

REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE JUIZ DE FORA-MG

Mário Sérgio Ribeiro (1), André Luis Pinto Coelho Stroppa (2), Alfredo Salomão Neto (3), Márcia Oliveira Bastos (4), Deizer Maria Tavares da Costa (5).

Resumo: Iniciando com uma discussão sobre os diferentes interesses envolvidos na questão da reforma psiquiátrica, e após uma breve revisão da proposta da Atenção Primária à Saúde (APS) e da perspectiva de integração das ações de saúde mental ao modelo da APS, este artigo tem por objetivo apresentar o processo de reformulação da assistência pública à saúde mental no município de Juiz de Fora-MG, que se apóia na evidência de suporte histórico e de pesquisa à proposta de um sistema de atenção à saúde mental centrado nas concepções da APS. O Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora adota, em seu aspecto gerencial, a lógica do planejamento baseado nas necessidades; apóia-se, tecnicamente, no conceito de Níveis de Prevenção; e, em seu componente político, adota o modelo da APS. Entre suas características essenciais, ressaltamos: a democratização do acesso ao cuidado à saúde mental; a extensão do cuidado (mais próximo do usuário e com a participação das equipes generalistas da APS); a ênfase no trabalho participativo, cooperativo e na divisão de responsabilidades; a democratização do conhecimento; e o compromisso ético com a máxima eficiência ao menor custo possível.

Palavras-chave: Políticas de saúde mental; atenção primária e saúde mental; sistema de saúde mental; avaliação; ética assistencial.

Mental health primary care: the mental health system of the city of Juiz de Fora-MG

Abstract: Starting with a discussion on the different interests concerning the issue of psychiatric reformation, and after a brief review on Primary Health Care policy and the perspectives of integration of mental health proceedings to Primary Care model of assistance, this article has the purpose of presenting the process of change in mental health public assistance in the city of Juiz de Fora-MG, a process that takes roots on the evidence of research and historical support to the proposal of a mental health care system centered on Primary Care conceptions. The Mental Health City System of Juiz de Fora adopts, in its managerial aspect, the logic of planning based on perceived needs; is technically based on the concept of Levels of Prevention; and, in its political component, adopts the Primary Care model. Among its fundamental characteristics we point here: democratization of access to mental health care; comprehensiveness and accessibility of care, which now includes primary care personnel; emphasis on participative and co-operative work and on shared responsibilities; democratization of knowledge; and the ethical commitment to the highest degree of efficiency with the lowest possible cost.

Key words: Mental health policies; primary care and mental health; mental health system; evaluation; ethics of assistance.

- 1- Professor Adjunto de Psiquiatria da UFJF, Coordenador do Grupo de Pesquisa em Psiquiatria e Psicologia Médica da UFJF, Doutor em Filosofia.
- 2- Professor Auxiliar de Psiquiatria da UFJF, do Instituto de Saúde Mental da SMS-JF, Supervisor do PROESAM.
- 3- Psiquiatra, Diretor do Instituto de Saúde Mental da SMS-JF.
- 4- Especialista em Enfermagem em Saúde Mental, Enfermeira do Instituto de Saúde Mental da SMS-JF, Supervisora dos CRRESAM's.
- 5- Especialista em Saúde Mental, Assistente Social do Instituto de Saúde Mental da SMS-JF, Supervisora das UBS's.

1-INTRODUÇÃO

Apesar de toda a discussão desenvolvida, nas duas últimas décadas, em torno das perspectivas de reformulação do modelo assistencial psiquiátrico tradicional, centrado na estrutura do manicômio, ainda não atingimos um consenso mínimo quanto à organização de um sistema, ou de uma rede de atenção à saúde mental, capaz de fazer confluir os diferentes interesses — públicos e privados, técnicos e corporativos, de usuários e familiares — envolvidos nessa questão (Levav et al. 1994, Lougon & Andrade 1995, Resende 1987, Riquelme 1987, Schechtman et al. 1996).

Conforme referido por dois de nós em outro momento, as iniciativas técnicas e as políticas sanitárias para o sub-setor psiquiátrico, ou de saúde mental, ao longo desse período, têm sido acompanhadas tanto pela contínua proliferação de serviços genericamente denominados de “alternativos”, como pela aproximação dos planejadores e prestadores de assistência à saúde mental à comunidade na qual se inserem, usuários e familiares sendo cada vez mais incluídos nas iniciativas de planejamento político e de avaliação da assistência prestada pelos serviços públicos de saúde mental (Dorwart et al. 1979, Gordon 1982, Schechtman et al. 1996). Ao mesmo tempo, assistimos a um permanente debate em torno da necessidade de um re-aparelhamento instrumental de todos nós, técnicos ligados aos sistemas formais da atenção à saúde mental, para melhor cuidarmos daqueles que solicitam nossos serviços (Cavalcanti 1992, Costa 1989, Goldeberg 1996, Richeport 1984).

Neste período, uma queda na confiança dos contribuintes quanto às políticas governamentais e um aumento das pressões populares contra fraudes, desperdícios e abusos em programas apoiados em verbas públicas, associados a uma notória escassez de recursos financeiros, contribuíram para o surgimento de uma demanda por “prestações de contas”, que vem impelindo os responsáveis pelos programas de saúde mental em direção a uma constante avaliação de seus resultados (Keppler-Seid et al. 1980, Williams & Clare 1981). Em nosso país, os anos 90 trouxeram à cena uma crescente preocupação com a avaliação da qualidade dos serviços prestados na área da saúde mental, o que pode ser aferido pelos inúmeros trabalhos que vêm sendo produzidos sobre o tema, de um modo geral refletindo sugestões e propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o setor (Gastal & Leite 1992, Pitta 1996, Pitta et al. 1995, Pondé & Marchi 1994, Silva Filho et al. 1996, Vasconcelos 1995).

Conforme nosso entendimento, aos imperativos morais que subjetivamente deveriam nos obrigar a oferecer a nossos pacientes individuais e privados um padrão de atendimento eficaz — qual seja, o mais próximo a nosso estágio de desenvolvimento das técnicas de manutenção ou recuperação da saúde —, deveriam também estar subordinadas as administrações institucionais e as propostas políticas para o sub-setor de saúde mental, de forma a garantir aos usuários desses serviços a oferta de modelos politicamente efetivos e práticas assistenciais administrativamente eficientes, capazes de agenciar a implementação de padrões assistenciais tecnicamente eficazes que não se submetam aos ditames de preconceitos teóricos, distorções ideológicas ou manipulações econômicas ou político-partidárias (Ribeiro 1994, Ribeiro & Teixeira 1997).

A esses imperativos morais integram-se perfeitamente os esforços para se colocarem em relevo as inter-relações entre a psiquiatria — ou a medicina, como um todo, ou mesmo as demais áreas de atenção ou cuidado à saúde dos indivíduos — e os direitos do homem e do cidadão, em se discutir a ética de internações e tratamentos involuntários ou ainda a interdição do doente mental (Cahn 1982, Delgado 1992, Heckert 1996, Pitta 1995). A eles também se aliam algumas das mais recentes contribuições da epidemiologia em sua vertente dedicada aos atualmente denominados “Estudos de Avaliação dos Efeitos da Atenção”, que, entre outros objetivos, procuram destacar a satisfação dos usuários com os serviços a eles oferecidos, resgatando entre os técnicos de saúde mental a percepção do usuário em seu papel de sujeito de cidadania (Delgado 1987, Silva Filho 1996). Preocupações dessa natureza são também colocadas na ordem do dia por membros da corporação psiquiátrica: de acordo com Aguiar (1999), estamos inevitavelmente comprometidos com a consideração da relação custo-benefício das intervenções diagnósticas e terapêuticas de nossa prática assistencial; em seu entendimento, vivendo em uma época de recursos limitados e diante de

uma sociedade cada vez mais exigente e consciente de seus direitos e necessidades, nossa possível e desejável influência na organização das ações de saúde mental dirigidas à população por nós assistida deveria pautar-se pelo recurso às evidências da eficiência daquilo que se propõe.

Adquirindo relevo a partir das constatações e dos pressupostos acima sumarizados, o texto que se segue tem por objetivo apresentar o processo de reformulação da assistência à saúde mental no município de Juiz de Fora - MG, assinalando algumas das evidências que dão suporte à nossa proposta de um sistema de atenção à saúde mental centrado nas concepções da Atenção Primária à Saúde.

2- PLANEJAMENTO EM SAÚDE E A QUESTÃO DA AVALIAÇÃO

Conforme evidenciado à introdução deste texto, a questão da avaliação da eficiência e da efetividade de intervenções técnicas e modelos assistenciais vem merecendo um especial destaque, ao menos por parte dos responsáveis por pensar ou gerir as políticas públicas na área da saúde. Admitindo-se que uma política de saúde pública pode ser definida a partir de sua opção por uma determinada forma de organização dos serviços de saúde, de alocação de recursos humanos e materiais e pelo nível de compromisso na avaliação dos serviços oferecidos, pode-se, portanto, concluir que — como ponto de partida para uma proposta adequadamente efetiva — planejadores e gestores encontram-se compelidos à opção por uma tecnologia adequada, isto é, pela oferta de um conjunto de serviços com evidência suficiente para justificar sua eficácia (capacidade de modificar a realidade clínica visada) e eficiência (relação custo-benefício).

Entendendo-se a avaliação como um processo de se determinar, mediante métodos apropriados, o valor de alguma coisa ou acontecimento, em geral admite-se que, em saúde pública, o processo de avaliação consiste numa apresentação de dados previamente definidos e determinados, e na apreciação do progresso realizado para a consecução de objetivos estabelecidos num plano de operações. Tal processo deveria sempre se iniciar com a elaboração de um projeto de atenção à saúde, dele constituir parte integrante e contínua, e, finalmente, como constituinte de um sistema circular de retroalimentação, permitir a incorporação ao programa de atendimento dos novos progressos ou conhecimentos adquiridos durante o desenrolar desse processo (Ramos 1974, Ribeiro 1994).

Até muito recentemente, os processos de avaliação em saúde concentravam-se em objetivos nitidamente quantitativos, o que resultou em uma indefinição conceitual, ainda hoje predominante, entre o objeto da avaliação e o objeto da epidemiologia, classicamente definida como um estudo da distribuição das doenças e de seus determinantes na população (Almeida Filho 1989, Brasil 1989, Pitta 1996/2). Prescrevendo que o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica deve ser suscetível de avaliação quantitativa e qualitativa, a própria OPAS expressou sua confiança de que novas pesquisas que se realizem no campo da avaliação possam produzir instrumentos que permitirão monitorar e avaliar a Reestruturação, apontando numa direção logo aprofundada em publicações da própria OMS (OPAS 1992, WHO/SUPPORT 1996). Da mesma forma, a II Conferência Nacional de Saúde Mental já apontava para a necessidade de se garantir a criação de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços e de se promoverem pesquisas voltadas à avaliação e à divulgação dos resultados da rede de atenção em saúde e dos avanços tecnológicos gerados (Brasil 1992).

De acordo com Starfield (1994), um planejamento em saúde que possa ser admitido como sério deveria, no mínimo, conter as seguintes particularidades: compreensibilidade dos conceitos fundamentais; facilidade de implementação; e possibilidade de avaliação. Regra geral, todavia, nossas propostas de políticas de saúde têm seu lado frágil na própria irracionalidade de um planejamento habitualmente dirigido pela oferta (ou demanda), sem evidências empíricas (“eu acho”), e mais aberto a diferentes formas de corporativismos, modismos e consumismos. Projeções orientadas pela demanda costumam, segundo a autora, refletir o estado atual da prática, mais que se constituir em um planejamento racional, baseado num conhecimento da realidade clínico-epidemiológica. Mais comum nos sistemas que adotam o modelo do especialista — com o sistema de

atenção à saúde dirigido pelo mercado —, o modelo de planejamento dirigido pela demanda, via de regra, se correlaciona positivamente com altos custos da assistência. Por sua vez, gestões orientadas pelas necessidades de saúde procuram basear-se num conhecimento tanto da realidade epidemiológica local quanto da relação custo-benefício das intervenções diagnósticas e terapêuticas a serem implementadas. Tal estratégia gerencial implica no estabelecimento de prioridades diante da realística contraposição entre múltiplas e imediatas necessidades e a real disponibilidade de meios para atendê-las. Todavia, salvo exceções relacionadas à práxis de pesquisa, os dados epidemiológicos necessários a um planejamento objetivo só se encontram disponíveis a partir da implementação de formas mais organizadas de prática assistencial e de informação.

Tomando-se, portanto, como acima referido, o processo de avaliação como o caminho que vai da apresentação de dados previamente definidos e determinados à apreciação do progresso realizado para a consecução de objetivos estabelecidos num plano de operações, pode-se concluir que a própria possibilidade de um processo avaliativo encontra-se vinculada, de forma indissociável, à forma de organização do sistema de saúde em questão: sem organização, não há dados disponíveis sobre os quais se possa planejar ou definir objetivos avaliativos, a não ser que tomemos como nosso objetivo primeiro a própria organização do sistema.

3- UM NOVO VELHO MODELO: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE MENTAL

O modelo de atenção à saúde caracterizado pelo acesso direto do usuário aos especialistas, amplamente orientado pelo consumo e pelo mercado, foi predominante entre os anos 30 e os anos 80; uma vez revelada sua íntima associação aos custos cada vez mais crescentes das ações de saúde, teve início um amplo processo de reorganização dos sistemas sanitários em todo o mundo. Nesse contexto, o modelo da Atenção Primária à Saúde (APS) ressurgiu na Conferência de Saúde da OMS de Alma-Ata, em 1978, passando, a partir dos anos 80, a ser implementado em países de diferentes orientações políticas e sistemas econômicos.

Há algum tempo, vêm sendo acumuladas evidências empíricas de que, quando comparado ao cuidado provido por generalistas, o tratamento fornecido por especialistas seria mais eficiente para algumas doenças, mas não para todas elas; na realidade, é hoje evidente que grande parte da prática em APS dirige-se a problemas que não têm ou podem nunca receber um diagnóstico médico definitivo (Starfield 1994). Por outro lado, conforme referido por Van der Pasch & Verhaak (1998), diversos estudos têm evidenciado que um elevado percentual de pacientes tende a expressar seus problemas mentais em termos de sintomas físicos; e, por sua vez, Katon & Walker (1998) apontam que 14 sintomas e queixas físicas — dos quais apenas 10 a 15% com causas orgânicas identificáveis em seguimentos de 1 ano — seriam responsáveis por quase 50% das consultas em APS, e enfatizam que pacientes com sintomas medicamente não-explicáveis tenderiam a utilizar consultas e a gerar custos de forma desproporcionalmente elevada, com relação àqueles com patologias melhor definidas pela perspectiva médica estrita.

Enquanto uma forma mais racional de enfrentamento dessas questões, a APS revelou-se como uma forma de organização de serviços que é hoje amplamente percebida como o eixo de sustentação de um sistema racional de prestação de cuidados à saúde. Sua relevância, no campo da saúde mental, também já foi suficientemente reconhecida. Gask, Sibbald & Creed (1997) ressaltam o fato de que modelos inovadores de cuidados psiquiátricos baseados na APS parecem oferecer um maior potencial de colaboração entre técnicos e o movimento de usuários, uma vez que eles não carregam o estigma da referência a serviços psiquiátricos. Diferentes autores têm sugerido que o ambiente assistencial da APS contribui para uma abordagem mais adequada às necessidades de prevenção e detecção precoce em populações de risco — como a de adolescentes e grávidas (Bagheri et al. 1998, Walker & Townsend 1998) — e parece concorrer para seguimentos mais prolongados que os proporcionados por especialistas psiquiatras (Habib et al. 1998). Outro aspecto relevante com referência aos modelos de assistência à saúde mental centrados em ambientes comunitários é que — de forma oposta a questionamentos comumente colocados a tais propostas — seriam raros os

registros de eventos adversos relativos a pacientes psiquiátricos graves (psicóticos) acompanhados na comunidade (Johnson et al. 1998)

Em sua concepção clássica, a APS se organiza em torno de cinco atributos fundamentais:

- a) Porta de entrada (acessibilidade): refere-se a seu papel enquanto primeiro ponto de contato dos usuários com o sistema de saúde.
- b) Longitudinalidade: diz respeito à continuidade do cuidado, centrado na pessoa, ao longo do tempo.
- c) Abrangência: representa sua necessária habilidade para oferecer uma ampla gama de cuidados assistenciais, adequados às necessidades da população atendida.
- d) Coordenação das ações: um atributo que implica em um sistema de informação adequado e ágil.
- e) Responsabilidade: um atributo de todos os níveis de um sistema de saúde, que, em APS, se amplia a todos os envolvidos e deve ser objetivada num contínuo processo de avaliação e prestação de contas pelas ações desenvolvidas e pelos recursos investidos.

A APS corresponde ao primeiro nível de contato dos usuários com o cuidado formal oferecido por um sistema de saúde. Deve ser capaz de atender a todos os transtornos incidentes sobre a população sob sua responsabilidade, exceto os incomuns e/ou mais complexos. Um sistema de saúde completa-se com os níveis secundário e terciário e o atendimento às emergências. O Nível Secundário é definido como um setor que presta uma assistência de curta duração, primordialmente servindo de instância de consultoria/ interconsulta para equipes da APS, auxiliando-a em suas dificuldades diagnósticas e terapêuticas. O Nível Terciário responsabiliza-se pela assistência aos transtornos mais complexos, graves (no sentido de seu impacto sobre a saúde e a vida do paciente) ou incomuns, ou para os quais a APS não disponha de tecnologia e/ou recursos adequados. Uma vez que cada nível assistencial deve ser capaz de atender a certas formas de urgências relativas a sua parcela de responsabilidade dentro do sistema, todo atendimento que não seja adequado à rotina assistencial do sistema deve ser objeto de atenção de serviços de emergência, que podem ou não estar fisicamente vinculados a outras instâncias do sistema.

Obviamente, um sistema de saúde não irá atender às expectativas de planejadores e gestores, e nem às necessidades de seus usuários, se não for efetivada uma adequada integração entre seus diferentes níveis. Todos os níveis necessitam funcionar de forma integrada com as equipes responsáveis pelos cuidados primários (APS), cujo processo de treinamento deve enfatizar os aspectos da prática assistencial nos quais os técnicos de cada área de formação deveriam ter sua excelência (Starfield 1994), num esforço que busca superar obstáculos técnicos habitualmente encontrados em trabalhos de equipe — tal como a perda de habilidades, ou “nivelamento por baixo”, apontado por Kernberg (1982) em sua avaliação das Comunidades Terapêuticas — e ético-gerenciais (a “divisão de irresponsabilidades”, amplamente reconhecida nos serviços e sistemas de saúde mental de nosso país).

A proporção de pessoal entre os diversos níveis de um sistema de saúde costuma variar entre diferentes países e mesmo entre regiões de um mesmo país, e a capacidade de cada nível em atender adequadamente às necessidades de saúde das comunidades a que servem (resolutividade) costuma ser estimada entre 75% e 85% para o Nível Primário; entre 10% e 12%, para o Nível Secundário; e entre 5% e 10%, para o Nível Terciário. Conforme referido mais acima, a informação epidemiológica necessária a uma definição mais precisa da resolutividade dos níveis e dos recursos humanos necessários a cada um deles depende, na realidade, de formas mais organizadas de prática assistencial e gerencial, capazes de gerar dados de necessidade; assim sendo, tais definições ficam na dependência do próprio processo de organização e avaliação dessa nova forma de prática de cuidado à saúde.

Ainda na primeira metade da atual década, comprovou-se empiricamente que, ao menos entre nações industrializadas do ocidente, a organização de sistemas de saúde a partir dos fundamentos da APS está associada a custos mais baixos da assistência, mais elevado nível de satisfação da população com seus serviços de saúde, melhores níveis de saúde e menores taxas de uso de medicação (Starfield 1994). Quanto à inserção da atenção do subsistema de saúde mental em sistemas de saúde organizados em torno do modelo da APS, Gask, Sibbald & Creed (1997) referem

que a melhoria da comunicação entre os dois níveis da interface Nível Primário-Nível Secundário, através de um modelo de consultoria-ligação, ofereceria a melhor oportunidade para uma provisão de serviços de melhor qualidade e melhor relação custo-benefício. Reafirmando que o trabalho desenvolvido pela equipe de especialistas de nível secundário deve perseguir tanto a qualidade do cuidado oferecido pela APS como a qualificação da referência ao nível secundário, os autores apontam como objetivos do trabalho desenvolvido nessa interface — os quais sugerem como critérios de avaliação — os seguintes aspectos:

- a) reforçar a habilidade da equipe da APS na detecção e cuidado de problemas na área da Saúde Mental;
- b) reduzir a referência de transtornos mentais leves;
- c) encorajar a referência seletiva de transtornos mentais graves.

4- O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE JUIZ DE FORA: UMA NOVA PERSPECTIVA ?

No que concerne à saúde mental, o município de Juiz de Fora se tornou relativamente bem conhecido, em especial a partir da década passada, por uma atenção especialmente centrada em dispositivos asilares tradicionais, quando se chegou a contabilizar a existência de 1492 leitos ⁽¹⁾, numa relação de cerca de 3 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes, considerada a área geográfica que habitualmente demandava pelos serviços psiquiátricos da cidade (Alves et al. 1992, Heckert 1991). Sem nos determos aqui na discussão dos determinantes conjunturais — de natureza eminentemente político-econômica e corporativa — associados ao estado anterior e nem ao processo de transformação por que vem passando a assistência pública à saúde mental em nosso município nesses últimos 15 anos, limitar-nos-emos a referir uma importante ampliação da oferta de serviços de saúde mental — que inclui a instalação de um Serviço de Urgências Psiquiátricas (SUP) e a disponibilização de leitos para a internação de pacientes psiquiátricos em enfermarias de Clínica Médica de um Hospital Geral, o Hospital Regional Dr. João Penido (HRJP) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) —, bem como uma relevante redução dos leitos psiquiátricos anteriormente disponíveis no município ⁽²⁾, remetendo os interessados a uma leitura direta das fontes disponíveis (Juiz de Fora 1992, Marques 1996, Paula et al. 1991, Ribeiro 1991, Ribeiro et al. 1999/2000, Vale s/d).

Assim sendo, no início de 1997, conviviam, portanto, em nossa cidade, unidades de saúde mental representantes de dois modelos bastante distintos de prática assistencial extra-muros, cujo ponto em comum consistia na absoluta falta de integração das instituições e serviços existentes através de uma perspectiva sistêmica. De um lado, o Ambulatório Integrado de Saúde Mental (AISM) — um serviço ambulatorial de atendimento exclusivamente psiquiátrico geral, característico remanescente do modelo assistencial do antigo INAMPS, no qual não se utilizavam registros de atendimentos (prontuários) nem regulares marcações de consultas de retorno — e, de outro, qualquer um dos Programas Especiais — destinados a portadores de transtornos específicos, dentre os quais um CAPS —, com equipes multidisciplinares, utilização habitual de prontuários e do agendamento de consultas e com um volume de atendimentos por profissional quantitativamente menor que o registrado no AISM; todos os serviços, porém, atendendo a uma demanda caracteristicamente espontânea, oriunda de todo o município de Juiz de Fora e cidades circunvizinhas, e, de modo geral, quase que impossibilitados de receber novos pacientes, em virtude da ausência de rotatividade de seus pacientes.

Partindo dessas constatações, uma equipe articulada pela direção do Instituto de Saúde Mental (ISM) do SUS-JF, no início de 1997, passou a discutir uma reformulação do modelo até então adotado, consolidando-a em uma proposta (Juiz de Fora 1997) que: 1) busca a integração das ações de saúde mental desenvolvidas por diferentes órgãos públicos do município, em especial o Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) e o HRJP; 2) concentra-se, fundamentalmente, na inserção do sub-setor de saúde mental no sistema regionalizado, descentralizado e hierarquizado do município; 3) investe na

implantação de projetos interinstitucionais de ações de saúde mental, propondo ações variadas — entre as quais o estabelecimento de critérios e normas de funcionamento e de avaliação dos diferentes níveis assistenciais —, definidas de acordo com a complexidade e possibilidades de cada nível, para cada um dos quais foram estabelecidos objetivos gerais e específicos. Inicialmente, procedeu-se a um período de avaliação do funcionamento de uma área-piloto, envolvendo a implantação de ações de saúde mental em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município e, ao longo dos últimos 12 meses, gradualmente a nova sistemática de trabalho vem sendo estendida a todas as atuais 40 UBS's de Juiz de Fora, com a formalização do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora (SMSM-JF), cuja dinâmica fundamental procuraremos, de forma sumária, explicitar a seguir.

Vale, de imediato, ressaltar — de modo coerente com a fundamentação teórica acima apresentada quanto ao planejamento e à avaliação das ações de saúde mental — que o modelo de organização das ações de saúde mental implementado pela equipe do ISM-JF recorre, em seu aspecto gerencial, à lógica do planejamento baseado nas necessidades; apóia-se, tecnicamente, na conceituação de Níveis de Prevenção (Fletcher et al. 1996, Leavell & Clark 1976, US Preventive Services Task Force 1996); e, em seu componente político, adota a concepção da Atenção Primária à Saúde. A todo instante, planejadores e gestores do SMSM-JF têm procurado ater-se à busca de eficiência clínica e eficiência de produção para as estratégias assistenciais e gerenciais propostas, procurando desviar-se daquela armadilha que Donabedian (1983) denominou de *definição absolutista de qualidade*, isto é, um critério qualificatório que exclui de seus juízos uma avaliação da redundância, dos riscos e dos custos das práticas propostas. Dentro dos objetivos acima descritos para este trabalho, limitar-nos-emos aqui a descrever a organização formal do SMSM-JF, tomando a própria organização do sistema como o primeiro foco de uma futura avaliação.

4.1- Nível Primário

Corresponde ao atendimento prestado pelas UBS's, através das diferentes categorias profissionais — médicos, enfermeiros e técnicos e assistentes sociais — vinculadas ou não ao Programa de Saúde da Família. A inserção de ações de saúde mental no atendimento prestado pelas UBS's visa não somente a organizar a entrada dos usuários no SMSM como também a possibilitar uma melhor utilização do potencial das equipes das UBS's para a promoção e manutenção da saúde de seus usuários, através do reconhecimento e abordagem dos aspectos psicossociais associados à própria demanda das UBS's. Sugerindo-se o desenvolvimento de ações de prevenção primária de saúde mental dirigidas a subgrupos específicos de usuários — de forma integrada aos demais programas desenvolvidos nas UBS's, e de modo a atingir grupos de risco previamente definidos — nossa linha de trabalho concentra-se no aparelhamento dos profissionais das UBS's para a realização de hipóteses diagnósticas básicas na área da saúde mental e para a instituição de terapêutica para alguns grupos de pacientes, de acordo com a proposta estabelecida pelas equipes técnicas dos Programas Especiais de Saúde Mental (PROESAM).

À medida do necessário, as equipes das UBS's podem referenciar pacientes a um nível intermediário de atendimento, os Centros Regionais de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) ou ao SUP; num processo permanente de consultoria realizada pela equipes dos CRRESAM's, as UBS's recebem pacientes contra-referenciados pelos CRRESAM's e pelo PROESAM, dando continuidade ao tratamento proposto pelo encaminhante. O processo de referência e contra-referência é todo feito através de impressos especialmente desenvolvidos para cada uma das instâncias assistenciais envolvidas, levando-se em conta a complexidade de seu trabalho e a necessidade de transmissão de informações.

4.2. Nível Secundário

Em nossa formulação — que, coerentemente com o mais habitualmente realizado, utiliza a concepção de nível terciário como o setor de internação —, o atendimento de nível secundário foi concebido para ser realizado em duas instâncias distintas: os Centros Regionais de Referência em

Saúde Mental (CRRESAM) e os Programas Especiais de Saúde Mental (PROESAM), que são descritos separadamente.

4.2.1- Centros Regionais de Referência em Saúde Mental

Os Centros Regionais de Referência em Saúde Mental foram implementados como uma instância fundamental no processo de implantação do SMSM-JF e se constituem em um aspecto diferencial do sistema por nós formulado. Trata-se, na realidade, de um dispositivo pedagógico-assistencial cuja criação foi proposta como estratégica para a viabilização desse processo de reestruturação do atendimento à saúde mental em Juiz de Fora; ou, para utilizar a nomenclatura própria da APS, desse processo de reversão do modelo assistencial em saúde mental do município. Tendo como objetivos operacionais a polarização das ações de referência e contra-referência do SMSM-JF, organizando o fluxo de pacientes dentro da rede instituída, seus técnicos devem ser capazes de, com rapidez, confirmar ou especificar diagnósticos e instituir tratamento imediato para os pacientes a eles encaminhados. Seguindo-se à avaliação clínica efetuada — num período de tempo máximo de 60 dias —, de acordo com critérios definidos pelos Programas Especiais, as equipes dos CRRESAM's podem contra-referenciar seus pacientes para acompanhamento nas UBS's ou referenciá-los ao PROESAM.

Materializando, já a partir desse nível, nossa ênfase no trabalho participativo, cooperativo e na divisão de responsabilidades no planejamento e na execução das atividades assistenciais, estabeleceu-se que as equipes dos CRRESAM's devem ser responsáveis por estabelecer critérios de avaliação do trabalho de sua própria equipe, bem como das UBS's sob sua orientação técnica. A equipe mínima dos CRRESAM's ficou estabelecida em um psiquiatra e um outro técnico especialista em saúde mental — com conhecimentos comuns na área de psicopatologia, diagnóstico e classificação de transtornos mentais —, cujo perfil, idealmente, é definido pelas habilidades e treinamento requerido para exercer as funções pedagógico-assistenciais singulares que caracterizam os CRRESAM's. Além do trabalho de supervisão direta, que acontece uma vez por mês, para cada UBS, as equipes que atuam nos CRRESAM's devem estar disponíveis para eventuais consultorias à distância, bem como para contatos regulares com outras equipes dos CRRESAM's e do PROESAM, num efetivo processo de organização das ações de referência e contra-referência no sub-setor de saúde mental; da mesma forma, devem manter reuniões regulares de sua própria equipe, para discussão de casos e decisões referentes a seu funcionamento interno, promovendo um contínuo processo de avaliação das atividades que desenvolvem.

Os CRRESAM's, diferentemente das demais instâncias de atendimento ambulatorial, não possuem um Serviço de Arquivo Médico (SAME), no sentido estrito dessa expressão. Na realidade, eles mantêm o prontuário do paciente, isto é, o impresso recebido da UBS e aquele a ser preenchido pelas equipes dos CRRESAM's, apenas pelo período em que o paciente se encontra sob sua responsabilidade direta. No momento em que o usuário é encaminhado de volta à UBS, ou é referenciado ao PROESAM, ambos os impressos o acompanham.

4.2.2- Programas Especiais

Os Programas Especiais de Saúde Mental resultam do processo de integração e reorganização dos antigos programas que já funcionavam no SUS-JF e no Centro Integrado de Educação e Saúde Mental (CIESAM) do HU-UFJF. Dentro do SMSM, a eles compete atender a um grupo específico de Transtornos Mentais, elaborar um projeto terapêutico específico para o grupo de transtornos em questão e definir — a partir de parâmetros de priorização relativos à complexidade do caso ou a seu impacto sobre a saúde e a vida do paciente — os critérios de encaminhamento para o atendimento direto pela equipe do programa. Da mesma forma, suas equipes técnicas devem estabelecer as formas de atendimento na rede municipal de saúde mental para aqueles pacientes portadores de transtornos relativos ao programa, mas que não receberão assistência direta pela equipe do mesmo; devem responsabilizar-se pela supervisão e assessoria das demais instâncias da rede nas questões afeitas ao programa; e também determinar critérios de avaliação do trabalho de sua própria equipe, bem como das demais instâncias da rede em sua área de responsabilidade.

Em seu trabalho assistencial, devem ser capazes de realizar diagnóstico de subtipos dentro do grupo de transtornos sob sua responsabilidade, confirmando tratamentos anteriormente instituídos, ou modificando-os de acordo com a subtipagem realizada; para tanto, devem ter flexibilidade suficiente de conduta para instituir subprogramas terapêuticos, de acordo com os diferentes subtipos diagnósticos possivelmente identificados. Por fim, são responsáveis pelo assessoramento às equipes dos CRRESAM's, das UBS's, do SUP, do HRJP e dos hospitais conveniados, nas ações de prevenção primária, secundária e terciária, dentro do grupo de transtornos sob sua responsabilidade.

Ao contra-referenciarem os pacientes por eles atendidos, os Programas Especiais devem manter consigo os impressos próprios do programa, remetendo à UBS aqueles impressos referentes ao encaminhamento da UBS ao CRRESAM e do CRRESAM ao Programa, acompanhado de um resumo do tratamento ali efetivado e, se necessário, de orientações terapêuticas relativas à continuidade do tratamento de cada paciente. Devemos ressaltar que todos esses impressos que circulam entre os diferentes níveis assistenciais visam não somente à comunicação entre os diferentes níveis do sistema — resumindo histórias clínicas e tratamento, bem como as orientações relativas à sua continuidade — como também favorecem o desenvolvimento de co-responsabilidade pelo sucesso ou insucesso terapêutico e possibilitam uma avaliação — pedagógica ou gerencial — mais objetiva do trabalho efetivamente desenvolvido. Objetiva-se, com isso, desenvolver entre os profissionais da rede pública de saúde uma mentalidade reflexiva, metódica e metodologicamente orientada para a avaliação dos resultados de seu trabalho.

4.3- Nível Terciário

Quanto aos setores de emergência e internação, referiremos apenas que:

- 1) a partir de abril de 1997, o SUP passou a contar com 12 leitos fixos; os 16 leitos psiquiátricos do HRJP foram colocados sob controle da Central de Vagas do município; e desde abril de 1999, têm sido praticados tetos máximos de internações psiquiátricas por plantão do SUP (estabelecido a partir da média de internações no período de outubro de 1998 a março de 1999);
- 2) em janeiro de 1999, iniciou-se um processo de avaliação do atendimento prestado nas unidades hospitalares conveniadas, através de um monitoramento dos egressos, objetivando uma diferenciação da qualidade dos serviços prestados nesses hospitais e incentivando a criação de programas assistenciais específicos por parte das instituições conveniadas; e
- 3) em julho de 1998, iniciou-se um recenseamento dos pacientes asilares, então em número de 315. Com base nesse recenseamento, vêm sendo desenvolvidos projetos específicos para essa população, entre os quais a bolsa Vida Plena (um projeto de complementação de renda para as famílias de desasilados que se mantenham em tratamento extra-hospitalar) e os Centros de Convivência (a serem criados e mantidos em parceria com a comunidade), além da implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Lares Abrigados, na dependência de financiamento específico por parte do Ministério da Saúde.

Expressando, de forma sintética, as grandes linhas balizadoras do modelo implementado pelo SMSM-JF, poderíamos dizer que suas prioridades são:

- a) compromisso ético com a máxima eficiência ao menor custo possível;
- b) planejamento lógico: constituição de um sistema regionalizado, hierarquizado, integrando diferentes instituições públicas das esferas municipal, estadual e federal com ações na área da saúde no município de Juiz de Fora;
- c) democratização do acesso ao cuidado à saúde mental;
- d) extensão do cuidado: mais próximo do usuário e com ênfase na participação das equipes generalistas;
- e) ênfase no trabalho participativo, cooperativo e na divisão de responsabilidades: o planejamento e a execução integrados, em contraposição ao isolacionismo e ao “jogo-de-empurra”;
- f) democratização do conhecimento;

g) estabelecimento de um sistema de registros e de informação que possibilite um adequado conhecimento da realidade atendida, um planejamento cada vez mais racional e uma contínua avaliação do sistema.

5- À GUIA DE CONCLUSÃO

A epidemiologia e as medidas de incapacidade constituem-se hoje em parte integral das políticas e dos processos de planejamento de serviços: não se limitam aos serviços especializados e atingem também atividades desenvolvidas na APS, nas escolas e locais de trabalho (Jenkins 1998). Assinalando que os transtornos psiquiátricos têm sido grandemente subestimados por planejadores e gestores econômicos e da saúde enquanto causa de incapacidade — apesar de, na realidade, representarem cinco das 10 primeiras causas de incapacidade em todo o mundo e 47,2% de todos os anos vividos com uma incapacidade em países em desenvolvimento —, Bland (1998), por outro lado, adverte-nos de que os técnicos em saúde mental estarão, cada vez mais, sendo chamados a apresentarem argumentos econômicos para justificarem seus serviços, ao mesmo tempo em que serão pressionados a mudarem seus estilos de prática, a desenvolverem novas habilidades e a treinarem generalistas, em suporte à assistência prestada na APS.

Repetindo aqui o afirmado por um de nós em outro contexto, um irrealizável sonho humano de completude parece impulsionar o desenvolvimento dos saberes e da ciência, ao mesmo tempo em que dá suporte às expectativas inafiançáveis que cercam a evolução tecnológica. E com as tecnologias de manutenção ou de recuperação da saúde — freqüentemente fetichizadas —, essa dinâmica tampouco é diferente: num resultado “perversamente” paradoxal, ao lado de se associar a grande parte das vitórias humanas, esse sonho também se vincula ao inumerável elenco de suas frustrações. Ainda que a ciência e a tecnologia também possam ser vividas, ou vendidas, como qualquer outra mercadoria à disposição do mercado, entendemos que sua aplicação à saúde humana deva decorrer de um conhecimento eticamente bem fundamentado e metodologicamente bem produzido, organizado em torno de evidências empíricas simples e objetivas, capazes de nos garantir o suporte a uma práxis minimamente moral e racional — de objetivos definidos e passível de avaliação em seus resultados (Ribeiro 2000).

Segundo entendemos, toda tecnologia — de um modo geral, e, em nosso caso específico, aquelas ligadas à saúde — pode se tornar um **bem privado** — e produzir a riqueza de alguns poucos, ao, efetivamente, atuar sobre o processo saúde-doença de outros poucos, enquanto acalenta os sonhos impossíveis de outros muitos —, mas também um **bem público**, quando — e apenas quando, como deveria ser a norma — em seu componente efetivamente transformador, e não de produção de sonhos, é democraticamente colocada à **disposição de todos** os que dela claramente necessitem, e seu custo equitativamente distribuído por todos os cidadãos, contribuintes. Transformar uma Tecnologia da Saúde em um Bem Público é sempre o resultado de uma **decisão política**, que também deveria se alicerçar no **compromisso ético** sintetizado na expressão: o melhor serviço, para o maior número de pessoas, ao menor custo possível para o Estado.

Tanto na esfera pública quanto no âmbito das relações privadas, entretanto, as tecnologias da saúde não podem estar dissociadas de um contínuo processo de **avaliação** que se alicerça — e é capaz de garantir a solidificação desse alicerce — num *a priori* moral: o do **dizer aquilo que se faz e fazer aquilo que se diz**. A nosso ver, a proposta contida, e em início de implementação, no SMSM reflete — em seu planejamento lógico-conceitual e no comprometimento coletivo dos responsáveis por sua implantação e gerenciamento — tanto o compromisso ético quanto o *a priori* moral imediatamente acima explicitados: a avaliação do trabalho efetivamente desenvolvido e a avaliação dos resultados práticos desse processo há pouco iniciado poderão ser oportunamente apresentadas e discutidas.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, R.W. Psiquiatria Baseada em Evidências. **Psiquiatria Hoje**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 2, 1999.
- ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989. 109 p.
- ALVES, D.S.N. et al. Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, p. 423-426, 1992.
- BAGHERI, M.M. et al. Fetal alcohol syndrome: maternal and neonatal characteristics. **Jornal Perinatologia Médica**, v. 26, n. 4, p. 263-269, 1998.
- BLAND, R.C. Psychiatry and the burden of mental illness. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 43, n. 8, p. 801-810, 1998.
- BRASIL. **Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.
- BRASIL. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.
- CAHN, C.H. The ethics of involuntary treatment. The Position of the Canadian Psychiatric Association. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 67-74, 1982.
- CAVALCANTI, M.T. **O Tear das Cinzas**. 1992. 356p. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- COSTA, J.F. **Psicanálise e contexto cultural. Imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias**. Rio de Janeiro: Campus, 1989. 175 p.
- DELGADO, P.G.G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: TUNDIS, S.A; COSTA N.R. (Org.). **Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987, p. 171-202.
- DELGADO, P.G.G. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Cora, 1992. 246 p.
- DONABEDIAN, A. Quality, cost, and clinical decisions. **Anais da AAPSS**, v. 468, p. 196-204, 1983.
- DORWART, R.A.; MEYERS, W.R.; NORMAN, E.C. Effective citizen participation in mental health: comparative case studies. **Public Health Reports**, v. 94, n. 3, p. 268-274, 1979.
- FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. **Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 281 p.
- GASK, L.; SIBBALD, B.; CREED, F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. **British Journal of Psychiatry**, v. 170, p. 6-11, 1997.
- GASTAL, F.L.; LEITE, S.O. Prevenção e assistência psiquiátrica sob o enfoque de qualidade: uma contribuição à discussão científica do tema. **Revista ABP-APAL**, v. 14, n. 4, p. 159-167, 1992.

- GOLDEBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Té Corá/ Instituto Franco Basaglia, 1996.168 p.
- GORDON, J.S. Alternative mental health services and Psychiatry. **American Journal of Psychiatry**, v. 139, n. 5, p. 653-656, 1982.
- HABIB, A. et al. Compliance with disposition to primary care and psychiatrists in elderly homebound mentally ill patients. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 6, n. 4, p. 290-295, 1998.
- HECKERT, U. Diagnóstico da Assistência em Saúde Mental em Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora-MG, v. 18, n. 3, p. 167-171, 1991.
- HECKERT, U. A interdição do doente mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 139-142, 1996.
- JENKINS, R. Linking epidemiology and disability measurement with mental health service policy and planning. **Epidemiological Psychiatric Society**, v. 7, n. 2, p. 120-126, 1998.
- JOHNSON, S. et al. Frequency and predictors of adverse events. PriSM Psychosis Study 3. **British Journal of Psychiatry**, v. 173, p. 376-384, 1998.
- JUIZ DE FORA. **Plano Municipal de Saúde Mental**. Juiz de Fora- MG: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.
- JUIZ DE FORA. **Relatório de internações psiquiátricas de pacientes agudos e crônicos**. Juiz de Fora- MG: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.
- JUIZ DE FORA. **Proposta de reestruturação e integração da rede de assistência à saúde mental no município de Juiz de Fora**. Juiz de Fora- MG: Instituto de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, 1997.
- KATON, W.J.; WALKER, E.A. Medically unexplained symptoms in primary care. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 59, supl. 20, p. 15-21, 1998.
- KEPPLER-SEID, H.; WINDLE, C.; WOY, J.R. Performance measures for mental health programs: something better, something worse, or more of the same? **Community Mental Health Journal**, v. 16, n. 3, p. 217-234, 1980.
- KERNBERG, O.F. Advantages and Liabilities of the Therapeutic Community. In: PINES, M.; RAFAELSEN, L. (Ed.). **The individual and the group-I**. New York: Plenum Publishing, 1982, p. 543-565.
- LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. 744 p.
- LEVAV, I.; RESTREPO, H.; MACEDO, C.G. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 63-69, 1994.
- LOUGON, M.; ANDRADE, M.S. O movimento dos usuários e trabalhadores em saúde mental: uma perspectiva histórica e internacional comparada. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 10, p. 515-518, 1995.

- MARQUES, A.J.S. Reabilitação Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora. In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 104-112.
- OPAS. **Reestruturação da Assistência Psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ABRASCO, 1992.
- PAULA, A.J.M. et al. Programa de residência em psiquiatria: a proposta da UFJF. **HU-Revista**, Juiz de Fora-MG, v. 18, n. 3, p. 151-160, 1991.
- PITTA, A.M.F. Da internação psiquiátrica involuntária: as missões do psiquiatra. **Revista ABP-APAL**, v. 17, n. 1, p. 26-28, 1995.
- PITTA, A.M.F. Qualidade de serviços de saúde mental: desafios para a epidemiologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 313-321, 1996.
- PITTA, A.M.F. Cuidados com o cuidar em saúde mental: estratégias de avaliação. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 3, supl., p. 185-195, 1996.
- PITTA, A.M.F et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros — Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 9, p. 441-452, 1995.
- PONDÉ, M.P.; MARCHI, R. Avaliação de dois serviços de saúde da rede básica de atendimento da Prefeitura Psiquiátrica de Campinas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 8, p. 429-432, 1994.
- RAMOS, R. O problema da avaliação em Saúde Pública. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 8, n. 3, p. 305-314, 1974.
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A.; COSTA N.R. (Org.). **Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987, p. 15-73.
- RIBEIRO, M.S. Integração das Ações de Saúde Mental: o “caso” Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora- MG, v. 18, n. 3, p. 205-251, 1991.
- RIBEIRO, M.S. Cinco anos de um ambulatório público de saúde mental: o ambulatório do Centro Regional de Saúde de Juiz de Fora - MG — 1981/1985. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 163-169, 1994.
- RIBEIRO, M.S. Nietzsche e a Psiquiatria: Valores do Saber e Valores da Prática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 7, p. 261-265, 2000.
- RIBEIRO, M.S.; TEIXEIRA, L.S. Por uma ética das práticas em saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 331-337, 1997.
- RIBEIRO, M.S. et al. Hospital Geral *versus* Hospital Psiquiátrico: um estudo inicial de avaliação da assistência prestada pela Residência em Psiquiatria do HU-UFJF. **HU Revista**, Juiz de Fora-MG, v. 25/26, n. 3/1, p. 167-180, 1999/2000.

RICHEPORT, M. Strategies and outcomes of introducing a mental health plan in Brazil. **Society Scientific Medical**, v. 19, n. 3, p. 261-271, 1984.

RIQUELME, H. A tradição do manicômio na Europa. Sobre a práxis da exclusão e as tentativas de superá-la a partir da perspectiva de um latino-americano. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 119-134, 1987.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, p. 1129-1133, 1994.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D.S.N.; SILVA, R.C. Política de saúde mental no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 127-128, 1996.

SILVA FILHO, J.F. Ética e Ensino em Saúde Mental. In: FIGUEIREDO, A.C.; SILVA FILHO, J.F. (Org.). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996, p. 123-126.

SILVA FILHO, J.F. et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói-RJ- A satisfação dos usuários como critério avaliador. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 7, p. 393-402, 1996.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Guide to clinical preventive services, 2nd ed.** Baltimore: Williams & Williams, 1996. 953 p.

VALE, R.D.C. O ISM e a saúde mental em Juiz de Fora, s/d. Mimeografado.

VAN DER PASCH, M.; VERHAAK, P.F. Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. **Patient Education and Counseling**, v. 33, n. 2, p. 97-112, 1998.

VASCONCELOS, E.M. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 189-197, 1995.

WALKER, Z.; TOWNSEND, J. Promoting adolescent mental health in primary care: a review of literature. **Journal of Adolescence**, v. 21, n. 5, p. 621-634, 1998.

WILLIAMS, P.; CLARE, A. Changing patterns of psychiatric care. **British Medical Journal**, v. 282, p. 375-377, 1981.

WHO/SUPPORT. **Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders**. Genebra: WHO, 1996.

8- NOTAS

1- No início de 1997, os seis hospitais psiquiátricos privados, conveniados ao SUS, possuíam cerca de 1000 leitos disponíveis, dos quais 460 permanentemente ocupados por pacientes nominalmente identificados como asilares — relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora indica que, em outubro de 1996, este número era de 532 pacientes, dos quais 26,5% com tempo de internação entre 5 e 10 anos (Juiz de Fora 1996).

2- Algumas modificações, quantitativamente positivas, no perfil da assistência psiquiátrica e psicológica prestada pelos hospitais psiquiátricos conveniados de nossa cidade, ocorreram entre 1992 e 1996, período no qual também se verificou um grande incremento de renovações de AIH's e o surgimento de pacientes "asilares": conforme sugerido por Ribeiro et al. (1999/2000), essas

alterações, tomadas em seu conjunto, parecem decorrer de mudanças na dinâmica da política assistencial para o setor acontecidas na primeira metade da década de 90, isto é, a forma pela qual foi aplicada, em Juiz de Fora, a chamada “Psiquiatria IV”.

Endereço do primeiro autor:
Rua Severino Meirelles, 325/902
36025-040 - Juiz de Fora - MG
Telefax: (32) 3211-3833
MRibeiro@medicina.ufjf.br