podem também haver contratações temporárias nos casos estabelecidos por lei; bem como existem cargos em comissão que são políticos por serem considerados de confiança. No serviço estudado todos os funcionários municipais são concursados. Os concursados a partir de 04/01/1998 passaram a ter o estágio probatório prorrogado para três anos e a avaliação de desempenho é feita para a aquisição de estabilidade.

## 3.10 Sistemas de premiação e recompensa

O Sistema de Premiação e Recompensa é regulamentado no Estatuto dos Servidores e pelo Plano de Cargos e Salários, no que se refere a: gratificação natalina, gratificação de serviço, por exercício de atividades insalubres, por prestação de serviço extraordinário, adicional noturno; adicional de férias, abono familiar; pela execução de trabalhos técnicos ou científicos, fora das atribuições normais do cargo; gratificação de produtividade e função gratificada.

### 3.10.1 Produtividade (Lei nº. 3.251)

O servidor conta com a Gratificação de Estímulo e Produtividade, que é de natureza temporária e exclusiva para a atividade produtiva. No serviço de saúde mental, todos os servidores têm direito a produtividade, obedecendo suas metas em função do número de usuários atendidos. Para o recebimento de produtividade são observados e supervisionados pela chefia da unidade, os critérios de: produtividade, assiduidade, pontualidade e qualidade.

A gratificação é baseada na produtividade mínima, na intermediária e na máxima, de acordo com o número de usuários atendidos em sua jornada diária de trabalho. Dentro da unidade, pode-se obter a produtividade mínima desde 12% sobre o salário base até a produtividade máxima de 52,5% sobre o salário base. Isto faz com que se torne, atualmente, o benefício mais importante na área de saúde.

## **3.11 Administração central versus administração interna**

A administração externa, considerando-se a Secretaria de Saúde, e em última instância a Prefeitura Municipal de Varginha, sendo um órgão centralizador e hierarquizado relaciona-se com o Serviço Psicossocial de forma harmoniosa, tendo em vista que abre margem a discussões e decisões internas. Contudo, pela própria natureza do serviço público, as discussões e mudanças ocorrem de forma mais lenta, através de troca de comunicados, solicitações, cartas e memorandos internos. Quanto à manutenção (da área física, de equipamentos etc) por não estar diretamente ligada à própria SEMUS, tem seu processo – quando necessário – ainda mais lento.

### **3.12 Clientela**

O serviço é oferecido gratuitamente a toda população do município de Varginha. De acordo com o estudo realizado nos anos de 1996/1997 pôde-se traçar o perfil da clientela do SPS/VG:

“O usuário é do sexo feminino, na faixa etária entre 41 e 50 anos, solteira, com a escolaridade de 1º. grau incompleto, do lar, foi encaminhada pelo clínico geral, provém da rede primária de saúde, nunca foi internada em Hospital Psiquiátrico, tem diagnóstico não definido (...)” (Gomes, 1998, p.13).

Na pesquisa realizada com os usuários do Serviço Psicossocial, em maio/junho de 1999, encontramos os seguintes resultados:

“Os usuários do SPS/VG estão satisfeitos com o atendimento dos profissionais da equipe multidisciplinar e dos auxiliares de enfermagem.

(...)

As principais queixas se referem à localização distante do SPS/VG em relação a alguns bairros periféricos e mesmo a determinados setores da região central da cidade. As principais insatisfações da clientela estudada referem-se à organização do atendimento psiquiátrico com poucas vagas oferecidas, dificuldade para marcar consultas. (...)

Quanto à farmácia, as queixas são a ausência de medicamentos psicotrópicos e o horário de funcionamento de apenas um turno.

Entre as principais sugestões estão a transferência do SPS/VG para prédio na região central da cidade e o suprimento da farmácia com toda medicação psicotrópica necessária aos tratamentos neuropsiquiátricos.

Em suma, de acordo com as opiniões e sugestões emitidas pelos usuários, o SPS/VG apresenta problemas nos aspectos físico (localização inadequada), material (ausência de medicamentos psicotrópicos) e gerencial (fila, agendamento e tipo de atendimento psiquiátrico)” (Sales, 1999, p.274-275).

Todos os dados aqui referenciados se destinam a construir um quadro que conceda amparo para o estudo acerca da otimização do atendimento através de um projeto que busca encontrar no meio interno alternativas para solucionar à curto prazo a questão da demanda. O projeto ao qual se refere este estudo aparece estruturado nas seções seguintes.



## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Considerações iniciais**

Esta pesquisa, do ponto de vista de sua natureza, é aplicada, pois destina-se a produzir conhecimentos específicos para serem aplicados no cotidiano do Serviço Psicossocial, visando encontrar soluções para adequar a demanda. Em relação à forma de abordagem do problema, é qualitativa, retirando do ambiente natural, da vivência do Serviço, através da descrição, os dados para serem analisados pela pesquisadora. Do ponto de vista de seus objetivos (Gil, 1991), trata-se de pesquisa explicativa, requerendo o uso de método observacional e, em relação aos procedimentos técnicos foi estruturada como pesquisa ação-participativa realizada em estreita interação entre pesquisador e membros das situações investigadas, visando a resolução dos problemas em relação ao atendimento do SSP/MG.

O local escolhido para a realização da coleta de dados e para constituir-se em objeto de pesquisa, foi o SPS/VG, um ambulatório para atendimento na área de saúde mental com clientela restrita ao município ao qual pertence. Os dados coletados referem-se à população cadastrada no Serviço (usuários), compondo-se ao acaso, na medida em que utilizaram o serviço no período de 1992 a 2001.

O público-alvo da pesquisa foi o interno: foi trabalhando a partir dos recursos humanos da organização que se procurou minimizar as pressões sobre os trabalhadores da área de saúde e otimizar o atendimento à população.

O pesquisador foi o instrumento-chave da pesquisa, utilizando-se na coleta de dados, do diário de atendimento, do livro de triagem e dos relatórios de controle de produção.

O serviço foi observado, através de sua história e de estudos anteriores, desde sua formação. A partir desta premissa, foram idealizados o planejamento, a implantação e a análise dos resultados. Este trabalho contempla o período compreendido entre setembro de 1999 e junho de 2001.

## **4.2 Procedimentos metodológicos**

Ponto fundamental para a realização deste trabalho foi o envolvimento em forma de ação participativa de toda a equipe, sem a qual não seria possível o planejamento e a operacionalização dos procedimentos aqui descritos. O pesquisador teve em mente o papel de catalizador do processo e sua preocupação foi a de reunir à sua volta uma equipe que entendesse o problema como responsabilidade de todo o grupo, além de motivar toda a equipe a empregar seus esforços em prol da solução do problema proposto. O pesquisador, embora tenha participado diretamente de todo o processo, permitiu que cada membro da equipe entendesse o projeto como algo pessoal, desencadeando a ação participativa já mencionada. Os procedimentos seguiram basicamente três etapas principais: a fase inicial da pesquisa, a coleta de dados e a fase de implantação do modelo.

### **4.2.1 Fase inicial**

Em sua fase de planejamento, antecedida pela observação dos problemas no atendimento, da configuração geral do serviço e da insatisfação entre os profissionais da área, foram definidas as seguintes etapas (figura 4.1):

- Reunião inicial com todos os profissionais de nível superior do Serviço Psicossocial para apresentar o problema, levantar discussões e colher sugestões visando um processo de mudança.
- Reuniões posteriores de divulgação e discussão do projeto onde se definiu o caminho a ser seguido.

#### 4.2.2 Coleta de dados

A operacionalização da pesquisa, excluindo-se as reuniões que foram a base para todo o processo, ocorreu pelo levantamento de dados preexistentes retirados do diário de atendimento, do livro de triagem e do relatório de controle de produção.

##### 4.2.2.1 Diário de atendimento

Este documento contém os seguintes dados:

- Nome do paciente atendido
- Conduta terapêutica e diagnóstico
- Data do comparecimento

O livro contém o controle diário de atendimentos, recebendo, ao final do mês, a somatória dos atendimentos efetuados, dado utilizado pela pesquisa para estabelecer a prevalência no Serviço.

##### 4.2.2.2 Livro de triagem

Este documento é composto por:

- Data da consulta
- Nome do usuário
- Idade e sexo

- Hipótese diagnóstica
- Conduta terapêutica

Este registra a soma das consultas semanais, sendo fechado mensalmente, indicando a incidência no Serviço. Os dados sócio-demográficos não foram empregados neste estudo para manter o foco na demanda para atendimento de modo genérico.

#### 4.2.2.3 Relatórios de controle de produção

Estes documentos forneceram:

- Nome do profissional
- Consultas a produzir
- Consulta agendadas
- Consultas individuais
- Consultas em grupo
- Consultas não realizadas (faltas)
- Consultas realizadas

Este relatório é montado a partir dos mapas de atendimento de controle diário de produção. À exceção do nome do profissional e dos dados referentes a consultas a produzir, todos os demais serviram como amparo para a construção de tabelas e gráficos.

4.2.2.4 Pesquisa em trabalhos referentes ao Serviço Psicossocial de autores diversos;

4.2.2.5 Pesquisa de documentos e arquivos encontrados no local;

4.2.2.6 Pesquisa bibliográfica através de livros, documentos, jornais e revistas.

### 4.2.3 Implantação

Com base nessas informações identificou-se o número de atendimentos efetuados no mês, o número de pacientes novos que ingressam no sistema mensalmente, além de outros dados que pudessem conceder apoio a um estudo estatístico. O resgate de documentos, arquivos e trabalhos diversos permitiu compreender a evolução do serviço.

A partir de tais dados e informações e da análise comparativa, que partiu do modelo de atendimento detectado, utilizou-se de um modelo de uma gestão baseada em ferramentas administrativas atuais e que pudesse ser adaptada e implantada junto ao modelo público de um Serviço Psicossocial.

#### 4.2.3.1 Ações para implantação

Várias reuniões foram necessárias para elaboração de estratégias de atuação com profissionais da equipe contando com o envolvimento motivacional dos envolvidos. Aos resultados das análises comparativas realizadas anteriormente foram realizadas as seguintes ações para implantação do modelo:

- Reunião com Secretário de Saúde do município apresentando o projeto e solicitando autorização para o início do processo;
- Elaboração de documentos direcionados à SEMUS contendo as propostas para melhoria no atendimento do Serviço, conforme resultados da reunião com o Secretário de Saúde (vide anexo 1);
- Memorandos internos divulgando a proposta de mudanças veiculadas entre toda a equipe, tanto dos profissionais de nível superior (atestando a aceitação das propostas discutidas), quanto para o pessoal de nível médio (dando ciência das alterações da rotina diária no ambulatório, e

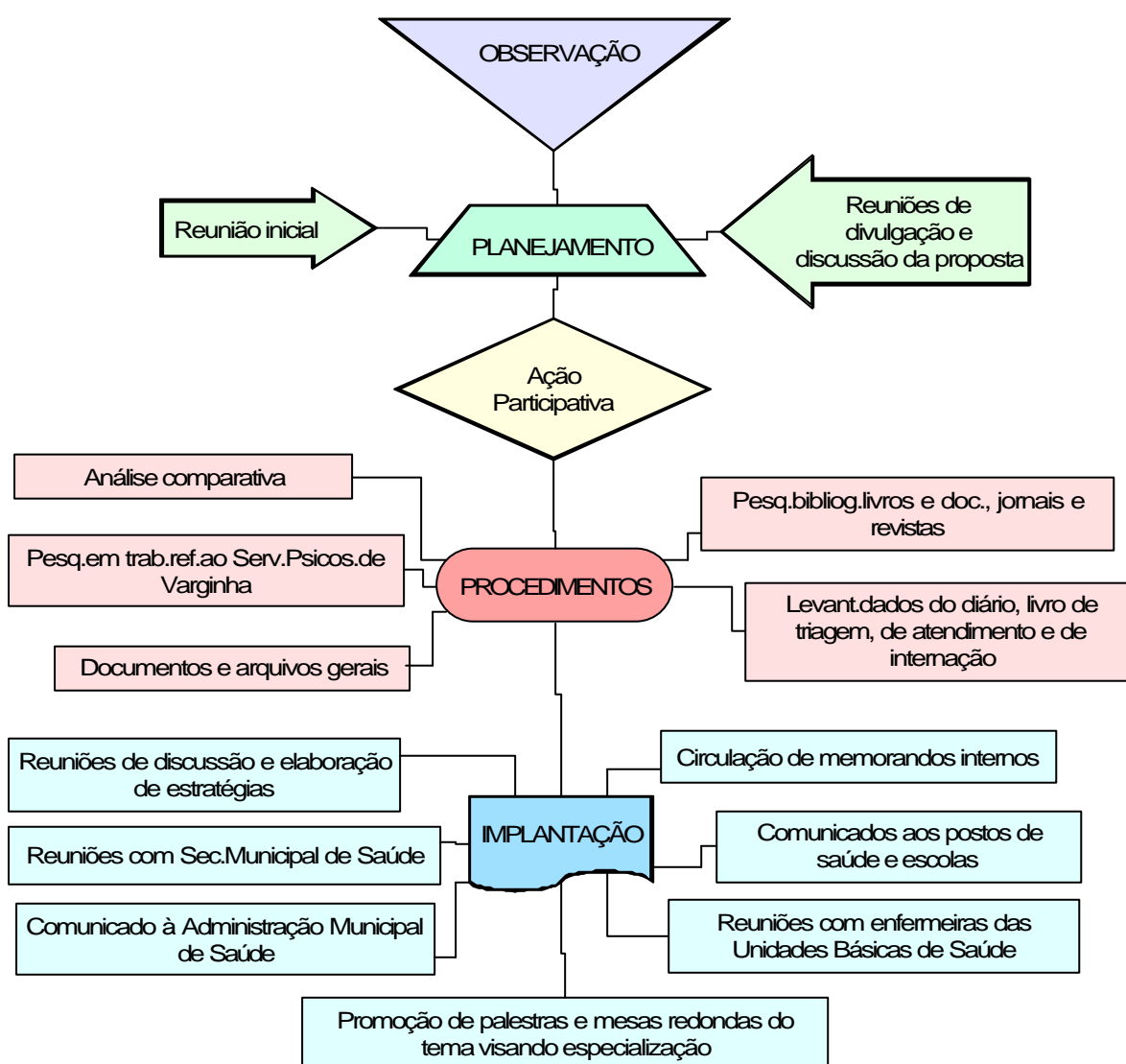
chamando-os, em certa medida, a participar também ativamente do processo – vide anexo 2);

- Comunicados para as unidades básicas de saúde e escolas indicando alterações no direcionamento do serviço (esta informação foram imprescindíveis, levando-se em conta que são os postos e as escolas que enviam a maior parte dos encaminhamentos para o Serviço – vide anexo 3);
- Divulgação dos critérios para atendimento, visando estabelecer normas, ou regras para diferenciação e seleção dos casos a serem encaminhados. Estas informações foram disseminadas tanto junto à equipe do ambulatório, quanto para as unidades básicas de saúde e escolas (vide anexo 4);
- Reuniões com enfermeiras nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) para divulgação e esclarecimento das dúvidas, surgidas a partir da leitura do estabelecimento de critérios para o atendimento, bem como das propostas de mudanças para a realização desse atendimento, que foram consideradas prioritárias para motivar e capacitar o pessoal externo ao Serviço;
- Reunião geral da equipe com: as enfermeiras, o coordenador geral das UBS's, o coordenador dos serviços especializados, o Secretário da Saúde com o objetivo de concluir e dirimir todas as pendências a fim de que o processo de implantação seja concluído;
- Promoção de palestras e mesas redondas sobre temas relacionados ao projeto, principalmente referindo-se à questão dos critérios diagnósticos,

visando capacitar o pessoal externo para atender às necessidades de seleção e encaminhamento do Serviço Psicossocial.

- Reuniões para reavaliar todo o processo. As reuniões tinham como proposta discutir o andamento das mudanças implantadas, a fim de promover ajustes na sistemática organizacional.

Figura 4.1: Fluxograma de estratégias metodológicas



Fonte: Organizada pela autora.

### 4.3 Considerações finais

Os dados sócio-demográficos são importantes para a caracterização da clientela, mas em termos de adequação da demanda tais informações tiveram de ser desconsideradas para não fugir ao foco do estudo, embora fossem imprescindíveis para o desenvolvimento de um planejamento estratégico. Todavia, a magnitude do projeto demandaria maior tempo para análise, o que inviabilizou sua utilização neste momento.

Desenvolvida a metodologia, esta foi aplicada na estrutura administrativa do Serviço Psicossocial e posteriormente foram colhidos e observados os resultados cuja apresentação será discutida na seção seguinte.



## **5 APLICAÇÃO**

### **5.1 Considerações iniciais**

Tendo em vista o objetivo geral desta dissertação, qual seja o de contribuir para que o SPS/VG passe a apresentar um atendimento otimizado, reduzindo assim a demanda através da reavaliação de seu modelo organizacional, foram estabelecidas como bases para análise alguns objetivos específicos. Acerca destes objetivos serão tecidas as análises apresentadas a partir deste momento.

### **5.2 Desenvolvimento**

O primeiro ponto a ser discutido é a demonstração da necessidade de alteração da estrutura organizacional do Serviço Psicossocial; ou seja, apresentar qual foi o fator, ou quais foram as circunstâncias que chamaram a atenção da pesquisadora a fim de realizar mudanças que acabariam por culminar nesta dissertação.

Conforme apresentado na introdução, este é o ano dedicado à Saúde Mental, tendo em vista, principalmente, a mudança de paradigma a respeito desta questão, em que se passou a divulgar o lema “cuidar sim, excluir não”. Assim, o atendimento ambulatorial próximo ao meio familiar e à prevenção ganham destaque em relação à internação que, antes, era considerada como principal forma de tratamento psiquiátrico. Este fator, que concede maior ênfase ao serviço ambulatorial foi também responsável por um significativo aumento na demanda. Tal aumento, aliado às mudanças da contemporaneidade, bem como a ampliação do esclarecimento

público conquistado a partir da abertura e divulgação através da mídia das alterações psíquicas vem potencializando a demanda natural, que só pelo crescimento populacional tende a crescer. Esta maior produção do conhecimento público é importante na medida em que quebra tabus e preconceitos acerca da doença mental e de seus tratamentos o que leva à necessidade de alterações para lidar com este crescimento, independente de quaisquer outros fatores.

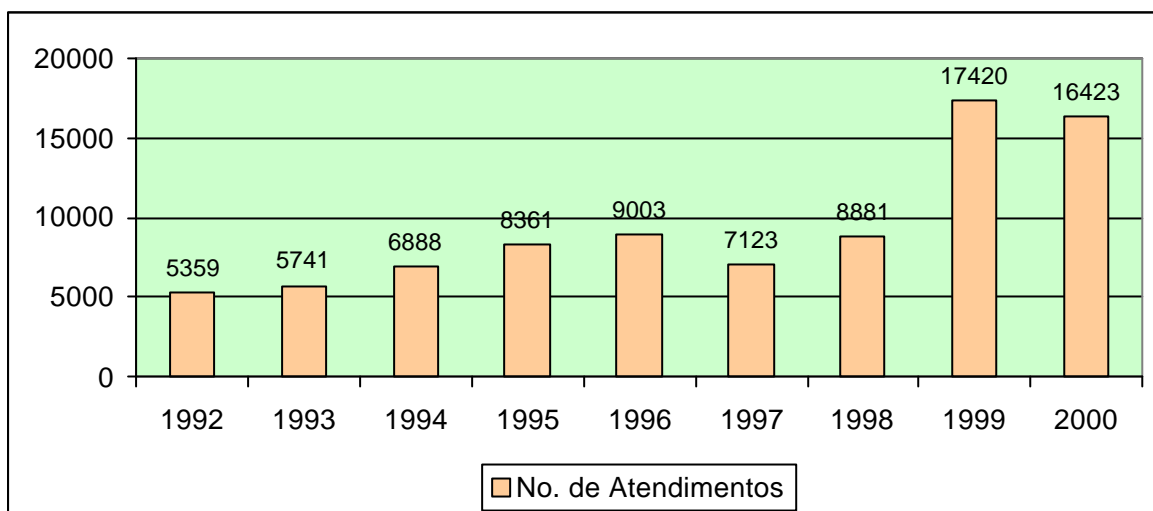
As mudanças da contemporaneidade aqui referenciadas são: maiores pressões sociais em função das alterações trazidas pela globalização econômica, que privilegia a velocidade nas informações e nos fatores produtivos, trazendo como resultados estresse, alienação, e disfunções psíquicas nas mais variadas formas. É ainda preciso entender que diante do aumento desordenado da demanda (tabela 5.1) e da presença de filas de espera para atendimento, caso não fossem realizadas mudanças, a população teria mais dificuldade de acesso a este tipo de tratamento e a equipe cada vez mais seria pressionada para aumentar o número de atendimentos, conforme demonstra o gráfico (figura 5.1).

Tabela 5.1: Evolução no número de atendimentos

<b>Ano</b>	<b>No. de Atendimentos</b>
1992	5359
1993	5741
1994	6888
1995	8361
1996	9003
1997	7123
1998	8881
1999	17420
2000	16423

Fonte: Livro Diário de Atendimentos do Serviço Psicossocial de Varginha – MG – Período de 1992/2000

Figura 5.1: Gráfico - Progressão do número de atendimentos – 1992-2000



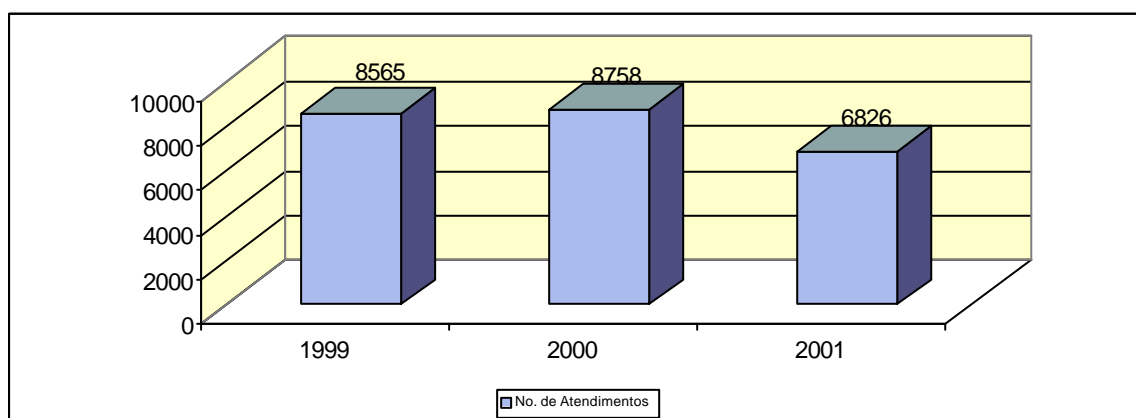
Através da figura 5.1 é possível observar que nos últimos anos o aumento no número de atendimentos tornou-se excessivamente elevado, sem o necessário aumento do número de profissionais, sobrecarregando o sistema.

Tabela 5.2: Estudo do atendimento – 1º semestre

Ano	No. de Atendimentos
1999	8565
2000	8758
2001	6826

Fonte: Livro Diário de Atendimentos do Serviço Psicossocial de Varginha – MG – Período de 1999/2001

Figura 5.2: Gráfico - Número de atendimentos – 1º. semestre – de 1999 a 2001



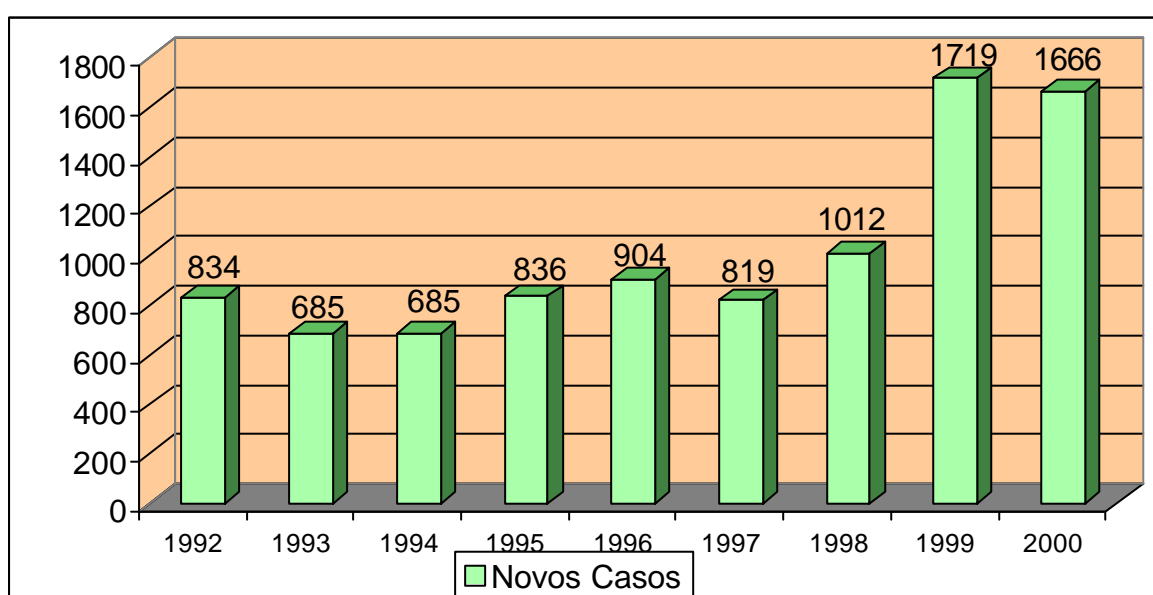
Na tabela 5.2 e na figura 5.2, que realizam um estudo semestral a fim de incluir o ano de 2001 na comparação, percebe-se que após a aplicação do projeto, constata-se uma redução no número de atendimentos.

Tabela 5.3: Incidência de casos

Ano	Novos Casos
1992	834
1993	685
1994	685
1995	836
1996	904
1997	819
1998	1012
1999	1719
2000	1666

Fonte: Livro de Triagem do Serviço Psicossocial de Varginha – MG – Período de 1992/2000

Figura 5.3: Gráfico – Incidência de casos – 1992-2000



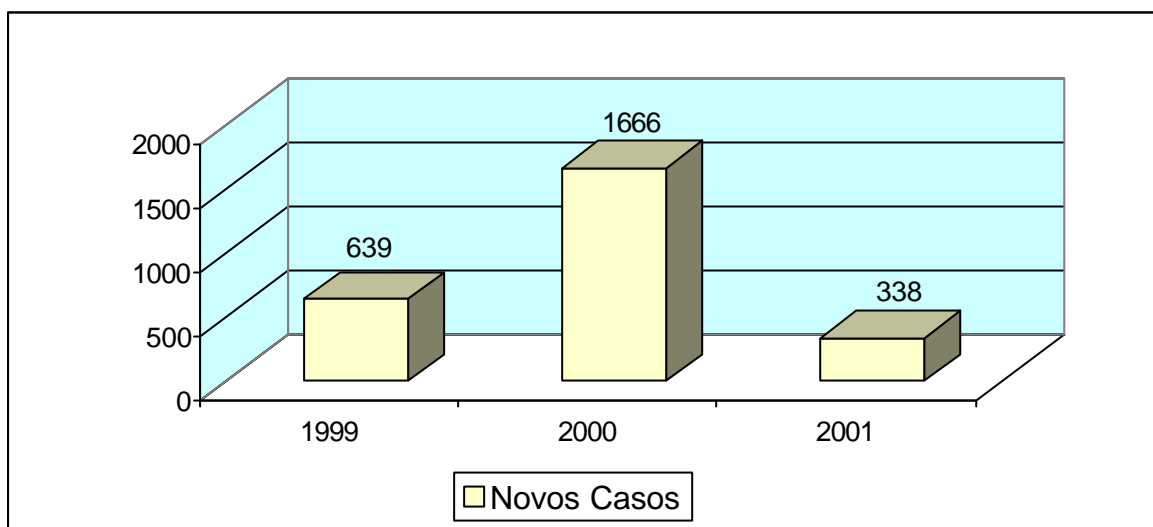
Além do número de atendimentos global da unidade, importa ainda possuir informações acerca do número de casos novos (incidência), o que consta no livro de Triagem. A visualização destes dados é melhor interpretada a partir da tabela 5.3 e da figura 5.3.

Tabela 5.4: Estudo da incidência – 1º semestre

Ano	Novos Casos
1999	639
2000	1666
2001	338

Fonte: Livro de Triagem do Serviço Psicossocial de Varginha – MG – Período de 1999/2001

Figura 5.4: Gráfico – Progressão das incidências no 1º. semestre – 1999-2001



Da mesma forma (tabela 5.4 e figura 5.4) foram levantados dados semestrais dos últimos 3 anos, a fim de incluir o ano de 2001 no estudo, observando-se um decréscimo de incidência de novos casos neste período.

Continuando esta avaliação, compreende-se que suprir o acréscimo no número de atendimentos observado principalmente a partir de 1999 depende de aspectos inerentes à estrutura descrita em alguns itens da seção 3, sendo, pois, fundamental localizar pontos passíveis de alterações capazes de influenciar a demanda. Por isso, avaliou-se:

- a) Limitação dos recursos físicos, que por possuir uma área construída restrita, sem possibilidades de expansão em sua atual localização, inviabiliza o aumento de sua capacidade de atendimento pela ausência de ambientes (como novos consultórios, oficinas terapêuticas, dentre outros, no horário de funcionamento habitual).
- b) Recursos Humanos, carga horária e funções compatíveis com os recursos físicos, o que inviabiliza o aumento da equipe no horário habitual.

A solução através deste recurso só seria possível com a criação de novo turno de trabalho e/ou o aumento da jornada de trabalho. Contudo, esta possibilidade, bem como a de ampliação dos recursos físicos de forma associada, dependem de negociações com a administração municipal, envolvendo aspectos administrativos, econômicos e políticos que projetam a solução para longo prazo.

Devido a recursos físicos e humanos limitados e à impossibilidade de ampliação imediata, a absorção da demanda já fica assim limitada desde o início.

Idealizou-se então uma abordagem administrativa que privilegiasse soluções a curto prazo adequando a demanda através da adoção de diretrizes para uma mudança organizacional planejada produzindo uma adequação no número de atendimentos. Este aspecto mereceu a primazia do estudo face à crise enfrentada pelo setor com o aumento da demanda, exigindo soluções imediatas.

Assim, com base no fluxograma constante na figura 3.4 localizaram-se alguns procedimentos que poderiam ser alterados para otimizar no menor espaço de tempo possível os problemas existentes com relação ao atendimento. São eles:

- a. Demanda espontânea;
- b. Encaminhamentos;
- c. Agendamento;
- d. Primeira entrevista;
- e. Triagem.

Partindo da necessidade de alteração da estrutura organizacional e entendendo-se que o organismo em estudo pertence ao serviço público, organização que prima pelo aspecto burocrático embutido em sua cultura, deve-se agora procurar

identificar se a estrutura burocrática contida na seção 3 tem contribuído para interferir negativamente na capacidade de atendimento de forma relevante.

Este aspecto foi destacado a partir de itens que realizam o estudo da distribuição de poder e afins, conforme segue:

Funções de chefia e coordenação. Esta subdivisão, presente em toda organização burocrática, não afeta negativamente a questão da capacidade de atendimento no serviço em questão. Isto se deve a particularidade de flexibilização das leis permitidas a partir de lideranças não-autoritárias e harmoniosas que operam preferencialmente através de negociações, interessadas na melhoria do serviço, capazes de permitir a ação participativa de toda a equipe.

Distribuição de poder; gerenciamento e informação na empresa. A distribuição de poder, conforme é possível entrever no item acima, é flexível, permite um gerenciamento com aspectos de autogestão. O controle de informações, de conhecimento e tecnologia não é empregado como forma de poder, logo, não interfere negativamente na capacidade de atendimento.

Mão-de-obra, produtividade e controle da produção. A relação entre mão-de-obra, produtividade e controle da produção neste serviço pode interferir na demanda na medida em que pretende promover o aumento do atendimento. Porém, o aspecto negativo aqui estaria relacionado à qualidade do atendimento prestado: se o mesmo é realizado em um espaço temporal reduzido, existe maior propensão à menor resolubilidade. Logo, não sendo a queda na qualidade do atendimento um fator desejado, este não pode ser considerado um item a ser trabalhado em prol do aumento de capacidade de atendimento.

Sistemas e processos de controle de produção, informação e pessoal. Os sistemas e processos de controle de produção, informação e pessoal são necessários nos serviços públicos, devido à necessidade de comprovação da produção. Assim, muito embora possam interferir de forma a reduzir o atendimento diante da excessiva burocracia, são importantes no serviço, não existindo até o momento nenhum outro modelo que se aplique de maneira efetiva e eficaz para substituir este formato. Por isso, considera-se que este não seja um fator a ser trabalhado em prol da demanda, pois sua alteração ocorreria apenas de médio a longo prazo. Outro fato é que a abolição de todos os sistemas de controle inviabilizariam o acompanhamento estatístico da evolução do sistema, diante da inexistência de dados informados, o que não é desejado, nem possível, uma vez que a manutenção financeira do serviço em questão depende de verba enviada pelo SUS através do Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica (SIGAB), para o qual estes dados são imprescindíveis.

Sistemas de premiação e recompensa. Estes sistemas também representam formatos de estratégia organizacional intimamente associados ao serviço público, que, diante da estabilidade própria aos organismos públicos precisam promover a produtividade. Entretanto, no decorrer da implantação do projeto, foram discutidas questões que apontam o sistema como falho, tendo em vista que os profissionais do serviço não podem dedicar atenção exclusiva ao atendimento, pois existe a necessidade de discussão de casos, de atendimentos telefônicos, de elaboração de laudos, de anotações em prontuários, de convocação de pacientes, da existência de meses com poucos dias úteis a serem trabalhados, dentre outros fatores de interferência que, muito embora não contem como



produtividade, fazem parte das funções inerentes a cada elemento do grupo. Contudo, a alteração destes sistemas depende, em grande medida, da administração municipal, fato que inviabilizaria seu emprego como fator de influência significativa para aumentar os atendimentos, por envolver fatores como contratação de mão-de-obra auxiliar (o que é inviável no momento conforme constatado no estudo de recursos físicos e humanos). Assim, a pesquisa não desqualifica este sistema como fator de relevância sobre o número de atendimentos, apenas afirma que este não é o caminho para atender ao aumento de demanda. Isto se deve ao entendimento que, mesmo diante de alterações ou de supressão dos sistemas de premiação e recompensa, não se obteria o aumento no atendimento necessário para suprir a demanda.

Relação entre administração central versus administração interna. Muito embora esta relação mude de uma administração municipal para outra, nos últimos anos tem se mostrado bem sucedida, sem entraves na comunicação. A necessidade de circulação de grande volume de papéis entre os dois organismos existe, mas tem sido trabalhada de forma a minimizar seus efeitos sobre o atendimento, razão pela qual não representa fator de alteração negativa na capacidade de atendimento.

Analisados todos estes pontos, pode-se confirmar que a presença da estrutura organizacional burocrática no Serviço Psicossocial não tem interferido de maneira significativa na capacidade de atendimento, de forma que a mudança para um sistema organizacional que suprimisse os aspectos burocráticos da organização não contribuiria de modo relevante para ampliar o número de atendimentos necessários para acompanhar o crescimento da demanda.

Em relação aos objetivos da organização, cumpre analisar se o serviço apresenta objetivos adequados à atual realidade dos Serviços Psicossociais. Estes foram apresentados na seção 3, em seu item 3.3. O que se coloca em discussão a este respeito é o fato da amplitude de suas proposições, que, apesar de serem verdadeiras, necessitam de restrições que possibilitem focar corretamente a população-alvo. Deste modo, observa-se que o atendimento era oferecido a toda população que apresentasse qualquer tipo de sofrimento psíquico, o que é desejável, porém, nem sempre possível.

Com o correr dos anos, o mundo deparou-se com uma estrutura conhecida como globalização, trazendo aumento na velocidade das informações. Disto advêm benefícios e malefícios para as organizações em termos de adaptação, com a conseqüente ampliação das pressões sociais, sejam elas de luta de classes, de empobrecimento populacional, de atritos familiares e afins. O município passa a integrar-se com maior notoriedade à ciranda financeira a partir da implantação do Porto Seco.

Com o crescimento e desenvolvimento do município, os objetivos determinados por ocasião da instauração do SPS/VG necessitam de uma reavaliação para adequar-se ao aumento da demanda.

Por outro lado, desde 1989 existia uma tramitação legal no Congresso acerca da luta antimanicomial possuindo como objetivo a extinção dos hospitais psiquiátricos e a reforma psiquiátrica brasileira (lei sancionada, finalmente em abril de 2001). Isso gerou discussões acirradas, inclusive com participação popular, fazendo com que a população procurasse com maior intensidade o serviço. O aspecto fundamental dessa lei é a redução ao máximo das internações em Hospitais

Psiquiátricos. Vale salientar que nestes anos todos de discussões, embora houvesse uma direção acerca da política de saúde mental no país, esta vem ganhando importância e definindo suas prioridades neste ano mundial dedicado à Saúde Mental.

Com todas estas mudanças, os objetivos, embora nobres, devem ser adaptados à nova realidade. Neste projeto as discussões da equipe entenderam que os objetivos anteriores eram muito amplos, e, portanto, mereceram atenção especial no sentido de providenciar maior identificação com a atual política de Saúde Mental, e de atender principalmente à população mais gravemente atingida pelo sofrimento psíquico evitando a sua internação psiquiátrica.

Estabeleceram-se então critérios para atendimento no Serviço Psicossocial de forma a definir adequadamente a população-alvo.

Tem sido muito comum na atualidade a utilização por diversos setores da sociedade moderna de termos psicológicos e psiquiátricos como referências aos eventuais sintomas que alguém esteja apresentando. Este é, em verdade, parte da questão: como não estão preparados a classificar de maneira correta um problema relatado no momento, as demais unidades de saúde facilmente alocam possíveis pacientes para o Serviço Psicossocial que não se encaixam nas atuais diretrizes de atendimento do setor. Assim tem-se que simples desconfortos mentais são erroneamente classificados nos postos de saúde como depressão, estresse e ansiedade, e acabam, por demanda espontânea, por leigo e/ou encaminhamento inadequado, sendo dirigidos aos especialistas do Serviço Psicossocial, que ocupados desnecessariamente, deixam de atender casos de maior gravidade.

Este é exatamente um ponto estratégico que está sendo trabalhado neste projeto: elaboração e implantação de filtros divulgados para o sistema de saúde a fim de apresentar encaminhamentos mais criteriosos. Um atendimento específico ajuda as pessoas a serem atendidas de acordo com o real grau de importância dos sintomas apresentados, além de constituir-se em importante fonte redutora dos problemas enfrentados com o atendimento, influenciando significativamente na demanda.

Os filtros têm sido divulgados através de troca de correspondências entre os setores de saúde, mas exigem maior capacitação profissional. Entretanto, o atendimento tem sido mais seletivo. E este fator, aliado à participação consciente de cada profissional do Serviço Psicossocial, tem determinado uma melhoria de qualidade no atendimento no setor.

Na primeira reunião de avaliação da implantação do projeto (tendo-se previamente o cuidado de realizar encontros em unidades básicas de saúde espalhadas pela cidade) detectou-se a necessidade de promover reuniões nestas UBS's onde a ênfase recaísse na transmissão de conhecimentos e diretrizes destinados a capacitar melhor os profissionais encarregados das seleções para o encaminhamento ao Serviço Psicossocial.

Externamente, conforme já mencionado, é preciso treinar o pessoal que atende nos postos de forma a que possam realmente encaminhar de maneira adequada a clientela para o Serviço Psicossocial. É preciso estar atento às necessidades e desejos do cliente, bem como esclarecê-lo sobre o tratamento. Assim, em conjunto com o meio externo a equipe poderá dedicar sua atenção em atender casos de maior gravidade que, de outra maneira, poderiam ficar em fila de espera ou até mesmo não chegarem a receber o devido atendimento. Realizadas as

reuniões nas unidades básicas de saúde, obteve-se a informação vinda da contribuição de várias enfermeiras que participaram ativamente, de que tais diretrizes deveriam, ainda, ser repassadas ao grupo de médicos que atuam nos referidos postos, tendo como objetivo impedir que casos leves, de fácil resolução, sejam repassados ao Serviço. Entretanto, tal solução requer uma breve atualização, promovida igualmente pelos profissionais do Serviço, a fim de capacitá-los para que atendam às necessidades contidas nas orientações determinadas a partir da implantação do projeto.

Tal medida tem encontrado algumas resistências, tais como impossibilidade de reunir um número representativo de profissionais ao mesmo tempo e num mesmo local devido a diversos fatores, principalmente a disponibilidade de tempo (de ambas as partes envolvidas), desmotivação, baixos salários etc. Aqui seria necessário um trabalho reunindo no máximo três profissionais a cada encontro no horário de atendimento em cada unidade. Isto afetaria a produtividade e o número de atendimentos de toda a unidade e do próprio Serviço exigindo novas estratégias para contornar os problemas aqui relacionados.

Por outro lado, há de se mencionar que a definição de uma política de capacitação e qualificação de recursos humanos deve ainda adequar-se aos princípios e propostas do novo modelo assistencial defendido pela Reforma Psiquiátrica, o que vem sendo discutido mais sistematicamente desde o fórum nacional de 31 de maio de 2000. A capacitação interna é, pois, igualmente (ou mais) importante que a externa para o atendimento em si.

No âmbito interno, com a mudança de paradigma na Saúde Mental, a questão da inserção dos profissionais na equipe tem sido tema de reflexão e debate,

especialmente nas últimas décadas, onde se discute o papel e/ou se a formação do psiquiatra, do psicólogo, da enfermeira, da assistente social, da terapeuta ocupacional e dos demais componentes os capacitam a abarcar as novas perspectivas. Entende-se que o mundo e, o Brasil em particular, atravessa um quadro de crise cultural, social e ética trazendo o aparecimento de novos espaços para a prática destes profissionais. São, em verdade, problemas até então desconhecidos no campo de formação acadêmica, o que conduz a novas propostas curriculares que acompanhem efetivamente as novas exigências do contexto social.

A maioria da equipe em questão possui formação teórica onde predomina um modelo clínico-psicanalítico que deve ser repensado face à forma de atuação no serviço público. Identifica-se aqui certo descompasso entre o instrumental teórico dominante e a realidade de trabalho, pois o modelo de atendimento do serviço público é um modelo médico, que diverge do modelo psicológico de atendimento, o que representa mais uma dificuldade de entendimento por outras áreas acerca das questões psíquicas, sendo, portanto, mais uma razão para ampliar e divulgar o conhecimento, através de treinamento. E, no âmbito interno, a questão da capacitação vem sendo levada à sério através da participação de várias pessoas da equipe em curso de especialização na área de saúde mental e saúde pública e do reconhecimento de que, para divulgar o conhecimento no meio externo é preciso, antes, realizar a ampliação do mesmo internamente.

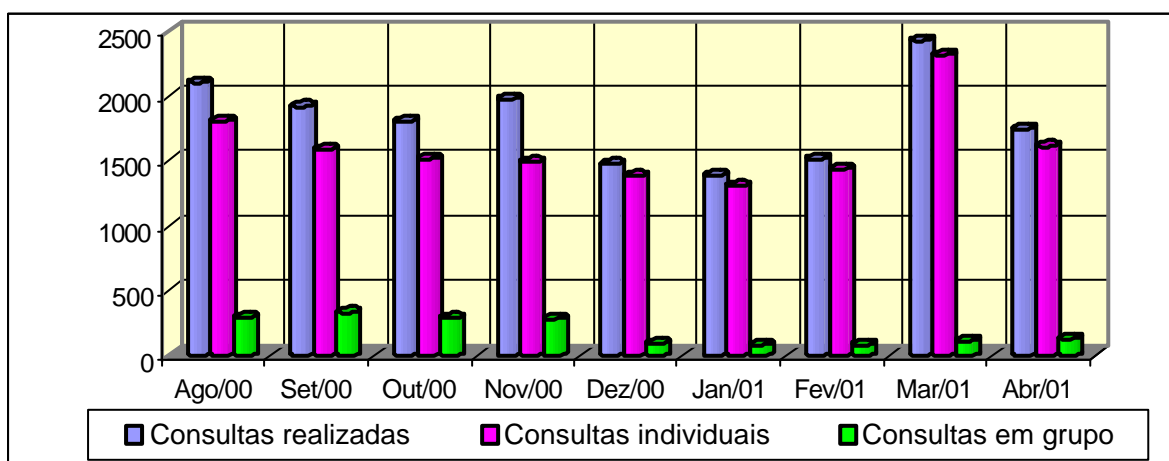
No Serviço predomina o atendimento individual conforme observado na tabela 5.5 e na figura 5.5:

Tabela 5.5: Consultas realizadas (individuais e grupos)

Mês	Cons.realiz.	Consultas	
		Indiv.	grupo
Agosto/2000	2103	1809	294
Setembro/2000	1922	1591	331
Outubro/2000	1806	1517	289
Novembro/2000	1978	1493	285
Dezembro/2000	1477	1385	92
Janeiro/2001	1389	1306	83
Fevereiro/2001	1515	1435	80
Março/2001	2430	2318	112
Abril/2001	1745	1613	127

Fonte: Controle de Produção de Profissionais de Nível Superior – Prefeitura Municipal de Varginha – Período de 2000/2001

Figura 5.5: Gráfico: atendimentos individuais X grupos



Esta priorização do atendimento individual tem a ver com a própria formação da equipe. Sendo assim, para falar-se em alterações na forma de atendimento, isto é, no aumento do número de atendimentos em grupo, seriam necessários três pontos: (1) aumento da capacidade física do Serviço, com salas mais amplas; (2)

capacitação dos profissionais nesta modalidade de atendimento; (3) estabelecimento de critérios diagnósticos para os casos a serem indicados.

Vêm, ainda, sendo discutidos pela equipe de profissionais vários outros modelos de atendimento em vigor em outras regiões do país e até mesmo fora dele. Toda esta ação tem em vista avaliar a adequação do atual modelo de atendimento deste Serviço, pois muito ainda há por se discutir em questão de atendimentos em grupos, de grupos operativos, grupos de orientação, grupo familiar, grupos psicoeducativos, psicoterapia breve, ou mesmo, uma nova quebra de paradigma com ênfase na prevenção e na saúde ao invés de no tratamento da doença.

No que concerne às contribuições realizadas por este estudo para a organização de uma evolução planejada, há de se mencionar a necessidade de ampliação do meio físico e humano; a capacitação profissional, imprescindível para a melhoria do atendimento; e a continuidade e produção de novos resultados com análise e discussão dos mesmos periodicamente. Além de tudo, há que se permitir a realização de modificações que se fizerem necessárias frente ao aparecimento de entraves associados à rotina diária. Deve-se ainda avaliar metas e desenvolver estudos que permitam a ampliação de atendimentos em grupo, das oficinas terapêuticas, de leitos psiquiátricos e ou de enfermaria em hospital geral. Inclua-se aqui também a implementação de programas terapêuticos na modalidade de residências terapêuticas, destinadas a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar, conforme o disposto na portaria MS/GM nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000.



### 5.3 Apresentação e análise dos resultados

Resumindo todos os aspectos aqui estudados e discutidos, chegou-se à estrutura organizacional que segue.

A demanda para o Serviço que antes podia acontecer de forma espontânea ou através de encaminhamentos diversos, conforme consta na figura 3.4, a partir da implantação deste projeto restringiu-se e, os encaminhamentos passaram a seguir os ditames constantes nos anexos 2, 3 e 4. Na prática isto resultou em extinção das listas individuais de espera para atendimento psicológico no serviço, antes com cerca de 60 a 80 pessoas por profissional, que normalmente, levavam meses para serem atendidos. Já em abril de 2001 era possível se perceber uma melhoria significativa neste quadro que caiu dos mesmos 60 a 80 por profissional para 68 adultos e 75 crianças para todo o serviço.

As listas de espera para psicoterapia, que deixaram de ser por profissional e que agora ficam nas UBS (quadro 5.1) com controle informal do número de pessoas aguardando no Serviço (quadro 5.2), passaram a apresentar-se da seguinte forma:

Quadro 5.1: Listas de Espera UBS

Psicoterapia Adulto				
Nome	Idade	Motivo encaminhamento	Tel./End./Contato	Data Agend.

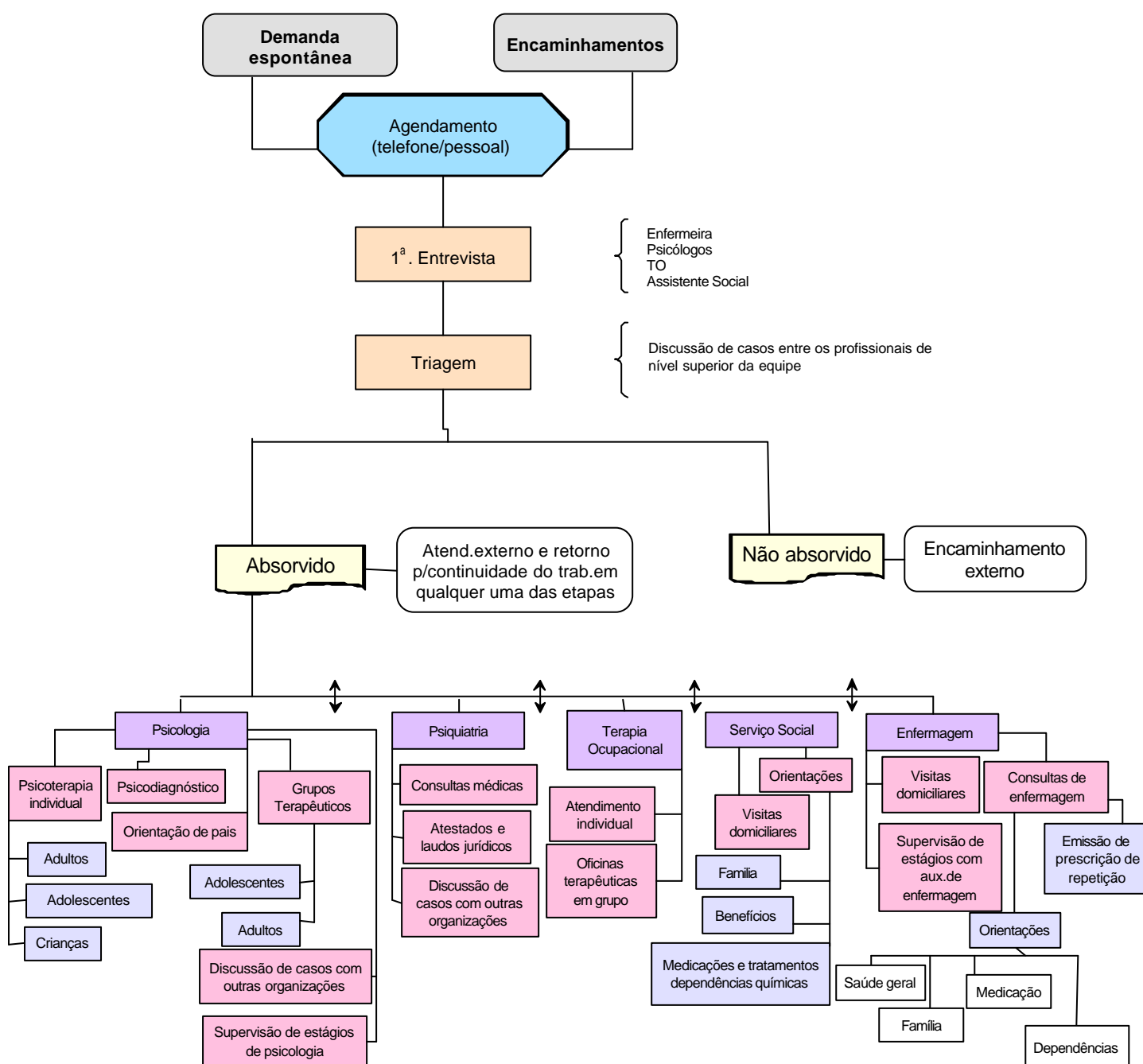
Psicoterapia Infantil				
Nome	Idade	Motivo encaminhamento	Tel./End./Contato	Data Agend.

Quadro 5.2: Controle Listas de Espera Serviço Psicossocial

Psicoterapia Adulto		Psicoterapia Infantil	
Nome UBS	No. de adultos	Nome UBS	No. de crianças

Foram, então, realizadas modificações no fluxograma do serviço (figura 3.4), que passou a apresentar uma nova configuração, possível de ser observada na figura 5.6. Contudo, sendo uma estrutura móvel, esta fase teve novas adaptações que culminaram em um modelo que será entendido de forma mais clara a partir da observação da figura 5.7, apresentada logo em seguida.

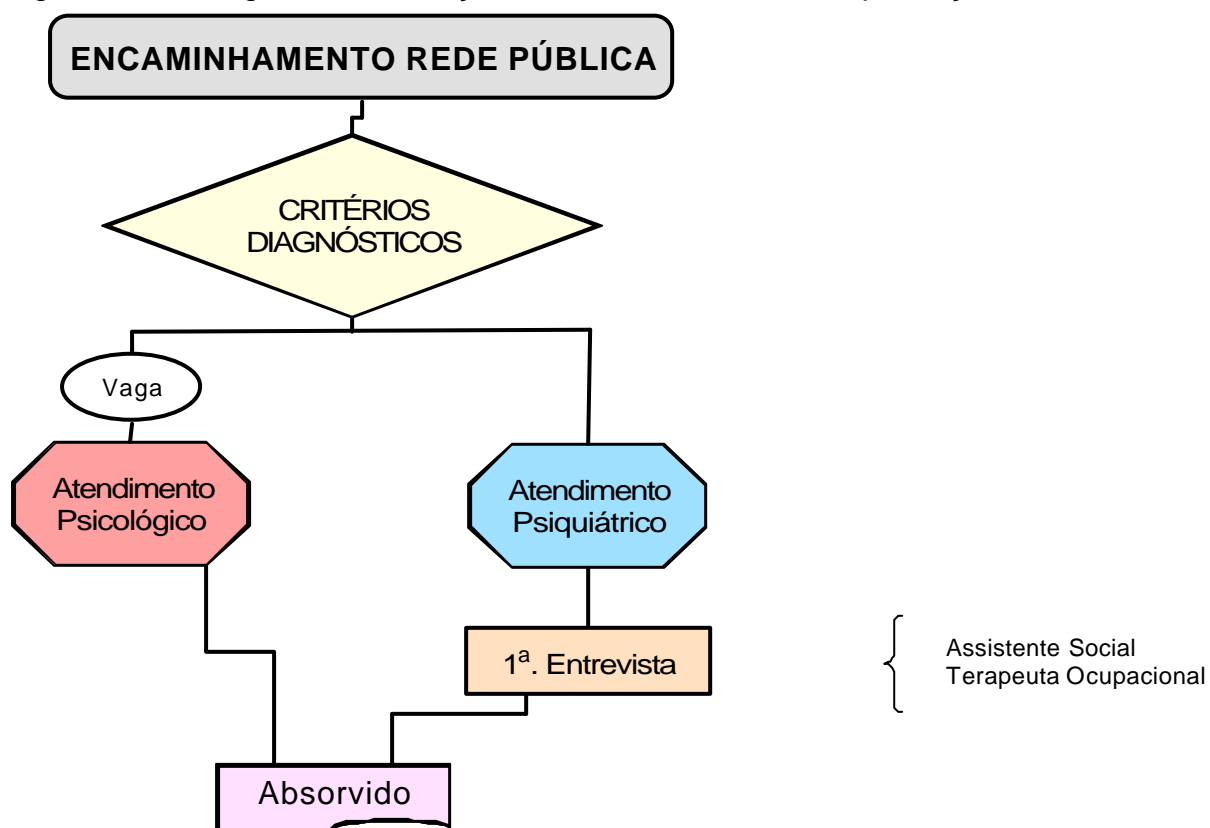
Figura 5.6: Fluxograma do Serviço Psicossocial – Início do Projeto



Fonte: Organizada pela autora.

Este fluxograma, apesar de servir para rememorar ao leitor a estrutura funcional existente ao início do projeto, contém uma diferenciação básica com relação à figura 3.4: a ausência do serviço de neurologia, fator de aumento de demanda, que deixou de fazer parte dos serviços oferecidos pelo SPS/VG a partir de março de 2001. Quando a neurologia com a proposta de um atendimento neuropsiquiátrico passou a fazer parte do Serviço em abril de 1999, a demanda aumentou indevidamente porque as pessoas passaram a solicitar os serviços neurológicos por questões de preconceito (pessoas que antes não procuravam o serviço porque não eram “loucas” agora vieram na neurologia a “solução” para seus problemas). Futuramente, a neurologia integrará o quadro da unidade especializada para atendimentos médicos juntamente com as demais especialidades.

Figura 5.7: Fluxograma do Serviço Psicossocial – Fase de implantação

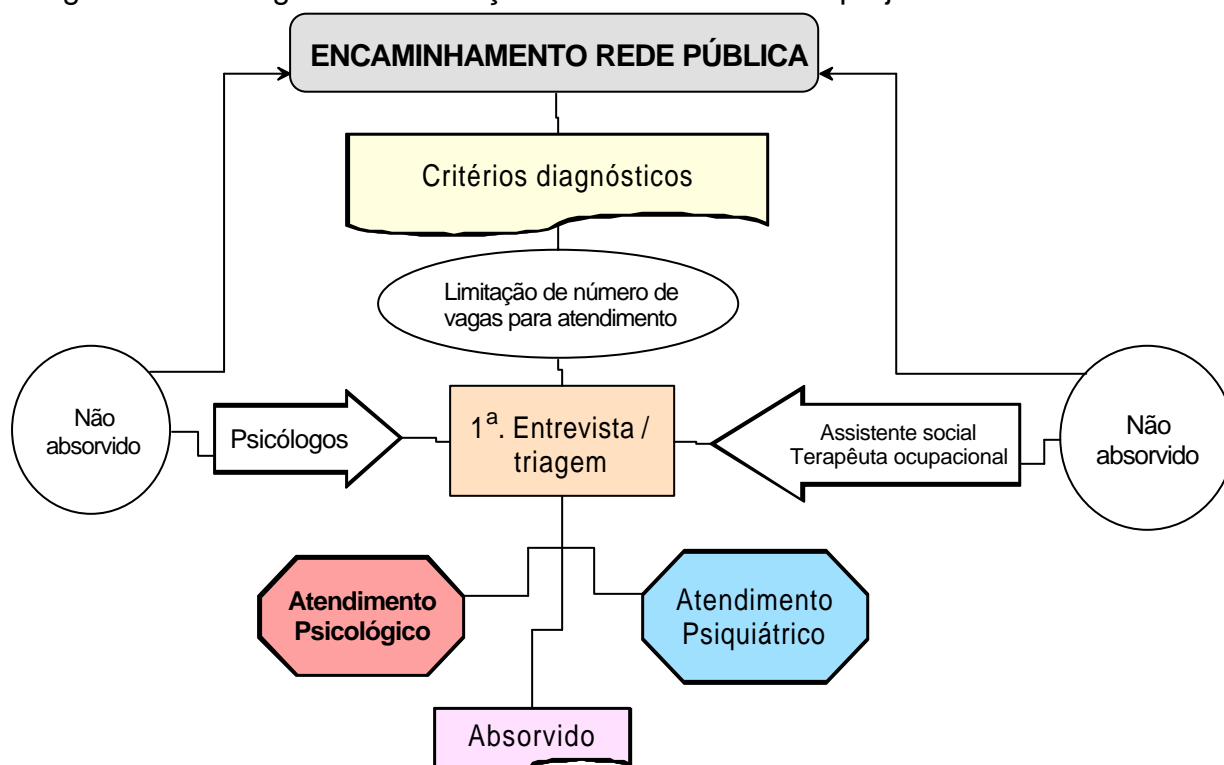


Fonte: Organizada pela autora.

A figura 5.7 aparece apenas com a seqüência de procedimentos em processo de mudanças. Os serviços especializados não sofreram interferências neste projeto, razão pela qual não existe necessidade de mostrá-los novamente.

Este fluxograma refere-se a uma fase intermediária da implantação, onde foram estabelecidos critérios diagnósticos, repassados em reuniões com as enfermeiras das unidades básicas. Percebeu-se durante este período que houve um desmembramento indesejado entre atendimentos psicológicos e psiquiátricos, quando o paciente estava vindo diretamente para o atendimento psicológico a partir da abertura da vaga e a primeira entrevista para o atendimento psiquiátrico não estava tendo caráter de triagem, aceitando-se todos os pacientes vindos das unidades básicas e outros serviços públicos. Era ainda necessária a verificação acerca do atendimento ou não aos critérios diagnósticos e a correção da divisão entre os serviços, o que levou ao modelo da figura 5.8.

Figura 5.8: Fluxograma do Serviço Psicossocial – Fim do projeto



Fonte: Organizada pela autora.

O modelo organizacional apresentado ao fim do projeto (figura 5.8) tem como destaques a limitação do número de vagas para atendimento na unidade, fato que já ocorria em todas as especialidades médicas no serviço público de Varginha, excluindo-se o Serviço Psicossocial.

A primeira entrevista, volta a ter caráter de triagem, o que não acontecia na fase de implantação. A triagem é importante para detectar e solucionar falhas anteriores do processo. Um outro ponto que merece atenção é a reintegração da psicologia com a psiquiatria, uma vez que foi observado na fase intermediária da implantação um distanciamento não desejável entre estes atendimentos. Este fator foi solucionado através de novas reuniões e discussões entre os membros da equipe, culminando no modelo observado através da figura 5.8. O Serviço Psicossocial deixou, ainda, de receber encaminhamentos de fora da rede pública de saúde. Há de se mencionar que os encaminhamentos internos têm prioridade de atendimento sobre os externos.

O agendamento para atendimento psicológico passou a ser feito exclusivamente pelas unidades básicas de saúde de acordo com as vagas disponibilizadas para cada psicólogo em cada uma das unidades, distribuídas de acordo com critérios distritais, epidemiológicos ou populacionais.

O atendimento dividiu-se em duas frentes na fase de implantação. O atendimento psicológico passou a informar a disponibilidade de vaga às unidades básicas de saúde de modo que o agendamento, bem como a primeira entrevista, passaram a ser feitos diretamente com o psicólogo que vai dar seqüência ao tratamento.

Por sua vez, o atendimento psiquiátrico recebe um agendamento telefônico para primeira entrevista que é feita por assistente social ou terapeuta ocupacional, mais ligadas a este tipo de atendimento. Ao final da implantação, já na figura 5.8, redefine-se a importância da triagem concomitante com a primeira entrevista e aqui volta-se a observar se os critérios diagnósticos estão sendo cumpridos na origem do encaminhamento, o que não estava ocorrendo na fase intermediária. Mas se for um caso que demande atendimento imediato, tanto agora como no formato organizacional anterior, existe uma reserva de vaga para o atendimento de urgência.

Desde o início da implantação, passou-se a empregar critérios diagnósticos a fim de restringir ou selecionar a clientela de forma a adequar a demanda à estrutura do Serviço. Antes, devido a essa ausência, existia excesso de encaminhamento, pois nem todos eram adequados. Após sua implantação reordenaram-se os objetivos do Serviço, conseguindo-se atender prioritariamente casos de maior gravidade.

Ficou estabelecido para psicoterapia individual um contrato terapêutico com o número de 24 sessões, podendo ser prorrogado por mais 24 sessões dependendo de cada caso. Anteriormente, não existia o pré-estabelecimento deste número de sessões (era aberto).

Interrupções, abandonos, desligamento e altas na psicoterapia individual só entram novamente no sistema via UBS's (Unidades Básicas de Saúde). Antes, o paciente retornava internamente. Uma falta sem justificativa aceitável (doença da família e do paciente) leva a perda da vaga. No caso de faltas justificadas, as mesmas são computadas no número total de sessões do contrato. Este quesito é importante para um serviço público se se entender que não existe um pagamento

direto pela psicoterapia, sendo a presença do paciente a forma indireta deste pagamento.

As faltas, interrupções/abandono ou mesmo o não ingresso no tratamento podem ocorrer devido a aspectos financeiros, como falta de recursos para deslocamento até o atendimento, o horário de funcionamento do Serviço que compete com o horário de trabalho do cliente, o conhecimento e reconhecimento do processo. Fundamental, ainda, considerar que estes aspectos encontram-se ligados ao desejo do próprio cliente de querer (ou não) submeter-se aquele tipo de tratamento.

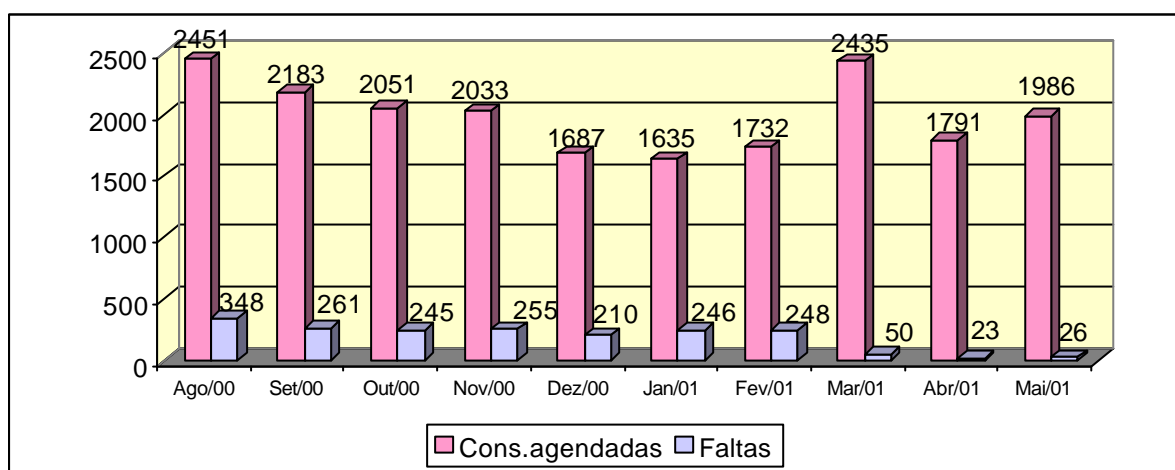
A falta é um impedimento sério ao processo de produção do serviço porque cada profissional está disponível naquele horário para atender aquele cliente agendado. Se ele não comparece, o profissional fica ocioso, a menos que ocorra um caso de urgência. Este fato pode ser observado através de tabela 5.6 e figuras 5.9 e 5.10 que demonstram a proporção em que as faltas influenciam na produção da unidade.

Tabela 5.6: Influência das faltas nos atendimentos

<b>Mês</b>	<b>Cons.agendadas</b>	<b>Faltas</b>	<b>Percentual</b>
Agosto/2000	2451	348	14%
Setembro/2000	2183	261	12%
Outubro/2000	2051	245	12%
Novembro/2000	2033	255	13%
Dezembro/2000	1687	210	12%
Janeiro/2001	1635	246	15%
Fevereiro/2001	1732	248	14%
Março/2001	2435	50	02%
Abril/2001	1791	23	01%
Mai/2001	1986	26	01%

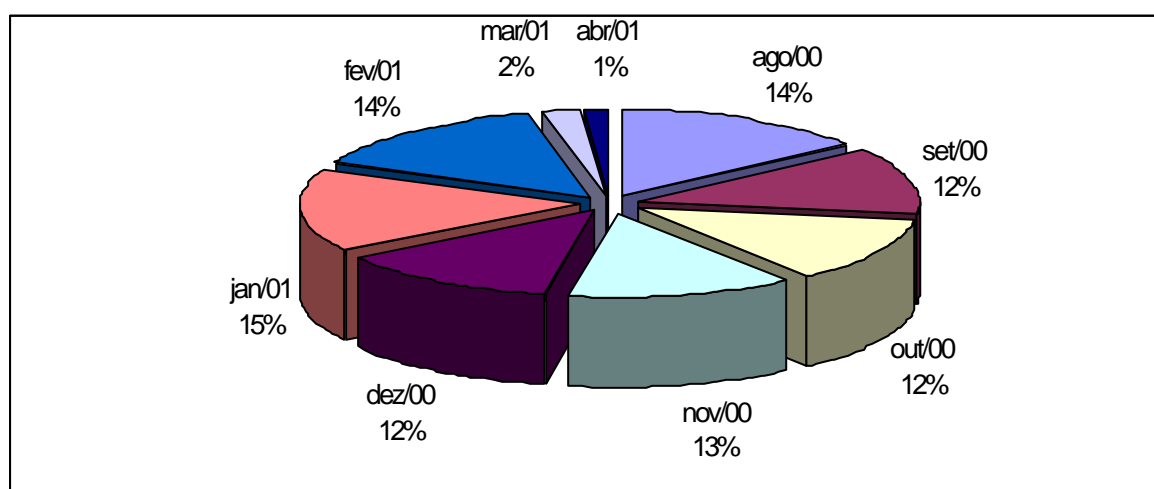
Fonte: Controle de Produção de Profissionais de Nível Superior – Prefeitura Municipal de Varginha – Período de 2000/2001

Figura 5.9: Gráfico Consultas Agendadas X Faltas



Na figura 5.9 pode-se observar a redução do número de faltas a partir da implantação das mudanças indicando maior comprometimento dos clientes com o serviço.

Figura 5.10: Gráfico: Percentual de faltas X agendamento / mês





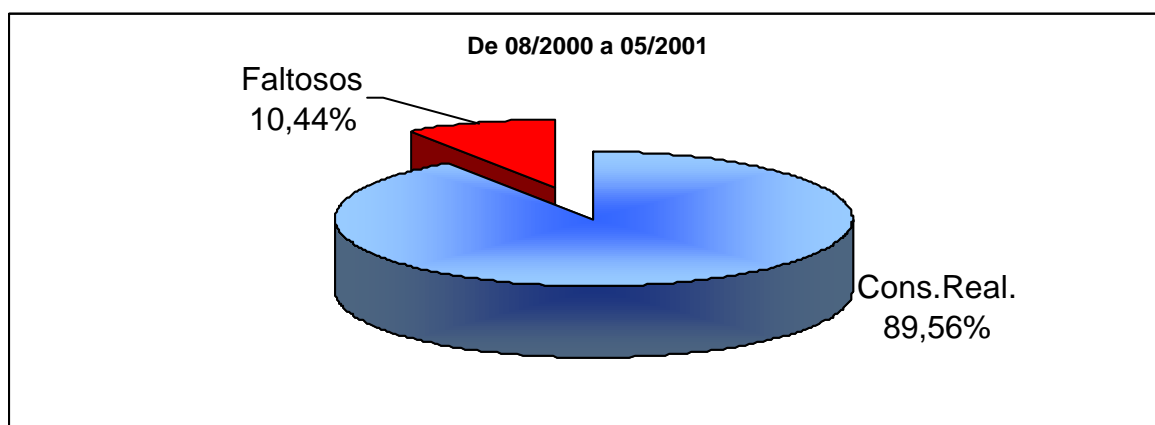
A figura 5.10 demonstra que embora aparentemente o número de faltas frente as consultas agendadas/mês pareça pequeno (figura 5.9), quando se considera o percentual, observa-se a sua relevância.

Tabela 5.7: Influência das faltas nas consultas atendidas

Mês	Cons.realiz.	Faltos
Agosto/2000	2103	348
Setembro/2000	1922	261
Outubro/2000	1806	245
Novembro/2000	1978	255
Dezembro/2000	1477	210
Janeiro/2001	1389	246
Fevereiro/2001	1515	248
Março/2001	2430	50
Abril/2001	1745	23
Mai/2001	1944	26

Fonte: Controle de Prod.de Prof.de Nível Superior – Pref.Mun.de Varginha – Período de 2000/2001

Figura 5.11: Gráfico Consultas atendidas X faltas no total do período



A figura 5.11 mostra o percentual de ociosidade do sistema no período em estudo, devido às faltas.

Este novo modelo organizacional contribuiu para otimizar o atendimento, influenciando a demanda, ao trazer maior ordenação, limites e critérios para a seleção de encaminhamentos, priorizando os casos mais graves. É de relevância

para o estudo o aspecto da redução do número de faltas aos atendimentos, derivados tanto dos critérios diagnósticos realizados de forma mais adequada, quanto a uma maior conscientização e esclarecimento por parte dos encaminhadores e dos pacientes acerca da importância do acompanhamento psicológico e psiquiátrico, quando necessário. E reduzindo-se as ausências aos atendimentos, otimiza-se o serviço, uma vez que tratamentos são concluídos em menor período de tempo, abrindo-se novas vagas para a entrada no serviço. Há, concomitantemente, um aumento da produção porque os profissionais não ficam ociosos no horário do cliente faltoso.

Outro aspecto positivo é que a nova sistemática está motivando a equipe a realizar um trabalho participativo com repercussões internas e externas, dentre as quais ressalta-se a redução da pressão para atendimento, melhorando a qualidade nas condições de trabalho do grupo.

Quadro 5.3: Modificações no atendimento

Antes	Depois
Demanda: espontânea e por encaminhamentos públicos e privados	Demanda: encaminhamentos da rede pública
Agendamento: realizados pelo cliente por telefone e pessoalmente (em todos os casos)	Agendamento: por telefone pela rede pública (para casos novos) e pessoalmente para clientes do serviço
1ª. entrevista: feita por enfermeira / psicólogo / T.O. / Assistente Social	1ª. entrevista: feita por psicólogo (para o atendimento psicológico) e por T.O. / Assistente Social (para o atendimento psiquiátrico)
Triagem: discussão dos casos novos pelos profissionais de nível superior da equipe	Triagem: passa a ser realizada junto à 1ª. entrevista e deliberada por quem a realiza, sem a discussão de equipe
Critérios diagnósticos: informais e não atuantes.	Critérios diagnósticos: formais e atuantes.
Limitação de vagas: inexistente para atendimentos psicológicos e psiquiátricos.	Limitação de vagas implantada em ambos os casos a exemplo das demais especialidades.
Contrato para psicoterapia individual: inexistente – tempo indeterminado (número de sessões em aberto).	Contrato para psicoterapia individual: 24 sessões podendo ser prorrogado por mais 24.
Retorno para atendimento na psicoterapia	Retorno para atendimento na psicoterapia

individual em caso de interrupções, abandonos, desligamentos e altas se dá no próprio serviço.	individual em caso de interrupções, abandonos, desligamentos e alta se dá apenas via Unidade Básica de Saúde.
As faltas eram computadas para fins estatísticos, porém apresentando menor rigor com relação à vaga do cliente.	Uma falta sem justificativa aceitável leva à perda da vaga. Faltas justificadas são computadas nos números total de sessões do contrato.

O quadro 5.3 apresenta de forma sintética as modificações realizadas no atendimento a partir da implantação do projeto, preparando o leitor para a apresentação das conclusões.

## **6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS**

### **6.1 Conclusões**

Sendo este o ano dedicado mundialmente à Saúde Mental pela OMS cuja a finalidade é promover a conscientização sobre a importância deste tema, esta dissertação ao trabalhar um assunto ligado a área contribui, de certo modo, para a divulgação de questões relacionadas à saúde mental, quer no âmbito local, através da atuação direta, quer mais amplamente através deste registro.

Atender ao chamamento emitido pela OMS, apoiado pelo Ministério da Saúde, é uma questão importante neste momento, principalmente para profissionais ligados à área como forma de engajamento nesta luta para desmistificar a loucura, enfatizando a mudança de paradigma no tratamento de sofrimentos psíquicos, saindo da reclusão hospitalar para o ambulatorial, na comunidade.

O Serviço Psicossocial de Varginha é um ambulatório especializado, atuando na área de Saúde Mental que vem apostando nesta mudança de paradigma possibilitando o atendimento no próprio meio social e reduzindo as internações em hospitais psiquiátricos.

Esta pesquisa, de uma forma geral, levanta e aplica alternativas para influenciar a demanda a curto prazo no SPS/VG através de mudanças na estrutura organizacional pela implantação de filtros a partir do envolvimento coletivo de todos os profissionais do setor em um projeto comum.

Considerando-se que o aumento da demanda por este tipo de serviço deu-se, principalmente, por três fatores aqui identificados, quais sejam as mudanças e

pressões sócio-econômicas; o aumento da informação de uma forma geral, e a presença de um neurologista no Serviço (que no imaginário popular afasta o estigma da loucura) a dissertação atingiu boa parte de seus objetivos, tendo em vista os aspectos abaixo descritos.

Inicialmente, observou-se a progressão do número de atendimentos que passou 5.359 em 1992 para 8.881 em 1998, alcançando 17.420 atendimentos em 1999 e 16.423 em 2000. Nos primeiros anos, ou seja, até 1998, o crescimento é mais ordenado. Em 6 anos o crescimento foi de aproximadamente 65,72%. Contudo, de 1998 para 1999, em apenas 1 ano, o crescimento foi de 96,14%. Com relação ao ano de 2000, o número de atendimentos se manteve (sofrendo apenas uma leve redução), porém, este número não pode ser levado consideração porque em outubro de 2000 os casos novos para atendimentos psicológicos foram suspensos temporariamente para escoamento das listas de espera, pois esta já era a fase de início da implantação deste projeto conforme anexo 8.1, o que prejudicou a evolução natural dos dados para o ano.

Em relação à incidência, observou-se que passou de 834 em 1992 para 1.012 no ano de 1998, alcançando um total 1.719 em 1999, restritos a 1.666 em 2000, sendo válidas para este dado as ponderações acima. O crescimento em 6 anos foi da ordem de 21,34%. Em apenas um ano (de 1998 a 1999) cresceu 69,86%.

Face ao aumento na demanda identificou-se na estrutura organizacional do SPS/VG os pontos que interferem na absorção da demanda e que são passíveis de influência a curto prazo. Como o tempo para implantação era fator preponderante e tendo em vista que em relação aos clientes que já se encontravam no Serviço, não

seria ético deixar de prestar o atendimento, identificou-se nas rotinas de admissão do cliente no Serviço os pontos a serem modificados, levando-se em conta a relevância do crescimento da incidência no ano de 1999.

Por outro lado, a estrutura física e a de recursos humanos são fatores que projetam soluções apenas a médio e longo prazo. Porém, não se pode responder à demanda aumentando indefinidamente a capacidade física e humana. Por isso centrou-se todas as atenções no sistema de atendimento do Serviço, principalmente, no sentido de otimizar a entrada do cliente no ambulatório. Logo, a entrada do cliente no Serviço foi o ponto de interferência passível de modificação identificado em relação à demanda, passando, desde então, a ser o foco das atenções, atuando em cima de triagem dos clientes.

Desde o início do projeto, entendeu-se que empregar um sistema de filtros a fim de restringir ou selecionar a clientela de forma a adequar a demanda à estrutura do Serviço seria o destaque deste trabalho. A questão da existência de filtros foi trabalhada a partir da identificação da necessidade de implantação de elementos filtrantes e seu progresso tem dependido de constante troca informativa entre os setores de saúde. O sistema de filtros, utilizado como barreira de entrada, empregado nesta experiência é composto por limitação para a oferta de vagas, adoção de critérios diagnósticos (anexo 4) possibilitando maior objetividade na seleção e encaminhamento restrito à rede pública.

Com base nos filtros, localizaram-se no fluxograma da figura 3.4 os procedimentos: demanda espontânea, encaminhamentos, agendamento, primeira entrevista e triagem. Aplicadas as alterações no modelo organizacional em sua sistemática de entrada no serviço, percebeu-se que a demanda, que antes ocorria

de forma espontânea e por encaminhamentos públicos e privados passou a receber encaminhamento exclusivo da rede pública. O agendamento, realizado pelo cliente seja por telefone ou pessoalmente, passou a ser realizado exclusivamente pela rede pública (para casos novos) e pessoalmente foi mantido para os clientes do serviço. A primeira entrevista era feita para todo o atendimento por enfermeira, psicólogos, terapeuta ocupacional ou assistente social. Com as alterações, passou a ser feita por psicólogos apenas para atendimento psicológico, e a assistente social ou a terapeuta ocupacional permanecem encarregadas da primeira entrevista para o atendimento psiquiátrico. Finalmente, a triagem que consistia na discussão de casos novos por todos profissionais de nível superior ligados ao serviço, passou a ser realizada durante a primeira entrevista sem a discussão e participação da equipe.

Na prática, isso resultou, inicialmente, em extinção das listas individuais de espera para atendimento psicológico, antes com cerca de 60 a 80 pessoas por profissional, o que retardava muito o início do atendimento. Já em abril de 2001, por exemplo, observou-se uma melhora significativa neste quadro que caiu dos mesmos 60 a 80 por profissional para 68 adultos e 75 crianças para todo serviço. Esta alteração representa um decréscimo na espera para atendimento da ordem de 79,58%.

Em relação ao estudo da estrutura burocrática que é a base organizacional do SPS/VG, percebeu-se que, embora seja inegável que as burocracias, mesmo as profissionais, atuam de forma a ser entrave no serviço público, no tocante à sua influência no atendimento elas perdem importância na maioria dos pontos analisados. Isto se deve ao fato de que as funções de chefia e coordenação serem

exercidas de forma não-autoritária e harmoniosa, operando através de negociações. A distribuição de poder é feita por lideranças flexíveis, permitindo a emergência de aspectos de autogestão. A informação, o conhecimento e a tecnologia não são empregados como forma de poder, sendo os dados discutidos e divulgados em reuniões da equipe.

Os controles da mão-de-obra, da produtividade e da produção; da mesma forma que os sistemas de premiação e recompensa, embora necessários, foram detectados como itens que podem interferir negativamente na qualidade do atendimento. Isto porque forçam o aumento dos atendimentos, nem sempre considerando a sua qualidade. Por sua vez, os sistemas e processos de controle de produção, informação e pessoal, não interferem negativamente no atendimento, embora demandem tempo para o preenchimento de mapas. São empregados para acompanhar estatisticamente a evolução do sistema, tratando-se da base do retorno financeiro do SUS para o município. Todos estes fatos levam à conclusão de que, apesar da estrutura administrativa ser burocrática, a mesma não interfere de forma significativa no fluxo de atendimento. A alteração para um sistema organizacional que suprimisse todos os aspectos burocráticos da organização, se isso fosse possível, não contribuiria de modo relevante para ampliar o número de atendimentos necessários para acompanhar o crescimento da demanda de forma a adequá-la à capacidade de absorção do SPS/VG.

Remetendo a seção 3, é possível perceber que os objetivos apresentados pelo Serviço, embora sejam extremamente nobres, não condizem com a atual realidade dos serviços psicossociais, tendo em vista sua amplitude, ambivalência e impossibilidade de adequação à capacidade para atendimento do SPS/VG ao se



considerar dados como o número de profissionais, a estrutura física, o horário de atendimento e sobretudo o desejo da equipe em caminhar no sentido de uma evolução planejada para transformar-se em um NAPS ou CAPS.

As necessidades de capacitação profissional decorrem tanto da alteração estrutural do serviço, quanto do aumento de demanda e das adaptações sociais advindas do avanço tecnológico e das constantes crises econômicas vividas pelo país. Neste sentido entende-se que não seja necessário identificar se existe a necessidade de capacitação profissional, pois, em verdade, em tempos de mudança, a necessidade de capacitação é uma constante. Sendo assim, a questão que se apresenta é a de identificar quais são estas necessidades.

O projeto levanta basicamente as necessidades de capacitação do pessoal integrante das UBS's. Detectou-se ser necessário promover reuniões nestas UBS's para transmissão de conhecimentos e diretrizes para os profissionais encarregados dos encaminhamentos para o SPS/VG. É preciso capacitar o pessoal que atende nas UBS's para que seleção dos usuários siga os critérios diagnósticos permitindo que a população seja atendida de acordo com o real grau de importância e gravidade dos sintomas apresentados.

Entretanto, não se deixou de considerar a importância da capacitação interna, que vem progredindo através do investimento pessoal de cada membro da equipe, embora o conhecimento adquirido não tenha, necessariamente, o intuito de atender aos objetivos do Serviço. Por outro lado importa mencionar a definição de uma política de capacitação e qualificação de recursos humanos, com vias a atender aos princípios e propostas do novo modelo assistencial levantado pela

Reforma Psiquiátrica Brasileira que vem sendo discutido e implantado desde maio de 2000.

Vem, ainda, sendo discutidos pela equipe de profissionais vários outros modelos de atendimento, principalmente, a questão do atendimento em grupo, uma vez que o referencial da equipe é predominantemente clínico-psicanalítico, o que tem reforçado o atendimento individual. Porém, a mudança de atendimento da modalidade individual para grupo envolve, além da capacitação profissional, o desejo de cada um dos profissionais da equipe em apostar nessa alteração na forma de atendimento como possibilidade de lidar melhor com a demanda. Como se não bastasse, envolve ainda o esclarecimento e a aceitação da população para que a mudança possa se realizar efetivamente.

Um dado que pode ilustrar bem a questão da predominância do atendimento individual sobre o de grupo é apresentado pela tabela 5, com um total de 14.467 consultas individuais para 1.693 consultas em grupo no período de agosto/2000 a abril/2001. Estes números remetem a um percentual de 11,54% de atendimentos em grupos para uma seqüência de 88,46% de atendimentos individuais.

Avaliando a aplicação nos procedimentos para obtenção da adequação da demanda a curto prazo, com base nos dados do primeiro semestre do ano de 2001, foram levantados os resultados que seguem abaixo.

Com relação ao estudo do atendimento, no primeiro semestre de 1999 foram atendidos 8.565. Em 2000, 8.758 e em 2001, 6.826. Percebe-se um resultado positivo diante da redução do número de atendimentos em torno de 21,19% em relação à média dos primeiros semestres dos anos anteriores.

A incidência que, no primeiro semestre de 1999 foi de 639, e em 2000 chegou a 1666, caiu para 338 atendimentos em 2001. Têm-se, pois, uma redução de 28,59% em relação à média dos primeiros semestres dos anos anteriores.

Outro resultado significativo que se obteve a partir do projeto foi a redução no número de faltas. A falta é um impedimento sério ao processo de produção do serviço porque cada profissional está disponível naquele horário para atender ao usuário agendado. Caso contrário, o profissional fica ocioso, a menos que ocorra um caso de urgência que seja encaixado naquele horário. O percentual de ociosidade do sistema é registrado na figura 16, onde detecta-se que de 08/2000 a 04/2001 o número de faltas representa 10,48% do total de consultas atendidas no período.

De agosto a dezembro de 2000, foi levantado que os clientes faltavam em média 12,6% de um total médio de 2.081 consultas agendadas. Em 2001, de janeiro a maio, as faltas caem para 6,6% do total médio de consultas agendadas, sendo que se forem avaliados os últimos 3 meses, de março a maio de 2001, se constata uma redução ainda maior (1,5%), indicando que se obteve um comprometimento maior dos clientes com o serviço.

Este resultado decorre, provavelmente, da ação dos critérios diagnósticos realizados de forma mais adequada, de uma maior conscientização e esclarecimento dos encaminhadores e dos pacientes acerca do processo. De forma fundamental, tal redução do absenteísmo se liga ao desejo do próprio usuário (e não de quem encaminha) de querer (ou não) submeter-se àquele tipo de tratamento. Aliás, a percepção do desejo do usuário foi um ponto valorizado nas

reuniões com os encaminhadores, para que houvesse, realmente, adesão do cliente a este tipo de atendimento.

Considerando a necessidade de maior tempo para avaliar os resultados obtidos, conclui-se que os objetivos específicos foram parcialmente atingidos, a partir da alteração nos procedimentos e da aplicação dos filtros mencionados, por encontrarem-se estes em fase de acomodação, o que é natural às organizações públicas ou privadas, sendo normalmente mais lenta esta fase em empresas públicas devido a burocracia inerente ao sistema e às próprias pessoas que nela operam em sentido contrário às mudanças.

Em relação ao objetivo geral, foi possível atingi-lo através do engajamento e participação de cada elemento como gerador de sugestões viáveis discutidas em reuniões para influenciar a demanda a curto prazo. As ferramentas disponíveis para atuação envolveram basicamente o trabalho junto ao grupo dos profissionais atuantes no serviço, não sendo possível o fornecimento de recompensas, a não ser aquelas reconhecidas como intangíveis, tais como a realização profissional, a identificação com o projeto e o prazer de ver um trabalho bem feito obter resultados frente à população e ao setor administrativo em geral. O resultado, porém, foi parcial, já que para a adoção de uma evolução planejada deve-se mencionar a necessidade de ampliação do meio físico e humano, a capacitação profissional, além da continuidade e produção de novos resultados com análise e discussão dos mesmos periodicamente, o que ficará reservado para estudos posteriores.

Finalmente, enquanto ação participativa, a dissertação produziu e continua a produzir resultados positivos traduzidos por mudanças que já ocorreram durante

todo o processo, sendo o desencadeamento da ação participativa em uma organização pública um dos maiores méritos do trabalho.

## **6.2 Recomendações para trabalhos futuros**

A partir dos resultados obtidos, recomenda-se:

- 1) Promover a evolução planejada do SPS/VG através do desenvolvimento de um planejamento estratégico com metas de fácil realização, contando com datas pré-definidas para a ultrapassagem de estágios.
- 2) Instituir planos de capacitação profissional aumentando os limites e as possibilidades no campo da formação no sentido da instrumentalização do sujeito. Uma possibilidade seria seguir a proposta formulada pelo Fórum Nacional realizado em maio de 2000 em Brasília – DF, cujo tema “Como anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira – Avaliações, Perspectivas e Prioridades” que leva em consideração a carência quanto à formação profissional e a necessidade de instrumentalizar a rede. Tais carências dizem respeito à: organização e serviços, organização de processos de trabalho, formação clínica, entre outros e reconhece as diversas realidades encontradas na constituição das redes de atenção em Saúde Mental. Outra forma seria desenvolver

estudos que permitam a ampliação de atendimentos em grupo, o que também exige capacitação específica.

- 3) Implantar um programa de formação contínua de transferência de conhecimento aos profissionais de apoio do sistema público de saúde.

Considera-se, pois, a formação profissional do pessoal de apoio, espaço privilegiado para o fornecimento de certos instrumentos para que o saber não seja simplesmente adquirido, mas fundamentalmente questionado, socializado e relativizado, criando-se condições para formas variadas de conhecimento, uma vez que nenhum conhecimento totaliza o homem. É preciso fornecer um direcionamento ético que valorize o sujeito de cada situação, onde as rupturas e a criação encontrem expressão ao questionar-se a mera reprodução de modelos. Haverá, assim, a produção do desejo e a ampliação da noção de saúde mental, com novos tipos de intervenção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMCZZYK, Julio. **Plantão**. *Folha de São Paulo*, 08/04/2001.

ATHIAS, Gabriela. *Reforma Psiquiátrica tramita há 11 anos*. In: *Folha de São Paulo*, Caderno Cotidiano, p. 2, 16 de agosto de 2000.

ALVESSON, Mats; DEETZ, Stanley. *Teoria Crítica e Abordagens Pós-Modernas para Estudos Organizacionais*, in: CLEGG et al. **Handbook de Estudos Organizacionais** – Modelos de Análise e Novas Questões em estudos Organizacionais. São Paulo: Atlas, 1999.

AMIN, S. **El futuro de la polarización global**. Caracas, Nueva Sociedad, n. 132, jul – ago. 1994.

BAUER, Ruben. **Gestão da Mudança** – Caos e Complexidade nas Organizações. São Paulo: Atlas, 1999.

BERTOLETE, José Manoel. **Saúde Mental é tema de Dia Mundial da Saúde**. In: *Psiquiatria – Órgão Oficial da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Ano XXIII – número 1 – 2001.

BESSER, S. **International relations in a changing global system**. Oxford, Westview Press, 1992.

CANTWELL, J. **Technological innovation and multonacional corporations**. Oxford, Blackwell, 1989.

CELERI, E. H. R. V. **Mães de crianças com transtornos mentais: um estudo psicológico**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 1997. (Tese de Doutorado)

CHIAVENATTO, Idalberto. **Teoria Geral da Administração**. v. II. São Paulo: McGraw-Hill, 1979.

\_\_\_\_\_. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Editora McGraw Hill do Brasil, 1983.

\_\_\_\_\_. **Recursos Humanos nas Organizações: Pessoas, Organizações e Sistemas**. São Paulo: Atlas, 1991.

\_\_\_\_\_. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Atlas, 1999.

CLEGG et al. **Handbook de Estudos Organizacionais** – Modelos de Análise e Novas Questões em estudos Organizacionais. São Paulo: Atlas, 1999.

COSTA, Lúcia. **Mente Sadia**. Boletim ICAPS, agosto de 2000, in: Jornal do Cidadão, ano VI, no. 5, jan/fev/2001.

DRUCKER, Peter. **Administrando em tempos de Grandes Mudanças**. São Paulo, Pioneira, 1995.

ESMIG, Escola de Saúde de Minas Gerais. **Sistema de informações sobre transtornos mentais no município de Varginha**. Monografia, mimeo. Varginha: 1996.

ETZIONI, Amitai. **Organizações Modernas**, São Paulo, Pioneira, 1976.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 6<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

GIANESI, Irineu G. N. (1996) **Administração Estratégica de Serviços: Operações para Satisfação do Cliente**. São Paulo: Atlas.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, Alessandro Caldonazzo. **Levantamento de Dados do Serviço de Saúde Mental de Varginha – MG (1992 à 1996)**. Mimeo. Varginha: PMV, 1998.

\_\_\_\_\_. **Estudo e Caracterização dos Usuários do Serviço de Saúde Mental de Varginha – MG (1996 à 1997)**. Varginha: PMV, 1999.

HABERMAS, Junger. **Conhecimento e Interesse**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

HOBBSAWN. E. **Nações e Racionalismo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

HOLLANDER, Edwin P. & HUNT, Raymond G. **Current Perspectives in Social Psychology**. Bennis. G. Warren. Além da Burocracia in Textos da Disciplina – Planejamento Organizacional Estratégico – POI – CIPAD – Curso Intensivo de Administração Pública, Brasília, 1986.

HOLMAN, H. R. Qualitative inquiry in medical research. In: **Journal of Clinic and Epidemiology**, 46 (1): 29-36, 1993.



HOUAISS, R. & NYE, J. **Power and Independence: world politics in transition**. London, Scoth Foreman and Co., 1989.

LALANE, Bernard, **Condensado de L'Essentiel du Management**, publicado com permissão do autor e da revista. Agosto de 1988.

MARCH, James G. & Simon, Herbert. **Teoria das Organizações**. Centro de Publicações Técnicas da Aliança para o Progresso – Missão Norte-Americana de Cooperação Econômico e Técnica no Brasil – USAID. Rio de Janeiro, 1967.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**, 2 Ed. – São Paulo: Atlas, 1994.

MCGEE, James & PRUSAK, Laurence. **Gerenciamento Estratégico da Informação**. Ernst & Young, Editora Campus, 1994.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, Paulo Roberto. **Manual de Planejamento Organizacional Integrado – POI – CIPAD – Curso Intensivo de Administração Pública**, Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. **Transformação Organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1998.

MOTTA, Prestes e PEREIRA, Bresser. **Burocracia: poder, organização ou grupo social**, 1991.

O GLOBO (Org.). **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. São Paulo: Globo, 1993.

**Órgão Oficial do Conselho Federal de Medicina. Órgão Oficial do Município de Varginha**. Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde (NOB-96). Brasília: ano X no. 88 dez/97.

**Órgão Oficial do Município de Varginha**. Lei nº. 3.251 de 11 de janeiro de 2000. Informativo nº. 79.

\_\_\_\_\_. Edição Especial de abril de 2000.

RAMOS, Guerreiro. **Administração e Estratégia para o Desenvolvimento**. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro. 1966, p. 50-56.

RATTNER, H. **Comércio e desenvolvimento nas sociedades contemporâneas**. Revista Politécnica, n. 212/213, p. 66-73, 1994.

REBOUÇAS, Djalma de Pinho. **Sistemas de Informação Gerenciais**. Rio de Janeiro, Atlas, 1998.

REICH, R. B. **Who is us?** Harvard Business Review, p. 53-64. Jan-fev, 1990.

RIGGS, F.W. **A Ecologia da Administração Pública**. Fundação Getúlio Vargas. 1964.

SALES, José Roberto. (2000). **Saúde Mental no Município de Varginha – MG: Serviço e Estudo da Demanda Ambulatorial 1986-2000**. Varginha: Gráfica Editora Sul Mineira

\_\_\_\_\_. (1989) **revista Psicologia: Ciência e Profissão** 9,n 2, 22,-26.

SILVA, Edna Lúcia da e MENEZES, Eстера Muszkat (org.). **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação** (mimeo). Florianópolis: UFSC/PPGEP/LED, 2001.

UNITED NATIONS, **Transational corporations in world development**. New York, 1989.

\_\_\_\_\_. **Transnational Integration, national markets and nation-States** [Working paper]. Philadelphia, Reginald Jones Center, The Wharton School, 1991.

VENÂNCIO, Ana Tereza Acatauassú. Organização Pan-Americana de Saúde divulga programa de saúde mental. In: **Psiquiatria – Órgão Oficial da Associação Brasileira de Psiquiatria**. Ano XXIII – número 1 – 2001.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**, São Paulo: Atlas, 1998.

WOOD, S. et. Al. **The transformation of work**. London, union hyman, 1988.

## ANEXOS

### 1 Interrupção temporária do atendimento – início da implantação

Varginha, 22 de setembro de 2000

Ilma S<sup>ra</sup>.  
Berenice Tupy Tavares  
Secretária Municipal de Saúde de Varginha  
Nesta

Prezada S<sup>ra</sup>.

O Serviço Psicossocial de Varginha (Saúde Mental), informa que a partir de 1º de outubro de 2000, suspenderá a realização das primeiras consultas em Neuropsiquiatria, Psiquiatria e Psicologia, até dezembro de 2000.

Nesta suspensão temporária, será feita uma nova avaliação das entrevistas já realizadas, cujo número excessivo, tem sobrecarregado o Serviço, impedindo a absorção de casos novos. Pois muitos dos pacientes atendidos, não constituem demanda para um Serviço Psicossocial. Assim sendo, solicitamos, dessa UBS, à partir de janeiro de 2001 uma triagem mais criteriosa.

Informamos também que, o Serviço Psicossocial, tem por objetivo, o atendimento e tratamento dos casos com diagnóstico de:

- Neuroses graves;
- Psicoses: esquizofrenia, distúrbios afetivos;
- Dependências de substâncias psicoativas (álcool ou outras), em síndrome de abstinência ou com transtornos mentais, devido ao uso de tais substâncias;
- Epilepsias e quadros neuropsiquiátricos;
- Crianças com distúrbios graves de personalidade, familiares, submetidas à eventos traumáticos e psicossomáticos.

**OBS:** As crianças com problemas específicos de escolarização/aprendizagem e dificuldade em respeitar limites, deverão ser encaminhadas para os serviços de orientação educacional das escolas e/ou outros serviços do município.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente.

---

Vanda M<sup>a</sup>. S. Rodrigues  
Enf<sup>a</sup>. Supervisora da Unidade

## 2 Propostas de mudanças – início da implantação

### PROPOSTA DE MUDANÇAS DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

#### AGENDAMENTO

1. Agendamento somente feito pelas POLICLÍNICAS;
2. Feito 1 vez ao mês, de acordo com as vagas disponibilizadas por cada psicólogo individualmente (já sendo marcada a 1ª. entrevista direto para o psicólogo que dispõe da vaga);
3. A distribuição de vagas por Policlínica, fica a cargo das enfermeiras-chefes, em conformidade com a enfermeira Vanda.

#### ENCAMINHAMENTO INTERNO

4. Os encaminhamentos internos psiquiátricos e neuropsiquiátricos terão prioridade sobre os encaminhamentos externos. Serão feitos por sistema interno, também de acordo com a vaga disponível de cada psicólogo;
5. Deverão ser priorizados os casos de psicose e neurose grave e depressões acentuadas;
6. As 1ªs entrevistas psiquiátricas e neuropsiquiátricas não serão realizadas pelos psicólogos.

#### TRIAGEM

7. Fica extinta a TRIAGEM nos moldes atuais, pois não haverá necessidade de distribuição de casos para a psicologia;
8. A transcrição para o Livro de Triagem deverá, obrigatoriamente, ser feita pelo profissional que realizou a 1ª. entrevista (completando todos os dados);
9. Não mais serão computados os 9 casos da triagem na produção individual.

#### COMPROMISSO PROFISSIONAL DE PRODUTIVIDADE

10. Número de atendimento psicológico diário será de, no mínimo, 06 atendimentos/dia, totalizando 192 atendimentos/mês (para os psicólogos da Prefeitura); e 03 atendimentos/dia para os psicólogos do Estado;
11. O número de atendimentos que deverá constar no contrato terapêutico é de 24 sessões (seqüenciais ou intermitentes), podendo ser prorrogadas por mais 24 sessões, dependendo do caso individualmente;
12. As reposições de horário deverão ser feitas com atendimento psicoterápico, respeitando-se o número de atendimento diário.

#### FALTA DOS PACIENTES

13. Uma falta sem justificativa aceitável (doença de família e/ou de paciente) levará a perda de vaga, sendo que as faltas justificadas computadas no número total de sessões do contrato;

#### INTERRUPÇÃO

14. Casos de interrupção, abandono, desligamento e alta só retornarão ao sistema por via externa (terão de reentrar).

#### ESTUDOS DE CASOS

Os estudos de caso poderão ser realizados às 6ªs. Feiras, de modo informal; e de participação espontânea.

#### REUNIÃO MENSAL

Reiteramos a grande necessidade da participação de todos os profissionais nas reuniões mensais para o bom e efetivo trabalho do Serviço Psicossocial.

### 3 Comunicado às UBS – início da implantação

Varginha, 26 de setembro de 2000

De: Serviço Psicossocial

Para: Enfermeiras Responsáveis e demais profissionais das Unidades Básicas de Saúde

Prezadas S<sup>ras</sup>. e S<sup>rs</sup>.

Vimos por meio desta, esclarecer-lhes sobre as mudanças a serem implementadas a partir de janeiro de 2001, no agendamento para a Psicologia do Serviço Psicossocial.

- Agendamento para os psicólogos será feito exclusivamente pelas Unidades Básicas de Saúde (não serão aceitos agendamentos espontâneos ou de outra fonte que não seja a Rede Básica de Saúde);
- O agendamento será realizado 1 vez, no final do mês, de acordo com as vagas disponíveis de cada psicólogo individualmente; (à semelhança dos agendamentos dos dentistas);
- Só serão abertas novas vagas quando houver a disponibilidade para o usuário ser absorvido imediatamente pelo psicólogo, não ficando em lista de espera no Serviço Psicossocial;
- O número de vagas por Unidade Básica de Saúde será estabelecido pela Enfermeira Vanda, em conformidade com as Enfermeiras Responsáveis das Unidades Básicas de Saúde, obedecendo critérios populacionais e epidemiológicos, sendo que, este ponto ainda carece de maiores estudos;
- O número de vagas a serem abertas por mês, não será estabelecido, pois dependerá da alta, abandono ou desistência daqueles usuários que estão recebendo tratamento;
- Destacamos que os agendamentos para a Psiquiatria e Neurologia, não sofrerão alterações por enquanto;
- À título de orientação, gostaríamos de sugerir uma minuciosa triagem dos casos à serem encaminhados, priorizando-se aqueles com distúrbios emocionais graves (tais como: psicoses, neuroses graves, depressões graves, alcoolismo, crianças e adolescentes com distúrbios emocionais graves);
- Estamos planejando para o ano de 2001, reuniões dos Psicólogos e Psiquiatras com todas as Enfermeiras Responsáveis e demais profissionais da Rede pública de saúde, para maiores esclarecimentos do perfil da população que o Serviço Psicossocial pretende abordar e tratar.

Agradecemos antecipadamente a compreensão dispensada e colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente.

Vanda M<sup>a</sup>. S. Rodrigues  
Enf<sup>a</sup>. Supervisora da Unidade

## 4 Critérios para atendimento – início da implantação

### CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTO NO SERVIÇO PSICOSSOCIAL FEVEREIRO/2001

#### DEMANDA PARA ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO

Os transtornos mentais e comportamentais são incluídos no CID-10 de (F00 a F99).

O atendimento Médico Psiquiátrico nos Serviços Psicossociais, visa o acompanhamento ambulatorial e foram criados para reduzir ao máximo as internações em Hospitais Psiquiátricos.

Deste modo a demanda a ser atendida é aquela que tem potencial para tanto, como:

1. Psicoses, Esquizofrenias, distúrbios afetivos.
2. Transtornos depressivos moderados e graves com risco de vida.
3. Dependência de substâncias psicoativas (álcool ou outras), em síndrome de abstinência ou com transtornos mentais, devido ao uso de tais substâncias.
4. Neuroses Graves (que interferem de modo significativo e incapacitante nas atividades de vida diária e profissional).
5. Quadros neuropsiquiátricos: quando apresentam transtornos mentais e/ou comportamentais graves, devido à aspectos neurológicos (orgânicos).

#### DEMANDA PSICOLÓGICA PARA ADULTO

- o) Neuroses graves;
- p) Transtornos depressivos moderados e graves;
- q) Psicoses: esquizofrenia, distúrbios afetivos.

Demanda fora da prioridade de atendimento:

- r) Dependências de substâncias psicoativas (álcool e outras), e/ou síndrome de abstinência ou transtornos mentais, devido ao uso de tais substâncias (que serão atendidas pela ABRAÇO);
- s) Epilepsias e quadros neuropsiquiátricos.

#### DEMANDA PSICOLÓGICA INFANTIL

- t) Crianças acima dos 05 anos (até 12 anos);
- u) Criança com dificuldade de relacionamento familiar (conflitos com limites; separação de pais etc);
- v) Crianças com dificuldades emocionais (explosão emocional, retraimento grave);
- w) Criança com distúrbios de personalidade grave (fobias, obsessão-compulsão, psicose);
- x) Criança hiperativa com ou sem distúrbios neurológicos (já avaliada por Neurologista);
- y) Criança submetida à eventos traumáticos (acidentes, violência, morte de familiar);
- z) Criança com doença física associada à conflitos emocionais-doenças psicossomáticas.

Demanda fora da prioridade de atendimento:

- aa) Criança com problema escolar (adaptação, repetência, conflitos de relacionamentos internos à escola);
- bb) Criança com dislexia, dislalia e similares;
- cc) Criança com problemas psicomotores;
- dd) Criança com necessidade de atenção especial (já freqüentando a FUVAE).

## 5 Relatório da Reunião de discussão do Projeto

Na reunião realizada em 08/06/2001, considerada por esta dissertação como a reunião final para discussão e apresentação de resultados, contando com a participação da maioria dos psicólogos, enfermeira, assistente social e psiquiatra chegou-se aos seguintes resultados.

Com relação aos processos desencadeados logo após o início do projeto propriamente dito, aos quais denominou-se chamar de fase de implantação, detectaram-se as seguintes questões:

- 1) A ansiedade, antes freqüente nos psicólogos com relação às imensas listas de espera, reduziu-se consideravelmente, fator considerado positivo nesta avaliação conjunta da equipe. Agora, devido a limitação de vagas e à transferência do processo de espera para as UBS é possível trabalhar com menos tensão derivada da necessidade de colocar fim às listas.
- 2) É preciso delimitar rapidamente o número de vagas para atendimento psicológico para cada UBS pois como o encaminhamento interno tem preferência sobre o externo, se este número não for definido pode acontecer de não serem chamados para vagas os clientes de uma ou outra UBS em dado mês.
- 3) Discutiu-se, ainda, a necessidade de limitar as vagas para atendimento psiquiátrico, a exemplo do que já ocorre nas demais especialidades médicas. Esta necessidade se faz presente porque, antes, não havia restrições à entrada de pacientes para o Serviço Psicossocial. A primeira providência, neste sentido, se deu no atendimento psicológico de forma aleatória, conforme disponibilidade do profissional. Entretanto, falta delimitar um número exato de vagas de acordo com os critérios populacionais e epidemiológicos, o que será estudado e definido até a reunião do próximo mês.
- 4) Com relação aos critérios diagnósticos, discutiu-se se eles estavam sendo considerados adequadamente, pois até o momento os pacientes estavam sendo absorvidos diretamente, sem triagem pelo serviço.
- 5) Outro item em pauta se referiu à percepção da existência de uma separação maior entre o atendimento da psiquiatria e da psicologia, sem a existência da discussão de todos os casos (triagem em equipe) que entravam no serviço, integrando o grupo e possibilitando uma visão panorâmica dos clientes. O problema é que a triagem grupal demanda muito tempo de todos profissionais envolvidos, tempo este que tem sido empregado nos atendimentos contribuindo com a redução da demanda.
- 6) Levantou-se o fato que os clientes tem faltado menos, que tem tido maior aderência ao tratamento psicoterápico, o que sugere um trabalho de conscientização, uma melhor escuta que se tem realizado com as enfermeiras, realmente encaminhando quem deseja tratar-se.

A partir das discussões dos itens acima, deliberou-se as seguintes mudanças no fluxograma com vias a resolver as dificuldades encontradas:

- 7) Vagas: fica estipulado o prazo de um mês (até a próxima reunião) para estudo e determinação do número de vagas para atendimento psicológico e psiquiátrico.
- 8) Critérios diagnósticos: a primeira entrevista volta a ter caráter de triagem e os clientes podem não ser absorvidos neste processo, verificando se os critérios tem sido atendidos.
- 9) Separação entre atendimento psiquiátrico e psicológico: providenciar soluções para reintegração da equipe, ainda a serem levantadas no decorrer do mês sem que haja prejuízo no atendimento. Foi ainda proposto que as entrevistas iniciais/triagem fossem realizadas na 1<sup>a</sup> sexta-feira do mês, com posterior discussão dos casos por todos os profissionais.

Apontadas e discutidas todas as questões levantadas, e após apresentadas as deliberações a serem imediatamente realizadas e/ou até a próxima reunião encerrou-se esta reunião.