

Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha*

José Roberto Sales

Em novembro de 1986, começou a funcionar o Setor de Saúde Mental da Policlínica de Varginha (SSMPV), com a recém-criada equipe de Psicologia. Sua implantação obedecia a um programa de saúde, de âmbito federal, denominado AIS — Ações Integradas de Saúde. Os objetivos eram prestar atendimento psicológico à população urbana e rural, a nível extra-hospitalar e ao mesmo tempo efetivar ações de prevenção e promoção de saúde mental, disciplinando os mecanismos de encaminhamento e evitando rótulos.

Devido ao caráter pioneiro do empreendimento — era a primeira vez em Varginha e no estado de Minas Gerais que se oferecia um serviço deste tipo ao público — atravessamos um período de dúvidas e questionamentos. Não havia referências anteriores, nas quais nos basearmos, e a formação acadêmica universitária entrava em choque com a realidade com que nos deparamos. Atender a clientela tão numerosa e variada se transformou num grande desafio. De início, tateando e, logo em seguida, vislumbrando formas e meios, começamos. O desafio fora aceito.

Para cada cliente atendido abrimos uma ficha individual contendo seus principais dados: nome completo, data de nascimento, idade, nível de instrução, endereço, queixa principal e queixas secundárias, etc. Estas fichas fazem parte do arquivo confidencial e só os psicólogos da equipe possuem a chave. Também dispomos de um Diário de Consultas onde lançamos diariamente o nome, a data e o tipo de atendimento de cada cliente,



mês a mês. Os dados que compõem esta pesquisa foram extraídos de ambos.

A partir da constatação da variedade da clientela, surgiu a necessidade de entender, de modo mais profundo, os principais problemas que a afligem, se haverá ou não variações de conflitos por faixa etária e sexo, as diversas profissões exercidas, o nível de escolaridade e o local de moradia.

O presente trabalho é fruto destes questionamentos e busca compreender os fenômenos envolvidos. Para cada um destes itens, foram utilizadas todas as fichas constantes do arquivo confidencial, exceto cerca de duas dezenas, postas de lado por não conterem dados essenciais como idade, sexo ou tipo de afecção. Na denominação das queixas não nos atemos à nomenclatura clássica da psiquiatria nem na da CID.

Tomamos a formulação do CONASP (5), “visão do *cliente* dentro do seu contexto familiar e sócio-cultural, sujeito às influências dos seus relacionamentos interpessoais e ambientais considerando o *distúrbio psicológico* como episódio no ciclo natural de saúde/doença do indivíduo” como base de nossa atuação profissional. O grifo e a substituição de termos é nossa: paciente por cliente e psiquiátrico por psicológico para evitar o rótulo da doença e a idéia dicotomizante implícita: psicólogo-saúde atendendo paciente-doença que, por si só, é iatrogênico. Embora o termo cliente sugira prática mercatória, ainda o achamos preferível.

Podemos estabelecer a definição de dois tipos de demanda: a demanda real, compreendendo a totalidade das pessoas que procuraram a equipe de psicologia e a demanda potencial, for-

*Trabalho apresentado no II Encontro dos Psicólogos da Saúde Pública de Minas Gerais, em Barbacena, 04/11/88.

mada por pessoas que não buscam auxílio diretamente, comparecem somente à entrevista inicial ou abandonam o tratamento no início. São pessoas com distúrbios graves e que comumente necessitam de atendimento médico paralelo: egressos, toxicômanos, alcoólatras, pessoas com reações psicóticas, apresentando quadros delirantes e alucinatórios. Representam 12% do total geral. No entanto, não nos iludamos com este número. Como exemplo, vejamos o caso dos alcoólatras. De acordo com o MOUP/MS (4) a prevalência do alcoolismo no Brasil está estimada em 6,2%, incidindo mais na camada social de baixa renda e na população masculina. O índice encontrado na Policlínica, para uma população específica da saúde mental foi de 2,8% (excetuando-se a faixa etária de 0 a 12 anos); situa-se, pois, bastante abaixo do fornecido pelo Ministério da Saúde. Como estamos trabalhando com população específica e de baixa renda, o esperado seria um índice bem superior a 6,2%. A análise deste fato deve ser cuidadosa. O índice menor encontrado por nós não significa que existam menos alcoólatras em Varginha. Significa que os alcoolistas são pessoas que não buscam auxílio e quando buscam são de difícil abordagem psicoterapêutica. Os que foram à Policlínica foram levados por seus familiares ou cônjuges. Eles compõem o quadro da demanda potencial que é aquela mais necessitada de tratamento e que, no entanto, se mostra avessa a ele. Na realidade, intervir junto a pessoas deste grupo é nossa prioridade. O quadro abaixo nos dá uma idéia mais clara:

QUADRO I				
CLIENTELA	Demanda Real (receptiva)	neuroses conflitos	88%	preventivo
	Demanda Potencial (avessa)	psicoses reações psicóticas* toxicomanias	12%	curativo reparador

Atender a demanda real, cuja maioria de casos se situa a nível neu-

(*) são respostas psicóticas à sobrecarga emocional. Os sintomas são semelhantes aos das psicoses agudas.

rótico, significa trabalhar preventivamente e promover saúde mental. A demanda potencial necessita de intervenções terapêuticas mais longas e constantes e se mostra arredia ao tratamento.

O termo *clientela* significa o todo das pessoas que procuraram a equipe de psicologia de novembro de '86 a março de '88, formado pela demanda real e potencial (os que chegaram a nos procurar). Este trabalho é uma tentativa de análise deste todo.

Objetivos

- caracterizar a clientela quanto aos principais tipos de problemas psicológicos;
- relacionar estes problemas com o sexo e a faixa etária;
- caracterizar, superficialmente, a clientela quanto a alguns indicadores sociais: local de moradia, escolaridade e profissão;
- informar a equipe multiprofissional; oferecendo dados objetivos;
- servir de base a posteriores pesquisas epidemiológicas, planejamento e aperfeiçoamento do serviço prestado.
- registrar o trabalho realizado.

Número de pessoas quanto a sexo e faixa etária

A divisão das faixas etárias foi elaborada pelo pesquisador de acordo com o seguinte critério:

- 0 a 6 anos - idade pré-escolar - crianças
- 7 a 12 anos - idade escolar - pré-adolescentes
- 13 a 20 anos - adolescentes
- 21 a 30 anos - adultos jovens
- 31 a 40 anos - adultos
- 41 a 50 anos - adultos
- 51 a 60 anos - adultos de meia idade
- 61 a 70 anos - idosos

O Quadro II agrupa os 208 casos estudados em termos percentuais. 84 casos do sexo masculino e 124 do feminino.

Distribuição do número total de clientes em ambos os sexos e todas faixas etárias, em porcentagens, no SSMPV, de dez/86 a mar/88.

Sexo	Faixa Etária	0	7	13	21	31	41	51	61	Total
			6	12	20	30	40	50	60	70
Masculino		8	13	3	8	8	1	0	1	41%
Feminino		3	6	8	18	13	5	4	2	59%

Fonte: fichas individuais do arquivo confidencial.

Observa-se que no sexo masculino a maior procura corresponde aos pré-adolescentes em idade escolar na faixa de 7 a 12 anos. Isto significa que foram levados até a Policlínica pelos pais ou responsáveis, caracterizando um pedido de auxílio indireto. O mesmo ocorre com as crianças. São raros os adolescentes, os adultos na faixa de 41 a 50 anos, os de meia idade e os idosos masculinos buscarem nosso auxílio. Após a pré-adolescência, a maior procura é dos adultos na faixa de 21 a 40 anos. A população masculina, é a mais suscetível ao tratamento. Do ponto de vista social, são pessoas enganadas no mercado de trabalho e que vêem sua força produtiva minada por problemas psicológicos.

Quando ao sexo feminino, a maior procura é das jovens adultas, num índice bem expressivo. O segundo maior índice se localiza na faixa seguinte, de 31 a 40 anos. Temos, então, uma maioria de mulheres jovens (31%) buscando auxílio direto. As afecções mentais as atingem também em sua idade mais produtiva. Nos dois últimos extremos das faixas etárias, a procura é bem menor. Outra observação importante é que, dos 13 aos 70 anos, as maiores taxas de procura estão com as mulheres. Pode-se dizer que a Policlínica, neste aspecto de saúde mental, é um lugar da mulher.

Tanto para os homens quanto para as mulheres, é fator positivo conseguirmos atingi-los terapêuticamente, quando eles próprios nos procuram para ajudá-los, e tendo em vista que encontram-se num momento ótimo para nossa intervenção, tanto biológica (são relativamente jovens e existe certa flexibilidade para a mudança) quanto socialmente (são pessoas que ocupam determinado lugar no mercado de trabalho, fazendo parte da camada ativa da população).

AFECÇÕES COMUNS

A partir da leitura das fichas individuais, elaborou-se uma tabela contendo 31 tipos de queixas. Procedeu-se à análise das fichas tendo em

vista a primeira queixa do cliente, respondendo a perguntas como: qual é o motivo desta consulta? ou, o que mais lhe incomoda?

Em vários casos não se tornou possível incluir a primeira queixa dentro de uma categoria. Quando isto ocorreu, passou-se à análise global das queixas, formulando-se uma *impressão diagnóstica*. As fichas que não forneceram elementos necessários para esta impressão entraram na categoria "não especificado". Não foi tarefa simples chegar a um primeiro diagnóstico, mesmo generalizado, pois os clientes apresentaram queixas mistas em sua maioria, envolvendo fatos biopsicossociais complexos. Dentro da multiplicidade tentou-se abstrair a linha mestra, o essencial das queixas. Este essencial passou a figurar a queixa.

De acordo com a FIOCRUZ (6) "... as divergências na definição do que seja "caso" desse ou daquele transtorno são tantas e profundas, a ponto de questionar-se muito a validade da comparação dos resultados dos diferentes estudos." Também o Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana (2) aponta com propriedade em direção semelhante, dizendo que "o objeto de estudo da psiquiatria — o enfermo mental e as leis que regem o fenômeno saúde-enfermidade mental — está definido de maneira imprecisa. Os sintomas são complexos subjetivos e mutáveis, e fortemente influenciados por fatores culturais e individuais. Evidentemente que tais características criam especiais óbices para a investigação científica e acabam por fazer com que a prevenção primária, o diagnóstico e o tratamento sejam sustentados, em grande parte, pelo empirismo.

Por estes motivos, atemo-nos à queixa formulada pelo cliente e partindo dela, elaboramos a impressão diagnóstica, necessária para o agrupamento dos casos e construção das tabelas comparativas. Reconhecemos que isto em nada simplifica as dificuldades metodológicas, próprias de trabalhos deste tipo. Para evitar dúvidas, conceituamos cada categoria, deixando claro os critérios para o agrupamento dos casos.

A Tabela I reúne as cinco principais queixas a partir de um índice superior a 7% do total geral.

Comentaremos os dados desta Tabela junto com os da Tabela II.

TABELA I

Distribuição das cinco principais queixas, em ambos os sexos e todas faixas etárias, em porcentagens, no SSMPV, de dez/86 a mar/88.

QUEIXA	%
Angústia-depressão	13
Psicossomática	10
Agressividade	9
Neurológico motor	8
Escolarização	7
Total - 208	47

Fonte: idem.

TABELA II

Distribuição proporcional das principais queixas de acordo com o sexo, em todas as faixas etárias, em porcentagens, no SSMPV, de dez,86 a mar,88.

QUEIXA	Masc	Fem
Angústia-depressão	4	19
Psicossomática	8	11
Agressividade	17	3
Neurológico motor	11	6
Escolarização	11	5
Problemas Familiares	0	10
Ansiedade	6	6
Total absoluto = 208	84	124

Fonte: idem.

A Tabela II mostra a distribuição, em percentuais, das sete principais queixas, em ambos os sexos, cuja soma de cada uma delas, em números absolutos, representa um índice igual ou maior que 5,7%. Quando menor, consideramos o número insuficiente para comparação.

Nesta análise comparativa, uma diferença de 5% para mais ou para menos foi considerada significativa. Pela Tabela, observa-se ser comum a ambos os sexos as afecções psicossomáticas e a ansiedade. No sexo masculino, são mais frequentes os casos de agressividade, neurológico motores e problemas com a escolarização. No sexo feminino, o predomínio é da angústia-depressão e problemas familiares.

Comentários e Hipóteses

No universo estudado, a angústia-depressão é um fenômeno tipicamente feminino, representando 24 das 27 queixas formuladas e situando-se predominantemente na faixa

etária compreendida entre os 21 e 40 anos. Atualmente, em psiquiatria, a depressão é compreendida como uma síndrome comportando o seguinte conjunto de sinais e sintomas: alteração do humor, lentificação do curso do pensamento e inibição da psicomotilidade.

A queixa psicossomática é comum a ambos os sexos. Nesta categoria foram incluídos aqueles distúrbios psicogênicos que afetam os sistemas respiratório, cárdio-vascular e gastrointestinal, exigindo correlatamente intervenção médica. Os quatro casos envolvendo sintomas como escurecimento da visão, formigamentos e dormências nas musculatura e pele, e sem necessidade de intervenção medicamentosa, foram catalogados como histeria. Todos são mulheres.

A categoria agressividade inclui todos os casos de incremento da pulsão agressiva direcionada para qualquer objeto: o próprio corpo, pais, irmãos, professores e objetos. Sua característica principal é a destrutibilidade. É um fenômeno que se destaca entre as queixas masculinas, ocorrendo somente nos períodos pré-escolar e escolar. Tal exclusividade - não há nenhuma queixa de comportamento agressivo a partir dos 12 anos - em parte se explica pelo próprio processo de desenvolvimento. O ego imaturo da criança aprende aos poucos a se estruturar e a lidar com as pulsões sexual e agressiva. Como o comportamento agressivo é estimulado culturalmente nos meninos, estes tendem a efetuar o controle mais tarde.

A queixa na categoria neurológico motor se distribui de modo equilibrado em ambos os sexos e é um fato marcante na faixa etária 21 - 30 anos. Nesta categoria se incluem os distúrbios orgânicos da fala, motores e sua quase totalidade é constituída pela distritmia e epilepsia, tornando-se imprescindível o controle médico e medicamentoso.

Os problemas de escolarização incluem as dificuldades de aprendizagem na escola em qualquer área e por qualquer motivo e, também, a inadaptação ao ambiente escolar. Por razões óbvias, se concentram na faixa etária dos 7 aos 12 anos e é mais típica do sexo masculino. Esse dado podemos combiná-lo com a queixa agressividade. Pelo que foi levantado anteriormente, é provável que a agressividade desempenhe um impor-

tante papel de entrave na escolarização da criança do sexo masculino. É necessário que a criança, ao entrar para a escola, tenha desenvolvido um certo controle dos impulsos agressivos. A educação da menina, em nossa cultura, incentivando comportamentos mais controlados e comedidos ensina-a a lidar com estes impulsos mais cedo, o que explica o fato de que, nelas, as queixas em agressividade e escolarização sejam bem menores. Por outro lado, a dificuldade de escolarização na menina, tem mais a ver com uma ligação simbiótica com a mãe. Não consegue ir à escola porque não conseguiu ainda se desprender da mãe.

Segundo Freud, a época escolar se caracteriza pela latência, período do desenvolvimento infantil, no qual o interesse sexual embora presente, se encontra adormecido. Este período é propício para a criança se expandir intelectualmente. De 7 a 12 anos existem apenas duas queixas envolvendo problemas sexuais, sendo que uma delas é caso de violência sexual contra a criança. Constata-se, então, que das duas pulsões básicas que a criança deve aprender a lidar de modo adequado, a pulsão agressiva se sobressai.

Na categoria escolarização, não foram incluídos os pedidos de avaliação de prontidão para alfabetização. As crianças de ambos os sexos que passaram por este exame, não tiveram registro em ficha, mas no livro Diário de Consultas. Isto porque tal pedido não caracteriza queixa. Outro aspecto que vale comentar aqui, é que, com respeito à escolarização, a demanda sofreu uma reorientação da equipe de psicologia. Os casos escolares de dificuldades de aprendizagem, de inadaptação ao ambiente escolar, concentração, hiperatividade, etc., chegaram a ser tão numerosos que a equipe procurou a 27ª Delegacia Regional de Ensino, a fim de expor seus limites de trabalho. Foi notável o número de orientadores educacionais solicitando a equipe, a fim de obter ajuda psicopedagógica para suas escolas.

Julgamos que estes casos escolares devam ficar a cargo do Serviço de Orientação Educacional de cada escola já que, em nosso atendimento ao público, este tipo de problemática não pode constituir prioridade.

A preocupação com os proble-

mas familiares é exclusiva do sexo feminino. Como veremos mais adiante, nos indicadores sociais, do casal de pais, é a mulher a que mais permanece em casa, cuidando das crianças e se encarregando das atividades domésticas gerais. Seu trabalho é exercido dentro de casa. O período de maior convivência com a rotina doméstica e com a educação dos filhos, possibilita que ela perceba e sinta com mais nitidez os reflexos que a estruturação familiar acarreta em sua personalidade.

Estas sete principais queixas totalizam 121 casos em 208, o que significa 58% do universo estudado.

INDICADORES SOCIAIS

Universo estudado em relação ao local de moradia, grau de escolaridade e profissão.

Local de Moradia

Para o levantamento do local de moradia foram utilizadas 183 fichas. Com este objetivo 24 fichas se tornaram inúteis, pois não continham o endereço do cliente.

Os que residem em Varginha são

TABELA III

Distribuição do local de moradia dos clientes do SSMPV, em porcentagens, de dez/86 a mar/88.

LOCAL	%
Varginha	87
Zona Rural	5
Outras cidades	8
Total = 183	100

Fonte: idem.

principalmente do Centro, Sion, Fátima, Canaã e Vila Floresta, representando 46% do total. Os outros se distribuem em mais 26 bairros. Verificamos pois que, mesmo concentrado na Policlínica de Varginha, no centro da cidade, o Setor de Saúde Mental cobre com seu atendimento praticamente toda a área urbana do município e parte da zona rural.

A zona rural representa 5% do atendimento prestado. A principal dificuldade para atingirmos esta população mais eficazmente, são os meios de transporte e seus custos, os vínculos empregatícios, já que nossa clientela é formada pelos lavradores — 50% dos que residem na zona rural exercem esta função — o restante são

pequenos sítiantes, chacareiros e arrendatários, raras vezes proprietários do local onde residem. Também interfere a natureza do nosso trabalho e a forma de atendimento já que o cliente deve comparecer à Policlínica uma vez por semana, durante tempo mais ou menos longo, perdendo assim meio dia de trabalho. Aqui se situa diferença importante entre o trabalho do psicólogo e do médico. Essa diferença vem dificultar nosso trabalho. É mais fácil o cliente vir da zona rural para uma só consulta do que se comprometer a vir todas as semanas por tempo indeterminado. Ele acaba vindo poucas vezes e abandonando o tratamento.

Os residentes em outras cidades o são principalmente em vizinhas: Elói Mendes e Três Pontas (64%). A primeira não oferece serviço de psicologia para a população. Os demais residem em Lavras, Três Corações, Conceição do Rio Verde e Belo Horizonte. Apenas um caso registrado de atendimento a cliente que reside em município de outro estado, Sorocaba, Estado de São Paulo.

Grau de Escolaridade

Para esta medida foi utilizado um total de 85 fichas, sendo 23 do sexo masculino e 62 do sexo feminino. Foram inutilizadas 62 fichas pois não continham informações sobre o nível de escolarização. No registro dos graus, obedeceu-se ao seguinte critério: pertence a determinado grau as pessoas que estão cursando, tenham cursado e concluído ou abandonado determinada série.

Percebemos pela Tabela que as porcentagens se distribuem em ambos os sexos de modo mais ou menos equivalente: o maior número de pessoas se concentra na faixa do I grau e as diferenças existentes quanto ao analfabetismo são pouco significativas. Em ambos os grupos, a maior porcentagem ficou no grau de escolaridade 1ª a 4ª série: 61% para o sexo masculino e 41% para o feminino.

A principal diferença entre os dois grupos se situa no grau superior onde inexistem homens e os 6 casos registrados são mulheres. No grau superior, as mulheres optaram pelos seguintes cursos: Letras, História, Enfermagem, Ciências Contábeis, Engenharia e Direito.

Profissões

No indicador social profissões,

TABELA IV

Distribuição do grau de escolaridade em ambos os sexos, com idade igual ou acima de 18 anos, em porcentagens, no SSMPV, de dez/86 a mar/88.

ESCOLARIDADE	Masc	Fem
Analfabeto	4	6
I Grau	83	70
II grau	13	15
Superior	0	9
Total	100%	100%

Fonte: idem.

construímos uma tabela para cada sexo. Para o sexo masculino foram usadas 30 fichas e para o feminino, 76. Foram inutilizadas 39 por não conterem este indicador.

TABELA V

Distribuição das profissões mais exercidas pelos homens com idade igual ou acima de 18 anos, em porcentagens no SSMPV de dez/86 a mar/88.

PROFISSÕES	%
Servente pedreiro	20
Pedreiro	13
Lavrador	10
Outras	57
Total	100%

Fonte: Idem.

As outras profissões exercidas pelos homens são: carpinteiro, dupla de loteria (vendedor ambulante de bilhetes de loteria), tratoristas, pintor de paredes, barbeiro, metalúrgico, comerciante armador, eletricitista, lixeiro, vigia, tapeceiro, digitador, biscateiro e carteiro.

Observa-se que mais da metade das mulheres não exerce atividades profissionais fora do lar. As profissões faxineira, enfermeira e cozinheira correspondem a 4% do total, cada uma. Nelas, a mulher passa a exercer fora do lar aquelas atividades que exerce dentro. As demais são: lavradora, manicure, babá, atendente de saúde, encarregada de nutrição e dietética, costureira, secretária, professora, encarregada de lavanderia, ajudante consertante de telefone, revendedora de perfumes, recreadora de creche e prostituta.

Resumindo, os indicadores sociais de nossa clientela a situam como

TABELA VI

Distribuição das profissões mais exercidas pelas mulheres com idade igual ou acima de 18 anos, em porcentagens, no SSMPV, de dez/86 a mar/88.

PROFISSÕES	%
Do lar	54
Comerciária	8
Outras	38
Total	100%

Fonte: idem.

população essencialmente urbana, com nível de escolarização em sua grande maioria de 1ª a 4ª série do I grau e exercendo como atividades profissionais tarefas basicamente manuais.

Conclusão

O estudo epidemiológico apresentado, objetivou traçar com clareza um perfil da clientela quanto aos seus aspectos sociopsicológicos e estabelecer a tendência da demanda. A prática do dia-a-dia dificulta uma apreensão gestáltica do trabalho e, como se diz, às vezes é necessário não ver as árvores para ver o bosque. Na análise dos dados, procuramos nos manter fiéis a eles, evitando grandes especulações teóricas a respeito.

A visão de homem que atravessa este estudo é global, num enfoque biopsicossocial, sobre cuja base se assentam também as linhas estruturais do atendimento psicoterapêutico. Os fatos que envolvem a psicodinâmica individual do cliente são multifacetados, complexos e profundos. Estudá-los e tratá-los tendo em vista a interação de todas estas facetas, representa uma possibilidade maior de eficácia e resolutividade no trabalho.

A saúde se encontra em relação íntima com fatores sociais, culturais, econômicos e políticos. Para compreendê-la em sua essência, é preciso estar sempre atento ao modo como estes fatores se articulam na vida do indivíduo, tanto no que se refere a questões pragmáticas do mundo externo, quanto no que se refere às representações internalizadas e carregadas de afeto, partes integrantes do seu mundo interior. Atualmente, é reconhecida a influência que os fatores culturais e as crenças exercem na ma-

nutenção e perpetuação de hábitos anti-higiênicos e na contaminação do meio ambiente. A saúde sofre, portanto, a interferência cultural das crenças e idéias.

O processo saúde-doença tende a ser compreendido como determinado, em grande parte, pela dinâmica do sistema social onde ele se dá. A sociedade com seus estratos, grupos e classes comumente antagônicos e opostos, é o todo no qual o indivíduo se insere com seu corpo biológico, recebendo influências múltiplas que o tornam vulnerável a determinados tipos de doenças. O binômio saúde-doença só pode ser explicado a partir desta ótica, "quando a sociedade deixa de ser vista como um todo homogêneo, estável e a-histórico", ABRASCO (1). As relações causa-efeito, pressas exclusivamente ao organismo, foram alteradas para incluir a noção de totalidade social; e a tentativa de compreensão do homem isolado ou da população indistintamente, é apenas uma inaceitável abstração.

A formulação de política de saúde pública a nível nacional, a partir de estudos epidemiológicos em todas as áreas da saúde, é o caminho a ser seguido. O presente está a nos cobrar — profissionais da saúde — esta responsabilidade e o futuro, numa sociedade civilizada, não poderá se dar de outra forma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRASCO — Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. PEREIRA, J.C. - Medicina, Saúde e Sociedade. *Estudos de Saúde Coletiva*, 4, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1986.
2. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA — v. 100, nº 6 Mortes Violentas em menores de 15 anos no Brasil. JORGE MARQUES La crisis economica y su repercusion en la salud. Washington, EUA, jun/1986.
3. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. v. 101, nº 6. Unidades de tratamiento psiquiatrico intensivo. Su desarrollo en Cuba. MURIAS REGALADO. Washington, EUA, dez/1986.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão nacional de Saúde mental. *Manual de Orientação para uso de psicofármacos*. Brasília, D.F., DNSM/M.S., 1983.
5. CONASP — Programa de reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária.
6. RIO DE JANEIRO (Estado) — Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. *Cadernos de Saúde Pública*, v.1, n.3, jul/set 1985. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1985.
7. ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social — ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro, Edições Graal Ltda. 1979.