

O que demanda à Psicologia na Rede Pública de Saúde em Caxias do Sul?

Manuelle Grossi Vanni

Alice Maggi

Universidade de Caxias do Sul (UCS)

RESUMO

Este artigo apresenta o perfil da demanda em Psicologia no SUS de Caxias do Sul de acordo com as variáveis: idade, sexo, filiação, local de residência, nível de escolaridade, ocupação, agente encaminhador, motivo do atendimento, indicação terapêutica, testagens, número de atendimentos, faltas e condições de encerramento. Esses dados pesquisados através de oitenta prontuários de atendimento psicológico foram divididos igualmente entre cada local de atendimento e mostram uma expressiva população do sexo masculino, com idade escolar e provenientes de escolas em sua grande maioria. Prevaecem queixas de agressividade, brevidade dos atendimentos e elevado abandono por faltas. Com a análise dos dados são feitas reflexões acerca do serviço que é oferecido à população pela rede pública, bem como acerca da demanda do usuário pelo atendimento, até o aproveitamento e os resultados do mesmo, a fim de que outras pesquisas e instrumentos surjam junto ao serviço.

Palavras-chave: Saúde mental; saúde pública; demanda; psicologia; SUS.

ABSTRACT

What demand to Psychology in the Public Net of Health in Caxias do Sul?

This article presents the profile of the demand in Psychology at the "SUS" in Caxias do Sul, according to the following variables: age, sex, family structure, place of residence, education, occupation, the indicator to the service, reasons for consultation, assistance provided, psychology's test, attendance's number, fault's number and finishing situation. Based on data obtained through eighty psychology's attendance archives, divided equally between the places written above show us an importantly masculine school age population. Remains aggressive's reason, brevity at attendance and highly assistance left. With this data some reflections are presented in regard to the service offered to population user from public health. Also presents at the end an analyze of the service offered, results and from the user's demand, to get another researches and kind of work at the service.

Key words: Mental health; public health; demand; psychology; SUS.

A PSICOLOGIA E A SAÚDE MENTAL NO SUS

Este estudo trata da demanda em Psicologia no SUS, representado em Caxias do Sul por quatro locais que prestam atendimento psicológico à população usuária do serviço. Observou-se através da realização de um estágio supervisionado e curricular em Psicologia Clínica em 2003 que havia uma elevada procura pelo serviço ao mesmo tempo em que o abandono prematuro dos atendimentos era considerável. Qual a queixa desses sujeitos? A real necessidade? E que demanda é esta que surge para a Psicologia frente ao

serviço que é oferecido? Será que o serviço é suficiente? O que está sendo oferecido para a população? Quantos profissionais atuam na área?

Baremlitt (1996) propõe que é necessário primeiramente uma análise da demanda pelo serviço para que se possa ter conhecimento e possibilidades de intervenção na Instituição em que se pretende atuar. Portanto, objetivou-se identificar a demanda, descrever o perfil dos usuários, detalhar os motivos e necessidades da população, indicar as frequências do perfil dessa demanda e analisar a correspondência entre a demanda e a oferta do serviço na tentativa de aproximar as necessidades à prestação de serviço.

Os locais de atendimento à Saúde Mental no SUS

O trabalho de Saúde Mental feito pelo SUS fica sob a operacionalização de quatro locais específicos, três para crianças e adolescentes e um para adultos e demais usuários de regiões diversas. Em função dos objetivos dessa pesquisa, os nomes dos serviços foram alterados, sendo que estes serão referidos por locais A, B, C e D, respectivamente. Vale ressaltar que cada local diz respeito a um território da cidade de Caxias do Sul, sendo que a cidade fora dividida em oito territórios, porém apenas três estão em funcionamento no que compete ao trabalho da Psicologia no SUS em Saúde Mental para crianças e adolescentes.

Já o serviço prestado pelo local D é o único direcionado à população adulta e abrange o restante da população regional de Caxias do Sul, inclusive crianças e adolescentes. Nota-se uma política que não valoriza a existência de um adulto cuidador que também precisa de auxílio no cuidado com esses menores, excluindo muitas vezes uma parcela importante dessa clientela nos atendimentos, já que o serviço se mostra insuficiente muitas vezes. Com isso, o trabalho perde uma parcela do caráter preventivo de construir futuros jovens e famílias saudáveis. Para Bleger (1992) o Psicólogo deve focalizar os aspectos sádios e de promoção à saúde, bem como passar dos enfoques individuais aos sociais, ampliando o âmbito em que trabalha.

Assim, no que compete à suas funções, o serviço tem por finalidade prestar uma assistência a Saúde Mental dos Usuários do SUS na atenção primária, estabelecer medições entre escolas da Rede Pública garantindo acesso, acolhimento, reabilitação psicossocial, resolutividade, prevenção e participação comunitária. Tem a incumbência de servir como “técnico dos vínculos humanos... a fim de conseguir uma melhor organização e condições que tendem a promover saúde e bem-estar dos integrantes da Instituição” (Bleger, 1992, p.43).

Porém, um estudo realizado por profissionais da área da Psicologia e Serviço Social (Marcon, 2001) revelou uma carência de profissionais da área que pudessem dar conta dessa crescente demanda do SUS. Atualmente atuam 3 Psicólogos nos locais A, B e C, enquanto que apenas 4 para o D, todos em busca de maior inserção destes profissionais na Saúde Pública. Estes profissionais da Psicologia passaram a complementar o trabalho das equipes de Recursos Humanos do SUS de 222 médicos, 31 odontólogos e 287 profissionais da enfermagem, 21 assistentes sociais, e 12 nutricionistas entre os profissionais que atuam nesses locais de atendimento à Saúde Mental (dados forneci-

dos pela Secretaria Municipal de Saúde em abril de 2004).

O psicólogo na Rede Pública de Saúde

O tempo de atuação dos Psicólogos no SUS é relativamente pequeno, além de uma quase inexistência de pesquisas nesse setor que contribuem para essa ausência, como refere Dimenstein (1999) em seu estudo sobre as UBS de Teresina, no Piauí. Diante dessa concepção, novas demandas de responsabilidade social estão sendo feitas aos Psicólogos, o que leva ao questionamento dos seus referenciais teóricos, de seus modelos assistenciais e sua adequação à realidade do SUS.

A escassez de dados e pesquisas relativos à população que busca atendimento gratuito em Saúde Mental nas instituições vem dificultando o desenvolvimento de estratégias de intervenção clínica mais apropriadas e compatíveis com a realidade e condições de nossas comunidades (Santos, 1990). É preciso, portanto, conhecer a população e sua realidade para que se possa intervir adequadamente através de projetos e programas. Busca-se evitar então, o abandono precoce dos atendimentos e a permanência na situação de sofrimento. Para isso, escutar e compreender o sintoma que o paciente traz, implica na inclusão do Psicólogo na demanda, desde o momento do primeiro contato (Rocha, 1991), demonstrando a relevância de análise da demanda para o sucesso do atendimento.

Além disso, os programas devem incluir o desenvolvimento de mais técnicas que dêem conta dessa demanda de atendimento. Os métodos e as técnicas privilegiados na formação do Psicólogo, em geral importados de outras realidades, são baseados em valores sociais completamente diversos do das populações que se apresentam nas instituições públicas (Silva, 1992). Como se pode prestar um atendimento adequado, com resultados significativos para o paciente se não respeitamos a subjetividade do sujeito? E de alguma maneira, frente nossa impossibilidade de escutá-lo, colocamos nossa realidade na ausência do conhecimento do contexto do outro? Pode-se concluir então que não existe demanda espontânea, mas demandas explícitas e implícitas, que se cruzam tanto na oferta, daquele que oferece o que está produzindo, como naquele que procura pelo que está sendo oferecido nos serviços de Saúde Mental (Baremblytt, 1996).

MÉTODOS

Material

Constituiu-se em 80 prontuários de casos incidentes e prevalentes dos arquivos passivos de Atendimen-

to de Clínica Psicológica (prestados desde o ano de 2002, até a data da presente pesquisa, realizada no primeiro semestre de 2004) divididos igualmente em 20 prontuários de pesquisa para cada um dos locais. Estes foram escolhidos aleatoriamente, por ordem alfabética com o prévio agendamento com os Psicólogos responsáveis e o consentimento dos serviços.

Instrumentos

Utilizou-se categorias como idade, sexo, estado civil, filiação, local de residência, nível de escolaridade, ocupação, agente encaminhador, motivo do atendimento, indicação terapêutica, testagens, número de atendimentos, faltas e condições do encerramento a fim de levantar o perfil da demanda. Estes foram analisados quanti e qualitativamente e organizadas em figuras através da visão integrada dos dados. Consultou-se também estudos sobre caracterização da clientela de Clínicas Psicológicas da Rede Pública.

RESULTADOS

Tendo em vista que cada serviço tem uma população diferenciada, construiu-se figuras por variáveis abrangendo os diferentes locais. Com isso objetivou-se caracterizar o serviço prestado como um todo, porém sem descontextualizar a demanda da população e equivaler a prestação do serviço oferecido e os Usuários que frequentam esta rede do SUS.

Os dados da amostra de faixa etária dos usuários encontram-se resumidos na Figura 1, que ilustra 55% no local A, 85% no B e 40% no D dos atendimentos direcionados à idade escolar entre seis e onze anos. Aproximando-se, o C tem 45% de seus atendimentos entre doze e dezessete anos de idade. Aqui é relevante

salientar que esses usuários em idade escolar provêm das escolas da região e tem suas queixas direcionadas do mesmo âmbito educacional, como se observa nas Figuras 2 e 3 que serão discutidas mais adiante. São partes de uma amostra que evidencia as dificuldades escolares de primeiros anos de escolarização.

Outras variáveis pesquisadas, nível de escolaridade e ocupação, se complementam com a alta frequência de idade escolar apontada na Figura 1 da faixa etária, já que verifica que grande parte dos Usuários é estudante. São totais de 80% nos locais A e B, 90% no C e 40% no D. Além disso, o local D contempla uma parcela mais adulta da população para atendimento psicológico, porém em pequeno número de Usuários se comparado ao número total de atendimentos psiquiátricos do local. Para obter esses dados do local D, fora necessário pesquisar no arquivo da Psiquiatria do local, sendo que este continha 13.776 prontuários de atendimento de adultos (inexiste arquivo de Psicologia para adultos).

TABELA 1

Atendimentos prestados pelos locais do SUS dos períodos em que constavam dados na Secretaria de Saúde de Caxias do Sul

Número de atendimentos	Núcleo A	Núcleo B	Núcleo C	Núcleo D
Período dos atendimentos	jan. 2003 até mar 2004	jan. 2003 até mar 2004	jan. 2003 até mar 2004	out. 2001 até mar. 2004
Atendimentos Psicologia (em números totais mensais)	1.347	S/d	S/d	15.285
Atendimentos outras especialidades	4.946	3.891	3.273	24.944
Total	6.293	3.891	3.273	40.229

Obs.: Diferente dos outros locais, os atendimentos da Psicologia no Núcleo A constam de um período mais abrangente, de agosto de 2002 até abril de 2004, indicando rotinas à parte do restante do serviço.

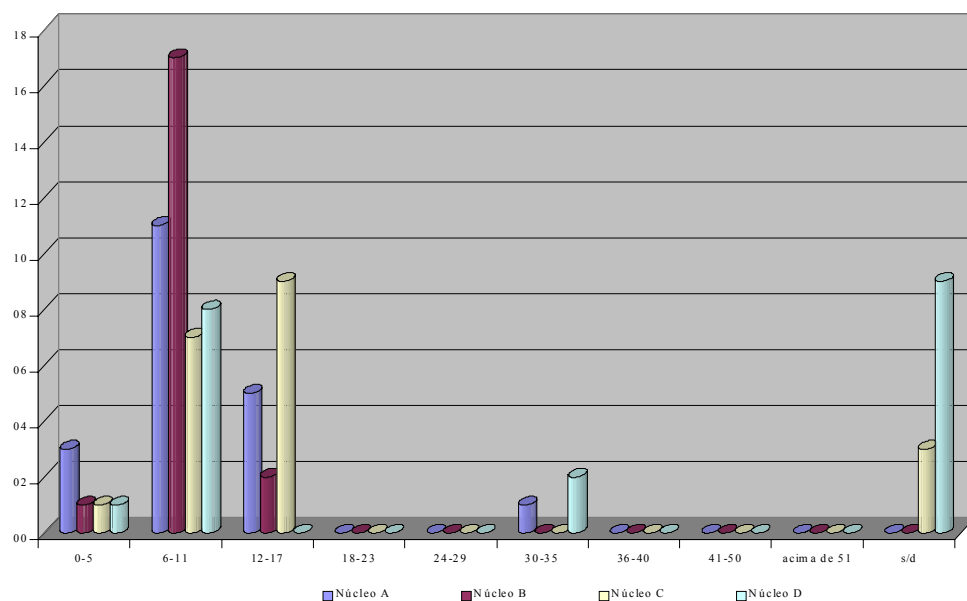


Figura 1 – Distribuição da amostra quanto à faixa etária dos Usuários.

Destes arquivos de adultos apenas uma minoria de 0,07% tinha atendimento psicológico. Fora necessário procurar entre cinquenta prontuários para se ter dez com atendimento psicológico. Sendo assim, dividiram-se os vinte prontuários pesquisados entre dez para o arquivo de crianças e dez para o de adultos, já que se procurava avaliar também a oferta em relação à demanda. Comprova-se, portanto, que os adultos permanecem contemplados com uma pequena parcela desses atendimentos, sendo que as crianças são as mais atendidas. Questiona-se como ficam esses adultos cuidadores, os quais muitas vezes são educadores de crianças e adolescentes que acabam recebendo apenas um tratamento superficial e medicamentoso.

Como também relatam outros estudos (Santos, 1990, Machado e Souza, 1997) a frequência do sexo masculino é bastante alta em relação ao feminino, mais da metade da população em todos os locais do SUS. É nesta idade que os meninos começam a testar sua liderança no grupo, aprendendo papéis sociais. Além disso, sabe-se que é na escola que as dificuldades aparecem, próprias da fase de desenvolvimento de experimentar e testar comportamentos e limites. Já as meninas demonstram um comportamento mais mediano e de acordo com padrões sociais pré-estabelecidos, comparecendo para atendimento apenas em casos mais específicos.

Buscando maior densidade abrangeu-se ainda a filiação dos usuários. Constituem-se na sua grande maioria em famílias de Pai e Mãe com 85% da amostra do A, 70% do B, 60% do C e 75% do D. Percebe-se também a relevância deste dado no que compete ao local C, o menos estruturado socialmente, com 60% das famílias nucleares, em comparação à localidade A de melhores condições sociais com 85% das famílias estruturadas como mononucleares, o que se mantém no todo do SUS. Seguem em ordem de porcentagem famílias de Mães e Padrastos com 15% no B e 10% no C, ou as quais o Pai não consta com 10% no A e 15% no D. Esses dados nos remetem ao tema atual das diversas composições da família para além da nuclear à extensiva. São famílias compostas por mais de um núcleo, em que geralmente, como apontam os dados, há um pai biológico ausente, e uma segunda união familiar.

Para melhor agrupar os dados da Figura 2 sobre o agente encaminhador, quando o caso apresentava mais de um encaminhamento computou-se cada um deles. E também, usou-se de uma categoria *Outros* para melhor sistematizar os dados. Esta categoria abrange encaminhamentos esporádicos ou únicos dentro da amostra como Psicólogo, Creche, Delegacia da Mulher, local D, Fonoaudiólogo, Secretaria Municipal de Saúde, serviço para crianças especiais e Conselho Tutelar.

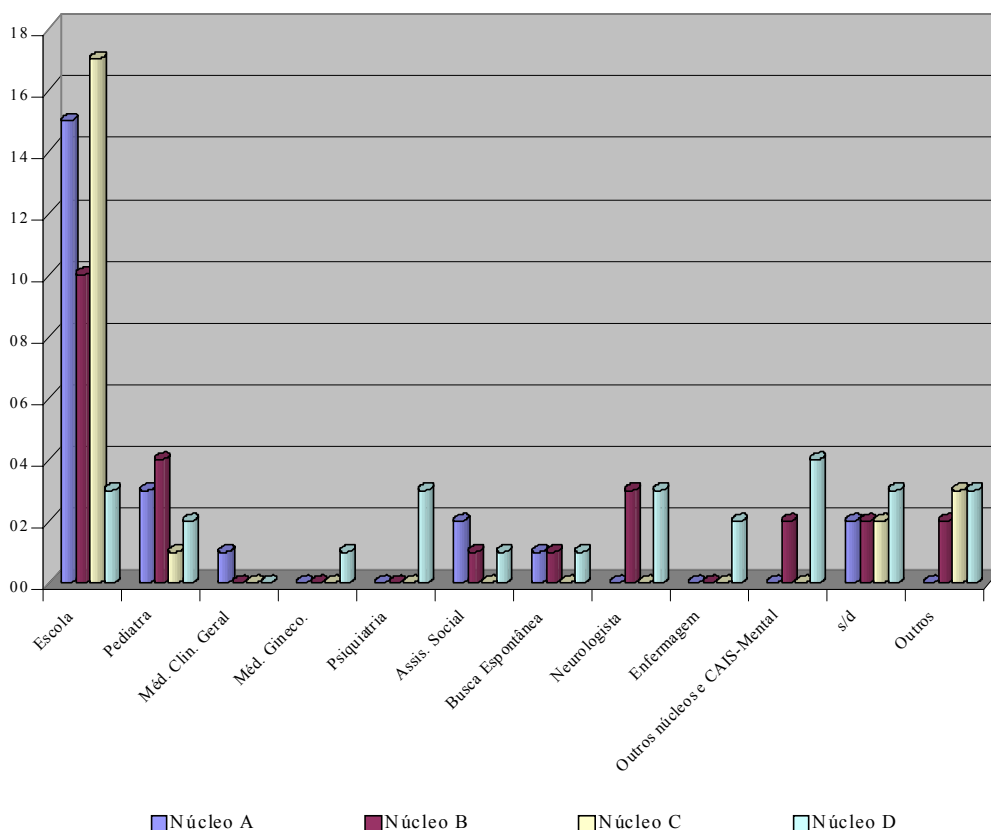


Figura 2 – Distribuição da amostra quanto ao agente encaminhador dos Usuários ao Serviço.

Assim, obteve-se no local A 62,5% dos encaminhamentos feito pelas Escolas, 12,5% pelo Pediatra e 8,3% pela Assistente Social, entre os que mais se ressaltam. Já no B, 40% vêm das Escolas, 16% do Pediatra e 12% do Neurologista. Paralelamente, o C apresenta 73,9% da amostra com encaminhamento da Escola e 13% de Outros encaminhamentos. De acordo com sua característica de centro, o local D apresenta dados diferenciados com 11,5% da amostra que se repetem em encaminhamentos provenientes de Escolas, Neurologista, Outros e Psiquiatra. Nota-se que dos Usuários vindos da Psiquiatra, a única parcela da amostra encontra-se no local D, questionando uma concepção medicamentosa deste local.

No que compete à variável Motivo de Atendimento, novamente optou-se por categorias mais amplas para melhor sistematizar os dados e sua interpretação. Conforme o que se observa no estudo de Santos (1990) computou-se cada queixa por associação dos próprios Usuários em *categorias*:

- *Agressividade*: entre as várias queixas associadas à agressividade encontrou-se inúmeras outras relacionadas nos prontuários como hiperatividade, egoísta, irônico, impulsivo, rebelde, ameaça, atitudes negativas, comportamento que não contribui para o andamento escolar, falta de limites, não aceita limites, nervoso, indisciplinado, disperso, morde objetos, inconseqüente, agitado, não pára sentado, destrói objetos e materiais, ciúme dos colegas, atuação, uso de armas, fala em matar ou morrer, dificuldade em tolerar frustrações, instabilidade...
- *Depressão*: refere-se a dificuldades associadas e geralmente ligadas à passividade, isolamento, não pede ajuda, não deixa ser ajudado, não questiona, ansiedade, angústia, timidez, envergonhado, quieto, mania de doença, fechado, dificuldade de entrosamento, retraído, não consegue trabalhar em grupos, traumas com incêndio, pavor, medo, baixo auto-estima, desligado, realidade sem lógica, não convive com a realidade, triste, choroso, tem pesadelos, expressão verbal dissociada, dificuldade em expressar seqüência de idéias, pensamento confuso e desorganizado, bloqueios, imaturidade, não conversa, dependência, insegurança, tentativa de suicídio, ausência de prazer, sentimento obsessivo, delírios e alucinações...
- *Dificuldade escolar*: diz respeito às queixas escolares como não reconhece letras do alfabeto, dificuldades na escrita, na leitura, não faz trabalhos e atividades na escola, não estuda, dificuldade em acompanhar conteúdos, resolver exercícios, interpretação, dificuldade de aprendizagem, dificuldade em conservar e identificar objetos e nomes, acentuada defasagem no processo educativo, dificuldade na fala e linguagem, repetência, dificuldade na coordenação ampla, memorização, organização e raciocínio, falta muito às aulas, raciocínio lento, desenvolvimento cognitivo lento, dificuldade para entender o que é solicitado, encaminhamento do CIAE...
- *Dificuldades físicas*: diz de questões físicas como treme mãos, uso de medicação neurológica e psiquiátrica, dores de cabeça, tonturas, dificuldade de alimentação, crises convulsivas, tem diarreia freqüente, dificuldade de sono, problemas de visão, dor no peito, deficiência física, gestante...
- *Dificuldades de relacionamento*: são os problemas de relacionamento familiar, superproteção, encaminhamento do Conselho Tutelar, pouca atenção dos pais, pai não assumiu paternidade, dificuldade familiar, problemas com família, adoção, pais depressivos, conflito no casal parental, pais separados, envolvimento familiar com armas, alcoolismo, separação, pai agressivo, homossexualidade, mãe usuária de drogas pesadas, filhos infratores da lei...
- *Maus tratos*: maus cuidados, abuso sexual, violência física, abandono, maltratado na creche...

Ao analisar a demanda no quesito queixa dos Usuários da Figura 3, observa-se grande números de itens queixosos por Usuário. No local A 39,7% das queixas remetem à Agressividade, seguindo por 24,7% com Dificuldade Escolar e 15,1% para Depressão e Dificuldade de Relacionamento. Da mesma forma, a porcentagem da amostra se repete em Agressividade (39,7%) no B, porém, 27,4% com queixa de Depressão e 19,2% para Dificuldade Escolar. No local D a porcentagem de casos de Agressividade também é alta com 30,9% dos prontuários e 20,6% em Depressão.

Por outro lado, no C 35,9% das queixas se referem à Dificuldade Escolar, 26,9% em Agressividade e 24,4% para Depressão. Quanto ao item Dificuldade de Relacionamento destaca-se o D com 16,5%, confirmando uma população mais adulta, seguido por A em 15,1%, C com 10,3% e local B com 5,5% da amostra. Além disso, têm-se casos isolados de Maus Tratos, exceto no local D com 9,3% da amostra onde se concentram casos mais graves e um número maior de Usuários no seu conjunto. Junto a isso, no B havia quatro prontuários que solicitavam uma avaliação psicológica como motivo da consulta.

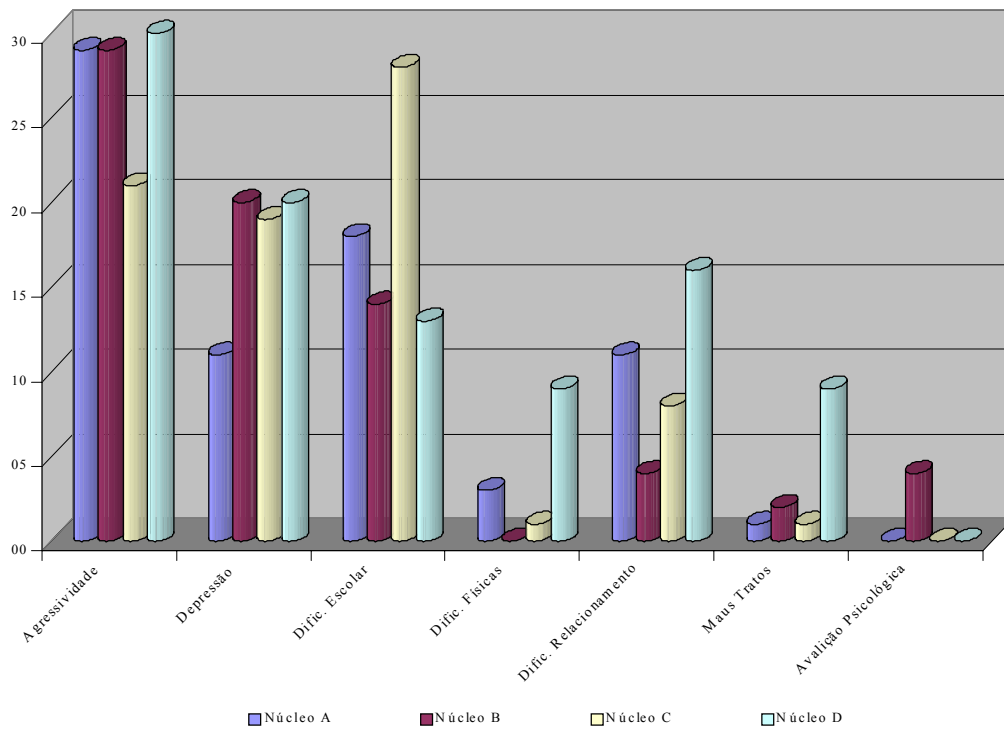


Figura 3 – Distribuição da amostra quanto aos motivos de atendimento (queixa) relatados quando houve a procura pelo Atendimento Psicológico. (Obs.: Quando o prontuário apresentava mais de um item por variável, computou-se cada uma delas, para fim de levantamento quali e quantitativo.)

Seguindo o padrão anterior, verifica-se mais de uma indicação terapêutica por prontuário como nos mostra a Figura 4. Assim, as Entrevistas iniciais que abrangem os primeiros contatos com o paciente consta em 33,3% dos prontuários pesquisados do A, 32,8% do B, 39,5% do C e 21,6% do local D, sendo a indicação de maior porcentagem. Em sendo assim, 31,0% dos casos da amostra do B passaram por Psicodiagnóstico, como também 20,9% do C, 18,9% do D e 11,9% do A. Contudo, apenas uma pequena parcela da amostra teve atendimento Psicoterápico individual ou de grupo. Existem também, algumas exceções relevantes como um único caso de Terapia de Família, ou de poucos Grupos de Pais e atendimentos direcionados a esses adultos cuidadores.

No local A 4,8% da amostra teve atendimento de Psicoterapia individual, no B 5,2%, no C 4,7%, diferente do D no qual constavam 18,9% de casos de Psicoterapia. Já na Grupoterapia, o número se acresce significativamente para 11,9% no A, 8,6% no B, 7,0% no C e diminui no local D para 5,4%. Nota-se também uma ausência expressiva de dados, já que a indicação terapêutica é de extrema importância no trato com

o Usuário, além de servir de referência para outros profissionais que venham a lidar com os prontuários.

Paralelo às Indicações Terapêuticas, a Figura 5 das Testagens também diz da oferta do serviço e nos permite um olhar mais detalhado da abordagem que se tem com esses Usuários. Chama a atenção o uso abusivo de Testagens em comparação a outros procedimentos relevantes para o atendimento Psicológico. Em um dos locais chega-se a atingir a média de 3,5 testes por usuário, enquanto que o objetivo dos atendimentos é de psico-higiene e prevenção, além da existência de listas de espera significativas, escassez de profissionais, espaço e tempo, como citado anteriormente. Esses dados se salientam no local B, no qual 25,7% dos 70 testes aplicados era HTP, 22,9% CAT e 25,7% Bender, além de 7,1% de Machover. Já no C esse dado cai para um pouco mais da metade e no A para menos da metade, como também no local D. Os testes mais aplicados são HTP e CAT no B com 25,7% respectivamente, Hora de Jogo no A com 10,7% e 17,4% no C, além da aplicação de Fábula de Duss no local D em 12,5% dos casos.

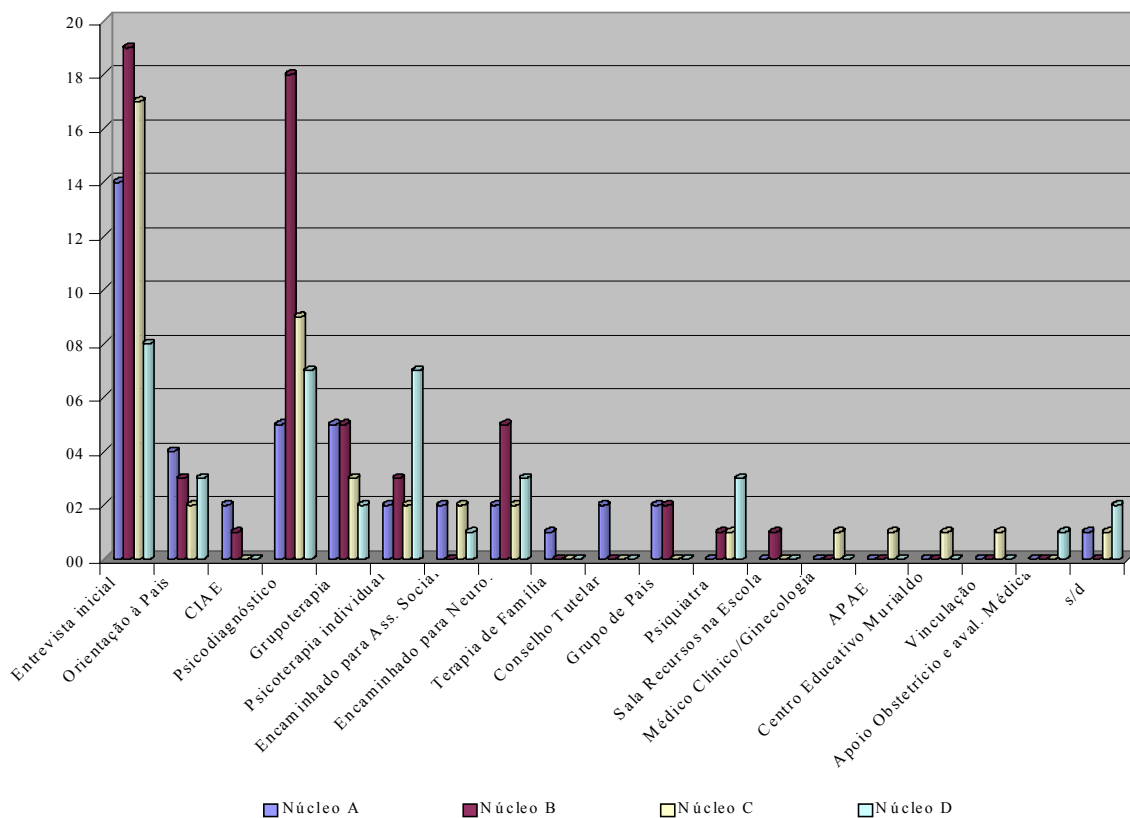


Figura 4 – Distribuição da amostra quanto às indicações terapêuticas.

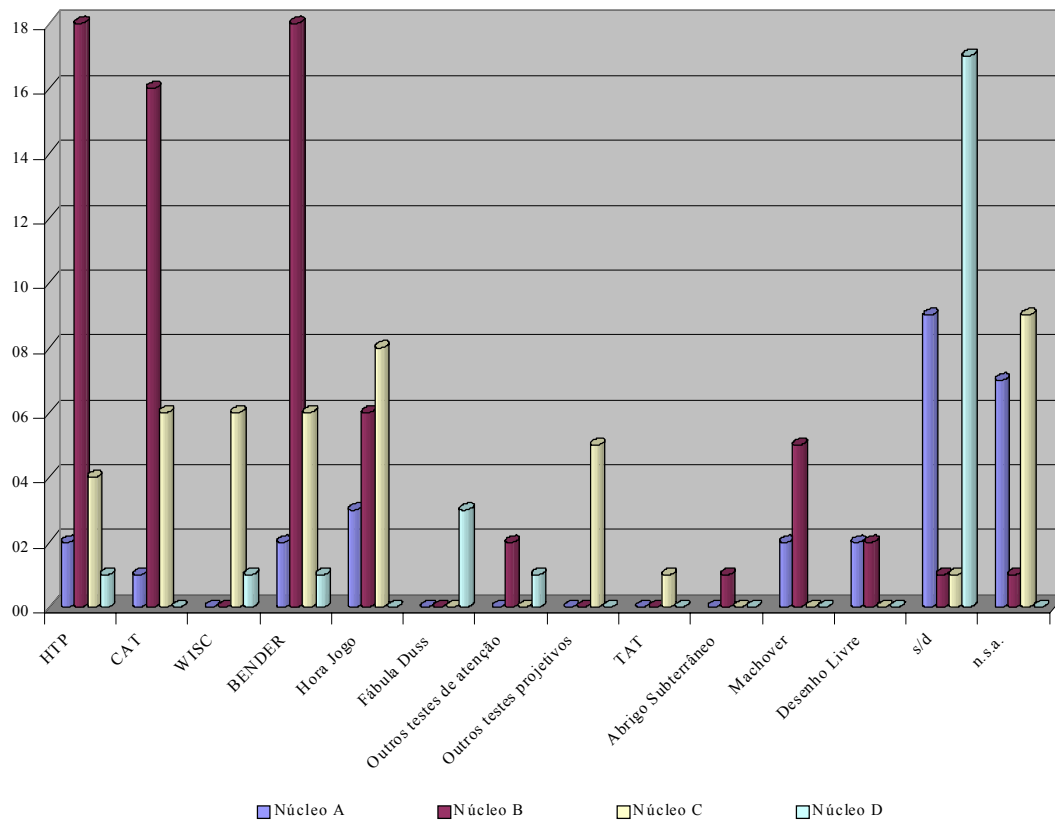


Figura 5 – Distribuição da amostra quanto as testagens utilizadas durante o processo

Em números totais de atendimento, estes variam de 0 a mais de 50, como detalha a Figura 6 do número Total de atendimentos. Estes são caracterizados pela brevidade que se resume a 15% com 2 atendimentos, 10% com 4, 5, 6 atendimentos respectivamente no A. Apenas três prontuários tiveram atendimentos prolongados quanto ao tempo, com mais de trinta atendimentos nesse local. Já no B os atendimentos ficaram distribuídos entre um número maior de encontros (de 10 a 39 com 75%), contradizendo uma postura de valorização da testagem e que se desencontra das propostas de psico-higiene adotada na maior parte dos outros locais. No local C os atendimentos se distribuem mais uniformemente, da mesma forma que no D. Porém, salienta-se 25% dos prontuários do A sem dados quanto ao número de atendimentos, bem como no C com 10% e no D com 5% da amostra.

Nota-se aqui novamente um excesso que vem a delatar falhas no processo. Se olharmos a primeira linha da Figura 7 todos os Usuários tem no mínimo uma falta. Grande parte dos prontuários do A, 30%, tem 3 faltas, 20% tem duas e 15% tem uma, além disso um único caso constava de seis falta e outro com 9 faltas. Por fim, em 25% não constavam dados de faltas. No B, 40% dos prontuários tinha de uma a três faltas, já no C 45% tinha uma e no D 50% da população tinha até 4 faltas. Novamente as ausências de dados são altas em todos os locais, variando entre 20 e 35% dos prontuários.

Por fim, observa-se na Figura 8 sobre Encerramento número elevado de abandono por parte dos Usuários do serviço indo ao encontro do excessivo número de faltas verificado anteriormente. Aqui, optou-se também por pequenas categorias para melhor organizar os dados:

- *Novo encaminhamento*: abrange encaminhamento para médico clínico, endócrino, APAE, CIAE, Centro Educacional da Escola M, Curso na Faz, Conselho Tutelar, Fonodólogo e Serviço de apoio a vítimas de violência e maus-tratos.
- *Dificuldade dos Pais*: são as dificuldades salientadas pelos pais justificando abandono ou desistência do tratamento como mãe quebrou perna, mãe tem que ir aos bancos, mudou-se de bairro, mudou para escola de turno integral.
- *Alta*: motivos escritos nos prontuários para as altas como alta por melhora, por improdutividade e por término de Grupoterapia.

Conseqüentemente, constata-se um o pequeno número de altas, paralelamente com 54,2% da amostra do local A tendo o abandono como forma de encerramento dos atendimentos. O quadro se repete nos demais locais, porém em 35% no B, 32% no C e 35% no D. O motivo de alta para o encerramento aparece significativo no local B com 55% da amostra tendo uma alta apontada por improdutividade, o que se questiona quanto à indicação. Há também, outros 20% de alta no D. Além disso, é significativo ter 24% da amostra do C e 12,5% do A para Novo Encaminhamento. Contudo, no local D sabe-se que boa parte da população é direcionada para a psiquiatria, a não ser no caso de orientação a pais, quando seus filhos estão em atendimento. Pode-se pensar então que esses usuários deixam de ser atendidos em suas demandas devido a questões burocráticas ou por desconhecimento dos profissionais que ali trabalham, além da falta de Recursos Humanos na área de Saúde Mental.

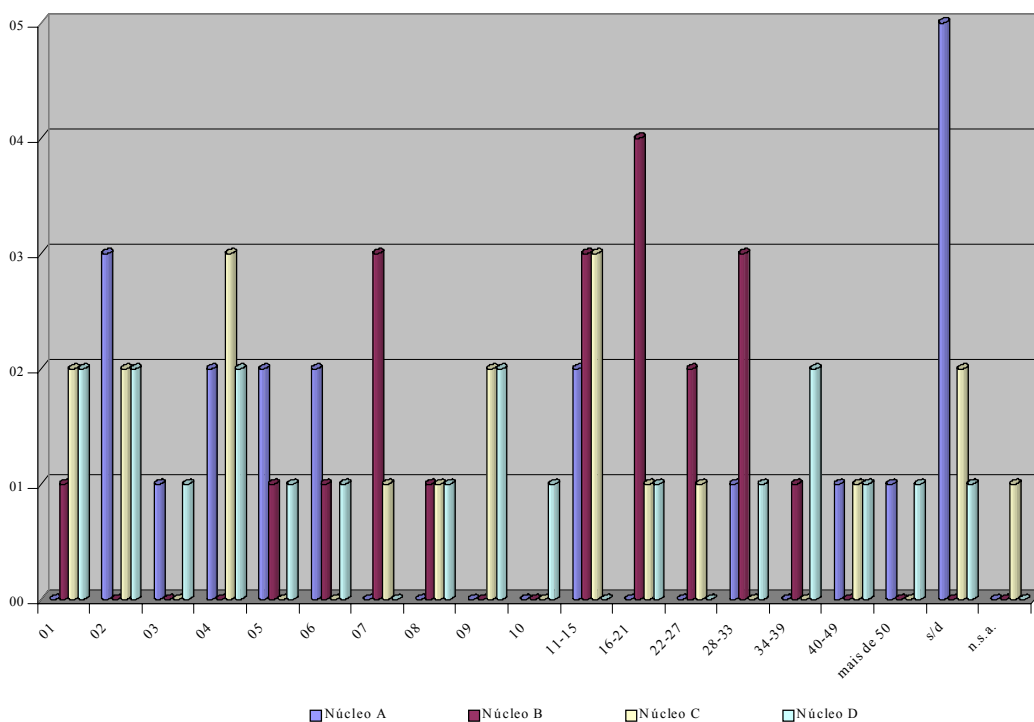


Figura 6 – Distribuição da amostra quanto ao total de atendimentos prestados durante o processo.

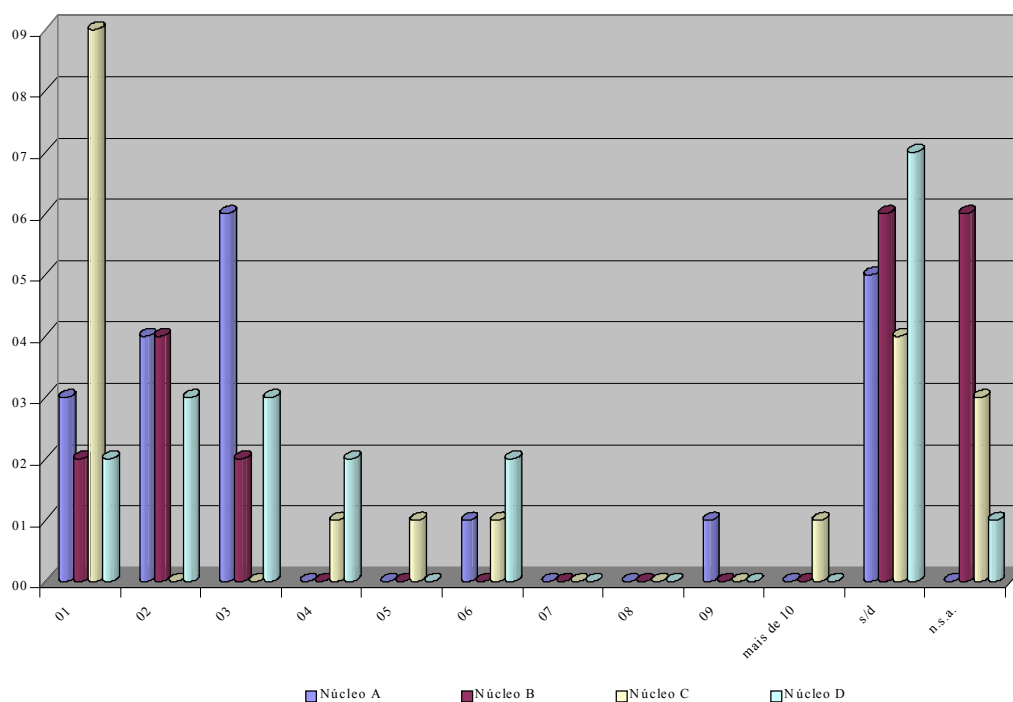


Figura 7 – Distribuição da amostra quanto às faltas ocorridas durante o processo

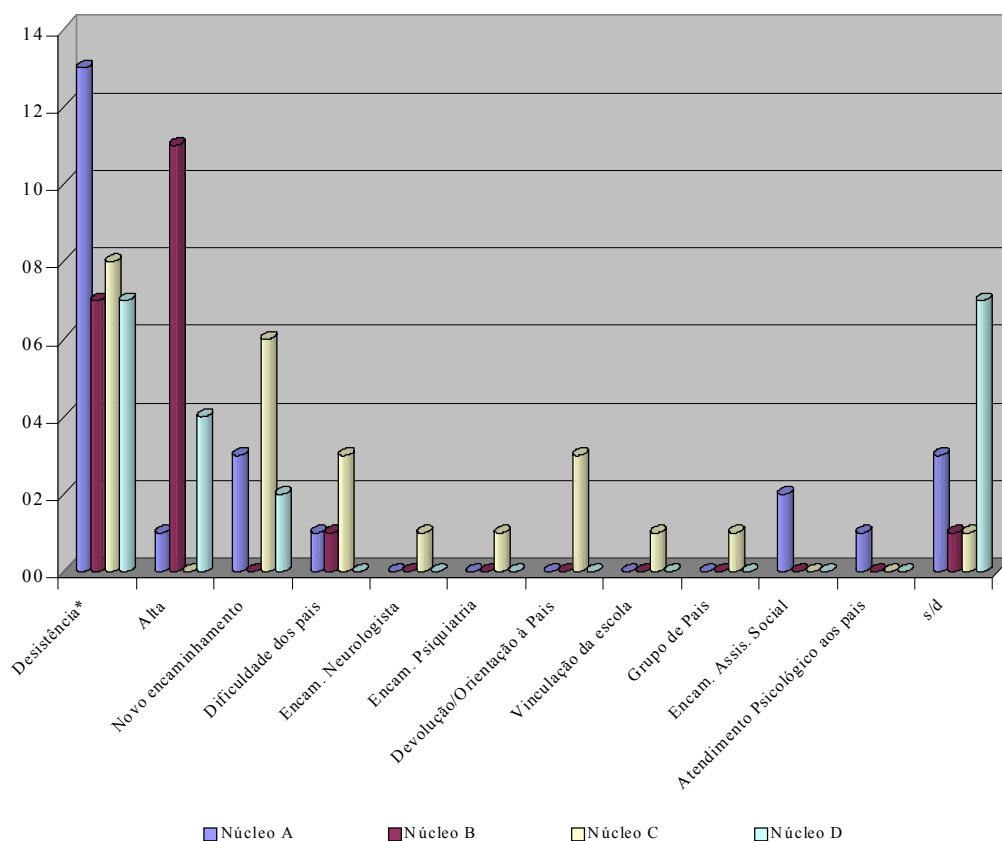


Figura 8 – Distribuição da amostra quanto às condições de encerramento dos Atendimentos Psicológicos

DISCUSSÃO

Este estudo corrobora parcialmente com outras pesquisas de caracterização da clientela atendida (Santos, 1990, Carvalho e Terzis, 1989, Machado e Souza, 1997). Indica que o trabalho do Psicólogo nesses contextos é de escutar e olhar além daquilo que se percebe,

já que há reflexos na aprendizagem escolar da dinâmica social e familiar dos indivíduos (Fernández, 2001). Aponta, então que alguns problemas individuais aparecem no âmbito escolar e são detectados pelo relacionamento estabelecido desde o início da vida escolar. Porém não se resumem a problemas ou dificuldades de aprendizagem, mas outras limitações que

acometem o rendimento e relacionamento escolar (Carvalho e Têrzi, 1989).

Aparece através dos dados do local D um descaso direcionado para a população adulta, que não contempla as necessidades dessa demanda de atendimento. São adultos que frente à oferta do serviço, não são correspondidos em sua demanda de atendimento e acabam assim, sucumbindo ao uso de medicamentos unicamente. Para mediar isso, “seria necessária uma reformulação dos serviços prestados pela Instituição, que abrangessem a família, a escola..., com um trabalho de inspiração psicoprofilática” (Santos, 1990, p. 93), ou seja, de prevenção.

Paralelo a estes dados, nota-se através dos encaminhamentos escolares uma forte rede que une os serviços da comunidade entre escola e SUS, fortalecendo a proposta de atenção primária do serviço oferecido. Pode-se pensar, portanto, que grande parte desta população têm na atenção básica a circulação de uma rede de saúde que liga os serviços e escolas denotando uma necessidade maior de atendimento e cuidado no trato com sua comunidade.

Essa necessidade se ressalta quando aparece cerca de um terço dos motivos de atendimento por Agressividade e fatores ligados à ausência de limites, no entanto, sabe-se que em doses amenas a agressividade é também uma característica do ser humano, principalmente em meninos, fundamental para o desenvolvimento (Machado e Souza, 1997). Há aqui uma demanda que surge para que os Psicólogos possam lidar com a agressividade dos alunos de escolas públicas, e que revela uma discussão relevante (Machado e Souza, 1997). São apontamentos como esses, que nos levam a questionar que noção de realidade está sendo transmitida a essas crianças e adolescentes. Em sendo assim, lembra-se que a patologia não se concentra no conflito, mas sim na ausência de recursos para lidar com eles (Bleger 1992), e daí o papel preventivo dos Psicólogos na Rede Pública de Saúde, que não se sustenta apenas com a parcela infantil, mas na de adultos também.

Inúmeros fatores podem estar condicionados a essa procura de atendimento pelo SUS, entre eles os econômicos, a inadequação do sistema escolar às necessidades dos alunos, percepção tardia de problemas pré-existentes, valores da sociedade atual, papéis e expectativas sociais (Santos, 1990). Conseqüentemente, é importante salientar os procedimentos adotados nesses atendimentos, sua brevidade e assiduidade, já que são processos que se caracterizam pelo elevado número de abandonos e desistências. Estes abandonos são um alerta para a necessidade de revisar a adequação e a aplicação da técnica utilizada nesses serviços psicológicos (Lhullier & Nunes, 2004).

Além disso, por sua rapidez se resumem a orientações e contatos iniciais que possibilitam pouco conhecimento desses Usuários. Distancia-se assim, a prioridade dos atendimentos públicos que deveriam ser os trabalhos em grupo, de forma a abranger o maior número possível de Usuários. Contudo, encontrar a grupoterapia como indicação em alguns casos deve ser relacionado com o fato de que este deveria ser o tratamento indicado na maior parte das situações, considerando a proporção de técnicos e Usuários do serviço.

Aponta-se também, a brevidade de alguns processos no que compete ao interesse e aproveitamento dos atendimentos por ambas as partes interessadas, bem como um número significativo de ausência de dados que é o que permite uma indicação e manejo adequado por parte do Psicólogo. Os primeiros contatos são o tempo em que o Psicólogo além de interrogar sobre a demanda do paciente deve se interrogar acerca das motivações de sua resposta adequada àquela demanda (Rocha, 1991).

Sabe-se ainda, que o Psicólogo não o pode ser, se não for concomitantemente um investigador dos fenômenos a se modificar, extraindo as dificuldades da própria prática e realidade social em que se está inserido (Bleger, 1992). Portanto, esse descaso das equipes quanto ao Usuário pode refletir características deste grupo técnico, desde uma rotina de trabalho que dificulta o tempo para os registros como um certo descaso frente a pouca valorização do profissional e sua atuação diferenciada dentro das Instituições, traduzindo relevantes aspectos institucionais a serem avaliados.

Por fim, destaca-se o sentido de demanda dado por Lacan (citado em Zimerman, 2001) como uma necessidade insaciável de satisfação de um desejo, “um pedido desesperado por reconhecimento e por amor como forma de preencher um antigo e profundo vazio” (p. 98). Outros autores (Nascentes, 1953 & Dicionário Brasileiro Zero Hora, 1994) referem ainda a demanda como um ato de requerer propondo uma ação, ou ainda, ter necessidade, pedir, reclamar, em busca de ..., algo que nos faz refletir sobre a oferta de um serviço para uma demanda do social que se insere numa cultura atual de compulsão por preencher um vazio existencial e que nunca se preencherá por completo devido esta característica de sujeitos faltantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo sobre a demanda em Psicologia na Rede Pública de Saúde aponta na direção de um tema atual e que merece uma atenção significativa. Isto porque ele abarca além de um sintoma social,

reflexos deste nas relações de desenvolvimento dos sujeitos. Além disso, detalha um serviço que está em desenvolvimento e cresce consideravelmente nas comunidades usuárias do SUS. Constata também, um novo molde de trabalho para os profissionais da Psicologia nos âmbitos sociais. Além de caracterizar uma amostra da população atendida, reflete acerca do serviço que é oferecido, relacionando-o também como uma demanda de reconhecimento.

Com isso, outros temas relevantes de pesquisa e de instrumentalização destes serviços se evidenciam como trabalhos preventivos dentro das escolas, atendimentos familiares, extensão do trabalho para a clientela mais adulta, bem como a inserção de um número maior de profissionais da área. Em novos projetos de pesquisa, se sugere estudos acerca dos procedimentos adotados, bem como da percepção do profissional da saúde pública frente ao usuário, e sua relação com outros serviços da região. Destaca-se também a importância da coleta e sistematização dos dados colhidos, perante os Usuários para que o trabalho da equipe de saúde possa realmente oferecer trocas e benefícios para os interessados.

REFERÊNCIAS

- Baremblytt, G. (1996). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*, (3ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos.
- Bleger, J. (1992). *Psico-higiene e psicologia institucional*, (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carvalho, R. M. L. & Têrziis, A. (1989). *Caracterização da clientela atendida na Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da PUCCAMP – II*. Rio de Janeiro: Estudos em Psicologia.
- Dicionário Brasileiro Zero Hora*. (1994). Porto Alegre.
- Dimenstein, M. D. B. (1999). *O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissional*. [On line] <http://www.scielo.com.br>
- Fernández, A. (2001). *Os idiomas do aprendente: análise das modalidades dos ensinantes com famílias, escolas e meios de comunicação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lhullier, A.C. & Nunes, M. L. T. (2004). Uma aliança que se rompe. *Psicologia Ciência e Profissão – Diálogos*, ano 1, 1, 43-49.
- Machado, A. M. & Souza, M. P. R. (Orgs.). (1997). *Psicologia escolar: em busca de novos rumos*, (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marcon, J. (2001). *Programa de Atenção Integral à Saúde Mental da Criança e do Adolescente*. Caxias do Sul: Prefeitura Municipal de Caxias do Sul – Secretaria Municipal/Coordenadoria de Ações em Saúde.
- Nascentes, A. (1953). *Dicionário do português básico do Brasil*. Biblioteca Línguas Vivas: Rio de Janeiro.
- Rocha, F. (1991). *Algumas considerações sobre as entrevistas preliminares, demanda e início de análise*. *Percurso – Revista de Psicanálise*, ano III, 5/6, 15-21.
- Santos, M. A. dos (1990). Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. In *Arq. Bras. Psic.*, Rio de Janeiro, 42, 2, 79-94.
- Silva, M. M. (1992). A formação do psicólogo para o trabalho na Saúde Pública. In: F. C. B. Campos (Org.). *Psicologia e Saúde: repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Zimmerman, D. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Recebido em: 10/02/2005. Aceito em: 10/11/2005.

Nota:

Este artigo constitui parte do trabalho de conclusão de curso da primeira autora, orientada pela segunda autora.

Autoras:

Manuelle Grossi Vanni – Psicóloga. Universidade de Caxias do Sul (UCS).
Alice Maggi – Psicóloga. Doutora em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade de Caxias do Sul (UCS).

Endereço para correspondência:

MANUELLE GROSSI VANNI
Rua Moreira César, 2814, apto. 301 – Centro
CEP 95034-000, Caxias do Sul, RS, Brasil
E-mail: manugrossi@terra.com.br