

200206637

GLÁUCIA TELLES SALES

**FATORES QUE INFLUENCIAM AS INDICAÇÕES DE
TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS EM UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS:
UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO DA VISÃO
DO PSIQUIATRA**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área Saúde Mental da aluna **Gláucia Telles Sales**

Campinas, 17 de agosto de 2001.


Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato
Orientador

CAMPINAS

2001

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

GLÁUCIA TELLES SALES

**FATORES QUE INFLUENCIAM AS INDICAÇÕES DE
TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS EM UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS:
UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO DA VISÃO
DO PSIQUIATRA**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.*

ORIENTADOR: PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

CAMPINAS

2001

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	UNICAMP
V.	Sa32f
TOT.	47567
PROL.	837102
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREC.º	R\$ 11,00
DATA	06-02-02
N.º CPD	

CM00163086-3

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FAULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Sa32f

Sales, Gláucia Telles

Fatores que influenciam as indicações de tratamentos psiquiátricos em unidades básicas de saúde do município de Campinas : Um estudo clínico-qualitativo da visão do psiquiatra / Gláucia Telles Sales. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Egberto Ribeiro Turato
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Pública - Brasil. 2. Psicologia Médica. 3. Medicina Psicossomática. 4. Diagnóstico. I. Egberto Ribeiro Turato. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Membros:

1. Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues

2. Profa. Dra. Maria Marta M. Battistoni

3. Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 17.08.2001

A QUEM DEDICO

*CONSAGRO, DESTINO,
PORQUE FOI POSSÍVEL:*

*A DEUS,
a fé inquestionável.*

*AOS MEUS PAIS,
no céu em que estiverem.*

*ALBANO E FERNANDA,
amores e companheiros no bom e mau de todos os momentos.*

*À IARA MARIA TELLES,
“porque tudo vale à pena, se a alma não é pequena”. (Fernando Pessoa)*

*AOS PSIQUIATRAS ENTREVISTADOS,
os verdadeiros autores deste trabalho.*

A QUEM AGRADEÇO

**RETRIBUO, RECOMPENSO,
COM O QUE FOI POSSÍVEL:**

PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO,

orientador que abrindo-me as portas do método de pesquisa clínico-qualitativo, permitiu-me visualizar, por lentes científicas, um horizonte de significados que se dimensionam muito além do que os sentidos físicos podem alcançar.

ALBANO SALES,

o inestimável auxílio técnico na concretização final.

ZILDA TELLES,

a confiança fortalecendo a minha, quando esmorecida.

MYRIAM TELLES BUZATTO,

o apoio presente mesmo em momentos da grande dor da perda.

CLAUDIA TELLES MAEDA,

a proximidade da torcida vencendo a distância.

MIGUEL ANTÔNIO DE MELLO SILVA,

a amizade presente em todas as frentes de conflito e renovação de esperanças.

CLAUDINEI CAMPOS, ISABEL CRISTINA PEREIRA, MARLY FERNANDES, SONIA EL
HAOULI,

amigos que disseram “não desista”, porque eu não desisti.

PROF. DR. CELSO FERRAREZI JR,
anjo guardião de preciosas orientações lingüísticas.

PROFA. TELMA BARBIERI FINARDI,
a dedicação e competência no ensino do inglês necessário

HEBER FANECO NASCIMENTO,
a paciente escuta e precisa transcrição literal.

*ÀS TANTAS VIDAS GRAVADAS NA MEMÓRIA ESSENCIAL,
pelos pequenos detalhes da história maior que vocês me ajudaram a contar.*

*A TODOS, MUITO OBRIGADO!
QUEM OS TEM, JÁ TEM A METADE DO CAMINHO PERCORRIDO.*

... “Sê inteiro.

Nada teu exagera

ou exclui.

Sê todo, em cada coisa.

Põe quanto és no mínimo que fazes.

Assim, em cada lago,

a lua toda brilha

porque alta vive”.

Fernando Pessoa.

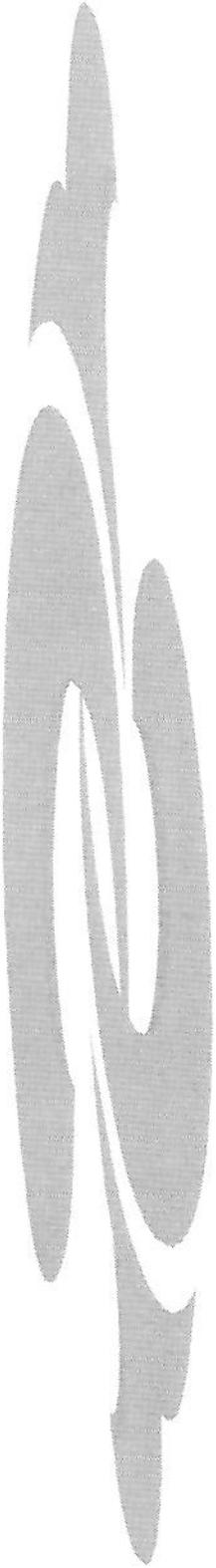
	PÁG.
RESUMO	xxv
1. INTRODUÇÃO	29
1.1. Revisão da literatura.....	31
1.1.1. Raízes da medicina antiga.....	31
1.1.2. As advertências de Hipócrates, 460-459 a.C.....	34
1.1.3. A psiquiatria como especialidade autônoma.....	37
1.1.3.1. Século XIX – Bases anátomo-fisiológicas.....	40
1.1.4. Entre a compreensão e a descrição do doente: a orientação psicanalítica.....	42
1.1.5. Psicologia Médica - Medicina psicossomática.....	49
1.1.6. Nas unidades básicas.....	55
1.2. Justificativas.....	58
1.3. Pressupostos.....	60
2. OBJETIVOS	63
2.1. Objetivo geral.....	65
2.2. Objetivos específicos.....	65
3. METODOLOGIA	67
3.1. Métodos científicos e a natureza humana.....	69
3.2. Método de pesquisa qualitativo.....	70
3.2.1. Proposta consoante com os objetivos da pesquisa.....	70
3.2.2. O endosso histórico.....	72
3.2.3. Paradigmas associados e influências filosóficas predominantes.....	73
3.2.4. Compilação das principais características do método qualitativo....	76

3.2.5. Quanto a críticas e erros.....	81
3.3. Método de pesquisa clínico-qualitativo.....	82
3.4. Entrevista semidirigida de questões abertas.....	84
3.5. Sujeitos da pesquisa – amostra.....	89
3.5.1. Critérios de inclusão na delimitação da amostra.....	89
3.5.2. Critérios éticos.....	90
3.5.3. Tamanho da amostra.....	91
3.6. Campo de trabalho.....	93
3.7. Procedimentos: os passos da pesquisa.....	98
3.7.1. Planejamento de entrevistas-piloto.....	98
3.7.2. Contato com a Assessora de Saúde Mental do Município.....	99
3.7.3. Contato com os Coordenadores das Unidades.....	101
3.7.4. Contato com os Psiquiatras para as entrevistas piloto.....	102
3.7.5. Entrevistas piloto: considerações gerais.....	103
3.7.6. Registro imediato do material não gravado.....	104
3.7.7. Transcrição literal das entrevistas.....	105
3.7.8. Análise dos dados das entrevistas-piloto.....	105
3.7.9. Validação das entrevistas piloto.....	106
3.7.10. Prosseguimento da coleta de dados.....	106
3.7.11. Apresentação formal das entrevistas.....	107
3.8. Análise de conteúdo na delimitação das categorias.....	109
3.8.1. Pré-análise.....	110
3.8.2. Categorização e sub-categorização.....	111
3.8.3. Apresentação dos resultados.....	113

3.8.4. Referencial teórico para discussão dos resultados.....	114
4. RESULTADOS.....	117
4.1. Considerações preliminares.....	119
4.1.1. Sobre a vivência da pesquisadora em campo.....	119
4.1.2. Sobre o tempo das entrevistas.....	119
4.1.3. Sobre reações dos sujeitos frente ao gravador.....	119
4.1.4. Sobre cuidados éticos.....	120
4.1.4.1. Na denominação dos sujeitos. Sexo. Idade.....	120
4.1.4.2. Na citação de instituições. Referências nominais a profissionais. Pontuações de aspectos da fala verbal.....	121
4.1.5. Sobre pacientes da rede.....	121
4.1.5.1. Vias de acesso dos pacientes ao psiquiatra.....	122
4.1.6. Comentários iniciais sobre as entrevistas.....	122
4.1.6.1. Necessidade de trazer de imediato a precariedade de fatores institucionais relativos à sala de atendimento.....	122
4.1.6.2. Fatores institucionais latentes.....	124
4.1.6.3. Identificação da pesquisadora com jornalista e fatores próprios da pessoa do psiquiatra levando a pesquisadora ao papel de psicoterapeuta.....	125
4.1.6.4. Curiosidades e trocas entre pesquisadora e sujeito sobre o campo de saber da área ‘psi’.....	127
4.1.6.5. Gravação definindo o setting da entrevista.....	127
4.1.6.6. A contratransferência.....	128
4.1.6.7. Um clima afetivo, familiar, na Unidade.....	130
4.1.6.8. “Vai gravar? Ai! Não!”.....	131

4.2. Resultados da categorização.....	132
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	135
5.1. Tratamentos e procedimentos terapêuticos e fatores de influência.....	138
5.1.1. Fatores Institucionais: quanto às salas de atendimento e a equipe mínima de saúde.....	138
5.1.2. Convergência de Fatores Institucionais e da Pessoa do Psiquiatra...	143
5.1.3. Convergência de Fatores Institucionais, da Pessoa do Paciente e da Pessoa do Psiquiatra.....	148
5.2. A pessoa do paciente como um fator entre fatores.....	182
5.3. A entrevista como um espaço aberto.....	187
6. CONCLUSÕES.....	199
7. SUMMARY.....	205
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	209
9. ANEXOS.....	219
9.1. Roteiro de entrevista.....	221
9.2. Carta à Assessora da Saúde Mental do Município de Campinas.....	223
9.3. Carta Aos Coordenadores das Unidades Básicas de Saúde.....	225
9.4. Carta aos Psiquiatras.....	227
9.5. Entrevistas.....	229
9.5.1. Entrevista nº 1.....	229
9.5.2. Entrevista nº 2.....	248
9.5.3. Entrevista nº 3.....	260
9.5.4. Entrevista nº 4.....	289
9.5.5. Entrevista nº 5.....	307
9.5.6. Entrevista nº 6.....	338
9.5.7. Entrevista nº 7.....	359
9.5.8. Entrevista nº 8.....	373

	PÁG.
Quadro 1: Centros de Saúde - Região Norte.....	94
Quadro 2: Centros de Saúde - Região Sul.....	95
Quadro 3: Centros de Saúde - Região Leste.....	96
Quadro 4: Centros de Saúde - Regiões Sudoeste e Noroeste.....	97
Quadro 5: Tratamentos e procedimentos terapêuticos x Fatores de influência.....	133
Quadro 6: A pessoa do paciente: um fator entre fatores.....	134
Quadro 7: Entrevista: um espaço aberto para.....	134



RESUMO

FATORES QUE INFLUENCIAM AS INDICAÇÕES DE TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO DA VISÃO DO PSIQUIATRA

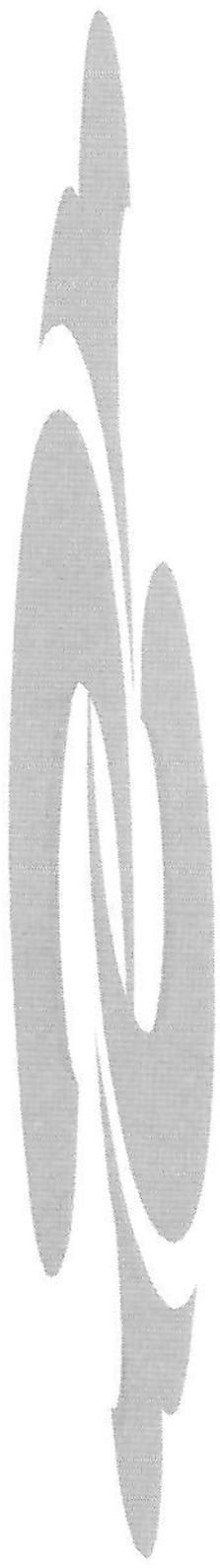
O presente trabalho objetivou analisar, entender e discutir os pontos de vista de uma amostra de psiquiatras e o significado atribuído por eles aos fatores de influência sobre suas indicações de tratamento nos serviços de saúde pública da cidade de Campinas. Os objetivos específicos foram: 1) Identificar e descrever as indicações de tratamento feitas pelos psiquiatras nas Unidades Básicas; 2) Identificar e descrever a visão e significados que os psiquiatras atribuíram acerca dos múltiplos fatores influentes sobre estas indicações. Este estudo pressupôs que a visão dos psiquiatras recairia sobre a grande influência dos fatores institucionais nos tratamentos, mas que as características próprias de sua pessoa seriam fatores fundamentais de influência sobre algumas indicações. As razões para esta pesquisa fundamentaram-se na importância da qualidade da relação médico-paciente nas Unidades Básicas; em conhecer a visão do psiquiatra de maneira a contribuir para nortear aspectos organizacionais do serviço; relevância médico-social da prevenção e abordagem terapêutica na saúde mental na Rede Básica e a possibilidade de que os resultados possam contribuir para reflexões sobre o tema. O Método utilizado foi o Clínico-qualitativo, operacionalizado através da técnica de Entrevista Semidirigida de Questões Abertas.

A amostra foi de 08 psiquiatras da Rede definidos segundo os critérios de inclusão: concordar em participar da entrevista mediante seu tema; aceitar a impossibilidade da delimitação de tempo para a entrevista; aceitar a gravação em fita para posterior transcrição literal; concordar com um segundo encontro caso necessário.

Os resultados indicaram que os tratamentos psiquiátricos nas Unidades seguem desde um padrão da clínica clássica até a associação desse padrão a outras alternativas de tratamento possíveis na instituição ou mesmo em outros serviços da Rede. Os fatores que influenciam as indicações de tratamento convergem entre os fatores relativos à pessoa do paciente, fatores institucionais e fatores próprios da pessoa do psiquiatra, mas, em geral estão principalmente baseados em fatores próprios da pessoa do psiquiatra do que a outros por ele argumentados.

A pessoa do paciente torna-se um fator entre fatores.

1. INTRODUÇÃO



*Homem de ciência, e só de ciência,
nada o consternava naquela ocasião.
Se ele deixava correr pela multidão
um olhar inquieto e policial,
não era outra coisa mais
do que a idéia de que algum demente
podia achar-se ali misturado
com a gente de juízo.*

*O Alienista,
Machado de Assis.*

1.1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1.1. Raízes da medicina antiga

Formular uma introdução que dignificasse seu papel de anfitriã que convida o leitor a entrar nos domínios de um trabalho de pesquisa não foi, a princípio, uma tarefa fácil. E as dificuldades se avolumaram pelo fato de que escrever o que fosse sobre a constituição do saber e da conduta psiquiátrica, sem cair no *lugar comum* e repetir o já tão competentemente retratado pela literatura especializada em saúde mental, talvez não passasse de um exercício tautológico. Pensamos que este risco talvez não intimide apenas o poeta, aquele que é capaz de retratar o significado de uma conduta em um arranjo tão apropriado de palavras que a configuram como única e de singular beleza.

Mas havia o compromisso concreto com o trabalho, imposição soberana sobre toda e qualquer intimidação que nos cortejasse. O compromisso selado quando nos ocorreu a indagação mobilizadora de nossa pesquisa e que nos levou a refletir a respeito dos fatores influentes sobre as indicações de tratamentos psiquiátricos ao longo do percurso trilhado pela psiquiatria, até chegar à locação dos seus cuidados nas Unidades Básicas de Saúde. Pensamos sobre os fatores que antecedem e que trespassam as atitudes e condutas daquele que é cientificamente consagrado como o seu legítimo representante: o psiquiatra. Herdeiro do patrimônio de uma especialidade que atravessa fronteiras que envolvem conhecimentos de anatomia, fisiologia e bioquímica do sistema nervoso, de medicina geral, sociologia, psicologia, direito e matérias que formam as ciências do comportamento.

Este conceito muito bem delimitado abre o prefácio, o que se diz no princípio (FERREIRA, 1986, p.1381) da Enciclopédia Concisa de Psiquiatria (ROCHE, 1981) e nos remeteu ao princípio da própria Psiquiatria que sendo, antes de tudo, uma prática médica, um ramo especializado da medicina interna (MELO, 1979) é, segundo consideramos, herdeira de um patrimônio que tem o seu cordão umbilical inserido em um útero ancestral locado nos mais longínquos períodos da história da humanidade. Período que registra o aparecimento do homem no mundo considerado sob todas as suas possibilidades de expressões, as visíveis, as invisíveis, as singulares, as genéricas. Homem corpo, homem pensamento, homem afeto, homem ação (BOCK, FURTADO & TEIXEIRA, 1999). Ser

passível de síntese por sua subjetividade, esta capacidade de ultrapassar o concreto pela compreensão (WINTER, 1997), dando início à constituição de sua individualidade biopsicossocial e à lida com os seus sofrimentos e receios.

Ela traz em sua árvore genealógica, portanto, os traços das idéias dos povos primitivos, que são as idéias que derivaram a medicina empírica subordinada à idéia de uma relação causal. A medicina mágica, estabelecendo igualmente uma relação causal ao atribuir a fatores supernaturais a responsabilidade pelas doenças, originou-se, igualmente, da medicina empírica (CASTIGLIONI, 1947, Vol.1). Quando os homens não tinham acesso direto à causa por esta não se mostrar visível impossibilitando-lhes, conseqüentemente, uma intervenção objetiva e precisa no concreto, invocavam os recursos da natureza para a condução terapêutica. Os poderes que atribuíam ao sol, à lua, ao mar, ao trovão, à luz, eram fatores de influência determinantes sobre suas atitudes e condutas na busca da cura do mal vivenciado e percebido, mas, não palpável. Eles invocavam tais poderes tanto de forma direta como por intermédio de animais deificados ou consagrados. Os pássaros, por exemplo, por se locomoverem livremente pelos ares dominando os espaços, eram vistos como mensageiros das divindades celestes. A serpente, por viver rastejante na terra, era considerada mensageira da vontade dos mortos. Mas, provenientes de que fatores causais fossem, era necessário combater as influências malignas responsáveis pelos sofrimentos. A maneira como os fenômenos eram conceituados sugeria os sistemas de tratamento e as condutas daqueles que eram responsáveis por sua indicação. Estes, detentores da habilidade de se comunicar com o supernatural, eram revestidos de poder na luta entre o bom e o mau demônio. O conhecimento e a sensibilidade que possuíam, que lhes permitia intervir para que ocorresse uma modificação do ato hostil, os distinguiam e os credenciavam a um status diferenciado entre seu povo.

Na seqüência evolutiva, os homens foram aprimorando práticas, como por exemplo, o cultivo da máscara. Ainda incapazes de abstrair, incorporavam a coisa para se defenderem de outra coisa. Vestiam a máscara no doente para defendê-lo do olhar do mau demônio que povoava sua mente sugestionando-o em sua intimidade, e também para enganar a morte que, devido ao artifício usado, não encontrava quem ela tinha ido buscar. Costumavam, ainda, trocar o doente de leito com o mesmo objetivo, colocando sobre o

leito uma pessoa saudável. O curso do destino do doente podia, também, ser alterado pela troca de seu nome e pelas tatuagens, que como talismãs protetores, mantinham afastado o mau demônio (CASTIGLIONI, 1947, Vol.1). Eles buscavam, assim, no concreto, a solução, a saída administrável que lhes permitisse significar uma intervenção de fato.

Quando o significado causal era reconhecido pelo sofredor como algo que fazia sentido em sua história pessoal, encaixando perfeitamente as peças de seu quebra-cabeças autobiográfico, as intervenções terapêuticas obtinham maior sucesso no que se propunham. Os colares de fato protegiam contra contatos daninhos; os astros acertavam em suas predições futuristas e mesmo as vísceras dos animais propiciavam leituras corretas quanto aos acontecimentos vindouros. Claro que, provavelmente, tal elaboração não se dava desta maneira naquela época.

Mas a idéia do mágico, com seus rituais, infiltrou-se na essência das culturas subseqüentes enraizando e garantindo a manutenção de crenças e condutas que, quanto mais profundas, vêm aumentadas as suas chances de se tornarem universais. Tal idéia alimentou a associação de signos aos fatos da vida e estes passaram, assim, a ser identificados e compreendidos por relação direta a uma causa desencadeadora subjacente, já familiarmente decodificada através da tradição própria do grupo.

Os povos, assim, seguiram adaptando-se às condições de vida que lhes eram possibilitadas pela natureza que habitavam, foram progressivamente articulando sistemas de raciocínio lógico, fundamentados na observação e experiência repetidas, sempre com a finalidade de intervir sobre a vida e a morte, a saúde e a doença.

O conhecimento, cerzido através do fio histórico, foi tecendo sentidos e significados às condutas com função profilática e curadora.

As paixões foram, também, objeto de cuidados já perante o medo dos homens frente à morte (ibid). Este medo tornava os seus espíritos dóceis às influências místicas. A terapêutica sugestiva ganhou força com suas fórmulas e encantamentos, com o emprego de ossos e cinzas de mortos, de garras e dentes de animais, reforçando o uso de objetos ritualísticos como fatores de influência na produção da cura.

Assim, nas condutas mágicas, encontramos a origem comum do conceito primitivo da medicina com os primeiros rascunhos da conduta psiquiátrica. Como exemplo, temos que a histeria e a epilepsia eram concebidas como fenômenos conseqüentes da ocupação do corpo do doente por um outro espírito. O espírito tornava a pessoa alheia à sua vontade, desestabilizando-a ao assumir o controle de suas ações. O que vinha de fora era responsável pelo que se passava dentro, fora do alcance dos sentidos físicos, inacessível a uma intervenção direta.

1.1.2. As advertências de Hipócrates – 460-459 a.C.

Entre os dados prováveis, consta que no quarto milênio antes de Cristo começou haver uma doutrina médica sistemática no povo do sul da Mesopotâmia, sendo que desta doutrina derivou-se a medicina assírio-babilônica. Por volta do segundo milênio antes de Cristo a medicina egípcia apresentou um grande desenvolvimento e por volta de 1500 a.C. Israel chegou a uma doutrina médica definida. Em 1000 a.C. tivemos o registro da histórica medicina homérica (CASTIGLIONI, 1947, Vol.1).

Portanto, quando no cenário do mundo grego surgiu HIPÓCRATES, 460 ou 459 a.C., milênios de história do homem o antecederiam. Dotado de grande cultura, inteligência e senso crítico, ele foi extremamente sensível ao sofrimento humano. Consagrado como o pai da medicina, sua atenção se voltou tanto para as doenças físicas quanto mentais. Em sua conduta médica, sempre se norteou pela concepção de nada ao acaso, nada a ser visto por alto (ibid). Ele foi o médico que dominou as escolas e os médicos de sua época, tendo por contemporâneos os maiores pensadores gregos do apogeu helênico. Para ele, o cérebro era o órgão do pensamento e as doenças mentais tinham causas naturais. Desmistificou a epilepsia como doença sagrada e procedeu à descrição da mania e da melancolia sob um ponto de vista biológico, mas aplicando na biologia humana o que vinha da filosofia (LOPEZ, 1952).

A doutrina dos quatro elementos que geraram o Universo está nele representada pela doutrina dos quatro humores, onde concebeu o ser humano como um todo submetido ao ritmo quaternário que preside todas as coisas. Ou seja, da mesma forma que os quatro pontos cardeais, quatro estações, quatro idades na vida, quatro elementos fundamentais no universo, existiam quatro humores: o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra. Cada um guardava relaçao direta com um órgão particular: o coraçao, o cérebro, o figado e o baço (MUELLER, 1978).

A teoria dos quatro elementos, portanto, teve por base a teoria dos quatro humores. Os quatro temperamentos, sangineo, linfático, bilioso e atrabilirio, dependiam da predominância de um dos quatro humores. Os temperamentos aconteciam pela reaçao do organismo ao meio, algo como ponto de junçao entre o indivíduo e o universo (ibid.).

HIPÓCRATES elevou-se acima da medicina sacerdotal e empírica e apresentou a doença como um processo natural onde os sintomas eram reaçaes do organismo  doença, ou, um reflexo do esforço do corpo na busca da cura.  terapêutica natural cabia encontrar o caminho para essa cura. O corpo era detentor dos meios para que ela ocorresse cabendo ao médico a funçao de ajudar o organismo na recuperaçao de suas forças naturais.

Os livros *Da conduta honesta (Decorum)* e *Dos preceitos* trazem o que  considerado a mais perfeita exposiçao da tica médica em toda a literatura existente:

"O médico, que  ao mesmo tempo um filósofo,  igual aos deuses. Não há grande diferença entre medicina e filosofia, porque todas as qualidades de um bom filósofo devem ser encontradas no médico; altrusimo, zelo, modéstia, uma aparência digna, seriedade, julgamento tranqüilo, serenidade, decisão, pureza de vida, o hábito da concisão, conhecimento do que  útil e necessário  vida, reprovaçao das coisas ms, um espírito livre de desconfiança, devoçao  divindade" (CASTIGLIONI, 1947, p.187, Vol. 1).

Ele organizou uma série de advertências a serem respeitadas na medicina (ibid.) que, em sua maioria, são até hoje adequadas no tocante  atitude compreensiva do médico para com o seu paciente:

- Possuir remédios simples, prontos para emergência.
- Estar atento, no quarto do doente, ao modo porque se senta e se comporta.
- Estar bem vestido.
- Ter a fisionomia calma.
- Dar toda a atenção ao paciente.
- Responder calmamente ao paciente sem perder a paciência.
- Manter a calma na presença de dificuldades.
- Repetir os exames com freqüência.
- Estar atento às mentiras do doente sobre estar obedecendo a suas recomendações.
- Examinar o leito do paciente: a estação do ano assim como a espécie de doença alterarão a posição.
- Evitar ruídos e perfumes.
- Recomendações feitas de forma amigável e tranqüila.
- Não dizer ao doente que assuma um aspecto grave.

A idéia da onipotência médica foi desencorajada por sua sugestão que caminhou na direção contrária, reforçando a necessidade de que o estado do paciente se tornasse claro para que ele pudesse ser auxiliado.

“Não há mal que o médico se sinta embaraçado diante do doente. Se em virtude de sua experiência insuficiente não vê a situação de modo claro, que chame outros médicos em conferência, de modo que, após um estudo em conjunto, o estado do paciente se torne claro e ele possa ser auxiliado” (ibid, p.187).

O médico deveria conduzir o tratamento de uma maneira dedutiva, partindo das observações dos sinais e dos sintomas, mas sem regras fixas. Deveria seguir tanto pelos iguais quanto pelos contrários, pois, cada doença teria seu próprio remédio.

No correr dos tempos, as idéias de HIPÓCRATES foram percorrendo o mundo das ciências médicas, durante o período alexandrino, pelos povos antigos da Itália, atravessou a medicina árabe até chegar à idade média. Caminhou sempre ligada à filosofia refletindo pareceres de renomados filósofos como, por exemplo, ARISTÓTELES:

“... parece que todas as afeições da alma se dão com um corpo: a coragem, a doçura, o temor, a compaixão, a audácia e, ainda, a alegria tanto quanto o amor e o ódio; pois, ao mesmo tempo em que se produzem essas determinações, o corpo experimenta uma modificação” (MUELLER, 1978, p.45).

1.1.3. A psiquiatria como especialidade autônoma

O estabelecimento da Psiquiatria como uma especialidade autônoma, como um ramo separado da Medicina, veio a ocorrer nos últimos anos do século XVIII, quando começou haver uma inquietação entre vários profissionais da área médica quanto ao tratamento que até então vinha sendo aplicado aos doentes mentais.

Assim como a cultura e as artes sofreram profundo declínio durante a Idade Média, as práticas médicas também foram duramente atingidas. Os médicos ficaram restritos aos cuidados dos males do corpo e a Igreja assumiu a responsabilidade ampla e total sobre as estruturas sociais e sobre os cuidados dos fenômenos mentais, que passaram a ser vistos sob os domínios da tradição demonológica. A interpretação religiosa de uma série de doenças e dentre as doenças, a loucura, propiciou a ocorrência de condutas permeadas de incompreensões que resultaram em maus tratos aos indivíduos por ela acometidos. Se na loucura acreditava-se evidente a presença do demônio, havia que se exorcizá-lo. E ao demônio rezava-se através da violência física, de surras, com condutas de natureza repressiva, bárbara, utilizando-se, inclusive, dos tão propagados grilhões. A divisão mente-corpo foi nesta época sacralizada, o que contribuiu enormemente para a evolução das idéias médicas nos séculos seguintes.

No Hospital Geral, criado em Paris no final do século XVII, em 1656, a população internada era heterogênea, composta também pelos ‘loucos’ (BOCK, FURTADO & TEIXEIRA, 1999).

A denúncia deste tipo de tratamento começou a ser dada por médicos italianos como Valsalva e Vincenzo Chiarugi (CASTIGLIONI, 1947, Vol.2). Eles teceram considerações quanto à necessidade de haver uma mudança de atitude e conduta para com as pessoas acometidas de loucura. Deveria haver um tratamento que denotasse mais humanismo em substituição à violência reinante. Vincenzo Chiarugi, em 1788, assumiu a direção do Hospital Bonifácio, que havia sido criado em 1744 por Leopoldo I. Nesta direção, uma de suas finalidades foi a de oferecer um tratamento melhor aos alienados e, em 1793, ele expôs suas idéias no livro ‘Della Pazzia in Genere e in Specie’, mais precisamente idéias a respeito de diagnóstico e prognóstico das doenças mentais. Dividiu a loucura em melancolia, mania e demência segundo as considerações:

- Melancolia: loucura parcial, limitada a um ou dois assuntos;
- Mania: loucura geral, exagerando a audácia da volição;
- Demência: loucura geral, ausência de manifestações emocionais com *déficit* da inteligência e da vontade.

Aconselhava como tratamento a psicoterapia ou o uso de estimulantes ou sedativo conforme fosse o estado mórbido causado por hiperatividade ou por atonia (ibid.).

Mas, embora já houvesse uma mobilização refletindo a preocupação e atitudes iniciais em direção à mudança de conduta no tratamento para com os *ainda* loucos, a paternidade da primeira revolução psiquiátrica coube ao médico clínico Philippe Pinel, em 1793. Na época, ele era médico do Hospital de Bicêtre de Paris, aonde veio a ocupar sua diretoria. Foi também, depois, médico da Salpêtrière.

Seu interesse pela psiquiatria surgiu após ele ter vivenciado a situação de um amigo seu que fora atacado por uma grave doença mental. Isto muito o impressionou, levando-o a abandonar as sangrias, as purgações, os medicamentos, os grilhões e a separar os loucos de seus outros colegas de infortúnio.

Achou que o estudo das doenças deveria conduzir à análise dos fenômenos, remontando a suas origens nas lesões orgânicas, pois que a origem das doenças mentais se deveria a alterações patológicas no cérebro (ibid.).

Deveria ser feita a observação do curso natural dos distúrbios mórbidos, assegurando-se de que não existiam interferências de fatores estranhos a perturbá-lo. Os sinais da doença mental deveriam ser “minuciosamente observados na ordem de sua aparição, no desenvolvimento espontâneo e no seu término natural” (CASTEL, 1978, p. 103).

Em 1798, ele obteve a licença da Assembléia Nacional para retirar os grilhões de quarenta e nove loucos de Bicêtre (CASTIGLIONI, 1947, Vol. 2).

Assim, com a criação de uma clínica das enfermidades mentais e uma concepção terapêutica, introduzindo a tradição da Psiquiatria como saber e prática instituída, Pinel entrou para a história como o retratado nas seguintes palavras de seu discípulo Esquirol:

“Infelizes eram outrora subtraídos aos olhares do público, banidos da sociedade, encerrados nos calabouços. Quando Pinel rompeu as cadeias dos insensatos, uma nova era começa para os alienados. Estes infelizes foram tratados como doentes, tornaram-se o objeto de um interesse especial; as prevenções diminuíram, a esperança de obter sua cura ganha os corações, reclama-se os socorros da medicina” (BIRMAN, 1978, p.2-3).

Ainda BIRMAN reflete um aspecto interessante sobre que existe uma tendência em se procurar em teorias e procedimentos do passado uma fundamentação atual. O saber moderno, segundo ele, fundamenta as práticas antigas, quase sempre informúladas (ibid.). Abstraindo desta reflexão e transpondo o refletido a uma consideração de CASTEL (1978, p.102), encontramos que “a obra teórica de Pinel, mais ainda que sua tecnologia, deve ser lida em continuidade com relação à medicina do século XVIII. Sua *Nosographie Philosophique* é o último dos grandes sistemas classificatórios fundados na coleta metódica dos sinais exteriores das doenças”.

1.1.3.1. Século XIX – bases anátomo-fisiológicas

Foi somente no séc. XIX, quando se chegou a soluções para vários dos mais importantes problemas da fisiologia do sistema nervoso, que a neurologia passou a existir como disciplina independente e o assunto da psiquiatria se firmou em sólidas bases anátomo-fisiológicas.

A este período pertence a obra de Charcot e de seus discípulos e dos precursores italianos de Lombroso. Foi quando a psiquiatria começou a figurar no ensino universitário e se desenvolveu como fator importante no campo da higiene e da medicina social (CASTIGLIONI, 1947, Vol.2).

Jean Martin Charcot era especialista em medicina geral e anatomia patológica.

Em 1870 problemas arquitetônicos na Salpêtrière, onde ele ocupava uma cadeira na Faculdade de Medicina, levaram-no a continuar os seus trabalhos em salas que agrupavam os epiléticos e histéricos não alienados. Tais circunstâncias tornaram os seus serviços um dos locais onde se produziram acontecimentos decisivos para o desenvolvimento ulterior da psiquiatria. Contribuíram para que ele tenha se tornado um dos pioneiros da medicina mental entre os inúmeros localizados na história mundial (PICHOT & FERNANDES, 1984).

Charcot deu início a uma mudança na maneira de se ver uma doença que, embora tivesse aspectos somáticos predominantes, foi considerada por ele como sendo uma doença psíquica. Eram, por exemplo, determinadas paralisias que segundo sua visão dependiam do predomínio de uma idéia no campo da consciência. A paciente achava que estava parálitica e não andava (ibid).

Por outro lado, ele considerava que o fator desencadeante de tal quadro podia ser uma dissociação da consciência, ou seja, a pessoa estava numa consciência normal e de repente sofria um ataque, dizendo coisas desconexas, caindo ao chão e quando voltava a si ignorava o que havia acontecido. A consciência, no seu entender, havia sido dissociada e, às vezes, ela se enriquecia com tantos dados que se transformava numa segunda personalidade em vez de uma segunda consciência (LOPEZ, 1952).

A causalidade biológica era ainda a idéia fixa predominante. Os sintomas mentais seriam sinais de um distúrbio orgânico, ou seja, a doença teria origem endógena, podendo ser considerada como doença cerebral (BOCK, FURTADO & TEIXEIRA, 1999). Prevalencia, portanto, o conceito positivo da loucura, primeiramente proposto por Morgagni em 1760, desenvolvido pelo napolitano Sementini e por Chiarugi que a concebeu como sendo uma lesão primitiva do cérebro (CASTIGLIONI, 1947, VOL.2).

Assim, a dissociação ocorria em razão de a pessoa não ter capacidade de manter a síntese mental por uma degeneração hereditária.

Entrou então na história Breuer, que a partir do tratamento de Anna O., descobriu que o pensamento inconsciente é que se dissociava, segundo o concebeu Pierre Janet, filósofo que resolveu estudar medicina a fim de prosseguir com as investigações que iniciara no campo da psicologia, tais como lembrança inconsciente de um trauma (PICHOT & FERNANDES, 1984). Mas Breuer, ainda organicista, achou que a dissociação acontecia porque a pessoa tinha uma propensão para uma pequena dissociação da consciência que era o estado de devaneio, de fantasia, etc.

Portanto, como o método classificatório da medicina geral do século XVIII foi herdado das ciências naturais, a classificação das doenças mentais feita por Emil Kraepelin foi organizada segundo a metodologia empregada pela medicina, sendo que os grandes quadros nosológicos estabelecidos por ele continuam a ser o esquema conceitual utilizado ainda hoje na medicina mental (ibid).

Kraepelin teve, inicialmente, um grande interesse pela psicologia experimental à qual desejou se dedicar, mas, foi desestimulado por Wundt que dizia que o futuro da psicologia era sombrio no plano universitário. Ele aceitou, então, a tarefa de redigir um *Compêndio de Psiquiatria* que foi publicado em 1883, tendo sido esta a primeira versão da obra que, após sucessivas transformações, garantiu-lhe a celebridade (ibid). Foi ele quem estabeleceu os quadros clínicos de demência precoce e da loucura maníaco-depressiva. Na época, a qualidade do psiquiatra estava diretamente relacionada à sua capacidade de citar o maior número possível de formas clínicas. O diagnóstico diferencial deveria delinear os distúrbios das funções (PERESTRELLO, 1996, p.21). Assim, junto com a circunscrição da

doença mental feita por mãos influenciadas pela metodologia empregada pela medicina, foram também circunscritos fatores relativos a conflitos que vão desde o que seja doença mental, numa definição que abarque suas várias nuances, até as finitas e infinitas discussões sobre a residência da causa e as possibilidades profiláticas e terapêuticas.

E mediante a percepção pessoal que o homem tem de um determinado fenômeno, mediante a perspectiva filosófico-científica pela qual passa a sua concepção do fenômeno, resultará sua conduta frente a este fenômeno.

1.1.4. Entre a compreensão e a descrição do doente: a orientação psicanalítica e a cientificidade objetiva.

Assim como houve uma virada nas idéias no campo das artes entre os anos 80 e a Primeira Grande Guerra, houve também uma virada tanto na medicina geral quanto na psiquiatria. A expectativa na psiquiatria era a de que ela fundasse a sua disciplina sobre a anatomia e a fisiologia do sistema nervoso, normal e patológico. Houve, por exemplo, a idéia revolucionária dupla de GALL de que a estrutura do cérebro era heterogênea, existindo correlações entre a morfologia do encéfalo e as funções psicológicas (PICHOT & FERNANDES, 1984). Esta sua teoria, denominada de frenologia, não recebeu crédito no mundo científico que continuou traçando o perfil da psiquiatria psicofisiológica através dos estudos de grandes nomes na área, tais como Carl Wernicke, nascido em Berlim, cuja obra abrange três aspectos distintos: um neuro-anatômico e nerológico; um neuropsicológico, quando se deram os estudos sobre afasia; um psiquiátrico. As suas concepções psicofisiológicas especulativas colaboraram para que seu nome galgasse projeção na literatura internacional, por exemplo, vinculado a estudos sobre a alucinação dos bebedores ou a presbiofrenia (ibid).

Neste período, portanto, um dos fenômenos mais importantes foi o nascimento da psicopatologia das neuroses, mas, na primeira metade do século, devido principalmente à influência Kraepeliniana, houve um abuso do que caracterizou uma psiquiatria sem psicologia, que guiou a Escola francesa nesta fase. Entretanto, já se faziam notar os sinais

da proposta de se lidar com as perturbações mentais segundo uma perspectiva psicológica, tanto quanto aos seus fundamentos quanto aos mecanismos de suas manifestações (ibid). E a psicopatologia veio, então, a ganhar a sua autonomia da psiquiatria com Théodule Ribot, na França, considerado o pai da psicologia científica francesa, de cuja obra se deve a introdução do evolucionismo de Darwin, Spencer e Jackson no pensamento psiquiátrico e Karl Jaspers, na Alemanha, que exerceu influência considerável na psiquiatria com a obra que compôs em sua juventude, intitulada *Psicopatologia Geral* (ibid).

Para trazermos todos os grandes nomes que marcaram com suas obras, significativamente, a história da psiquiatria, construiríamos um compêndio por não podermos deixar de fora, por exemplo, Adolf Meyer, Thomas Huxley, Jackson, Clifford Beers, autor de *Um Espírito que se Encontrou*, com o qual marcou a origem do Movimento de Higiene Mental, que propunha a ligação da psiquiatria na vida social da comunidade, devendo encarregar-se da prevenção, do tratamento e do pós-cura, trabalhando em estreitos laços com a polícia, educadores e grupos laicos. Esta ligação deveria visar a melhora da higiene mental através da programação de métodos saudáveis de educação das crianças, assegurando os cuidados pelo contato permanente com os médicos generalistas (ibid, pg 115).

Assim, optamos apenas por registrar que as grandes figuras que compuseram suas obras antes de 1914 e que dominaram as correntes psicopatológicas e psiquiátricas clínicas foram Emil Kraepelin, Carl Jaspers, Eugen Bleuler e Sigmund Freud.

E foi com a entrada de Freud na história da psiquiatria que a doença se tornou psicológica, mesmo ele admitindo a possibilidade da existência de uma predisposição genética ligada ao temperamento.

Ingresso no pacto judaico por nascimento, viveu um judaísmo sem religião, rodeado pelo catolicismo de sua babá até os seus dois anos e meio de idade, quando então, segundo sua mãe, falava sobre os poderes de Deus (GAY, 1989).

Imerso em uma infância rica de histórias memoráveis e memoradas, marcada pela já forte evidência de uma personalidade curiosa e ambiciosa, Freud foi brilhante no aproveitamento de todo o aprendizado pelo qual passava. Perspicaz, em sua juventude soube reverter em vantagens as expectativas pessimistas a ele dirigidas. Com independência de opinião e graças à sua ousadia e obstinação no registro de suas idéias, o mundo da ciência ‘psi’ pode contar duas histórias, embora todos os nomes famosos nela contemplados: uma história antes de Freud, outra história a partir de Freud.

Ele ganhou, como nenhum outro, espaço na cultura popular, na fala do leigo, que mesmo em sentido jocoso, traz implícita a compreensão de que, talvez seu inexplicável, Freud explique. Isto pode ser devido ao fato de que ele relevou que as reações humanas normais e/ou patológicas guardam relações de sentido e podem ser consideradas pelo encadeamento sucessivo dos eventos. Assim, a biografia do homem tem enorme valor para a compreensão de sua vida contada através de sua saúde e de seu adoecer. Teve, portanto, uma visão integral do homem e o seu trabalho clínico permitiu a primeira compreensão global de uma enfermidade: a histeria de conversão. Com a descoberta do inconsciente dinâmico ele significou não apenas a bizarria dos sonhos, mas, também, muitas das razões do adoecer somático.

A revolução psicanalítica permitiu o estabelecimento dos princípios econômicos, psicodinâmicos e genéticos que governam e organizam a unidade psicossomática de um indivíduo. Ainda que Freud não tenha tido interesse particular pela psicossomática, foi um seu instigador, pois, antes mesmo de descobrir o sentido simbólico dos sintomas, ele forneceu uma explicação em termos econômicos. Os sintomas da histeria são o resultado da ‘conversão’ de uma excitação endógena em inervação somática. E a partir dos trabalhos sobre a histeria os problemas do psicossomático começam a aparecer (ibid).

Assim, foram pelas mãos da psicanálise que a psiquiatria ganhou um caráter mais humanizado (PERESTRELLO, 1996).

Portanto, nada mais de descrever o doente. A proposta passou a ser a de através de uma atitude compreensiva, interpretar as suas angústias e sofrimentos mais íntimos. Muitos destes, conscientemente, desconhecidos do próprio doente (ibid).

No atendimento ao paciente o psiquiatra não devia mais se ater à descrição pura e simplesmente de uma sintomatologia clínica. As queixas não deviam mais ser tomadas literalmente, pois que traziam em sua expressão algo muito mais profundo. A psiquiatria deixou de ser então simplesmente uma psiquiatria de ver, passando a ser mais uma psiquiatria de ouvir (ibid).

Perestrello a denomina psicologia viva, nascida do homem, em contraste com o que chama de psicologia morta de Wundt. Este, pretendendo elaborar uma psicologia que admitisse apenas fatos e recorresse à experimentação e à medida, anexou-lhe a fisiologia e a anatomia, o que fez com que se tornasse mais uma fisiologia que uma psicologia (ibid). Também o trabalho de Jung, procurando penetrar e compreender o mundo interior do psicótico através da psicanálise, constituiu um marco na história da clínica psiquiátrica. Perestrello, no entanto, considerou que os discípulos de Freud apenas o continuaram, pois, suas propostas já se encontravam em esboço nos trabalhos do mestre (ibid).

De qualquer maneira, a Psicanálise conta hoje com sete escolas, segundo a visão de ZIMERMAN (1999):

- 1) Escola Freudiana;
- 2) Teóricos das Relações Objetais (M. Klein);
- 3) Psicologia do Ego (Hartman a M. Mahler);
- 4) Psicologia do Self (Kohut);
- 5) Escola Francesa (Lacan);
- 6) Winnicott;
- 7) Bion.

A explicação de ZIMERMAN para assim caracterizá-las como escolas encontra-se fundamentada em quatro condições mínimas e básicas (ibid, p.41):

- 1) O aporte de conceitos originais.
- 2) Que esses tenham aplicabilidade na prática psicanalítica clínica.
- 3) Que sejam conceitos que atravessem gerações de psicanalistas.
- 4) Que sucessivamente inspirem e dêem novos frutos e ramos.

De qualquer forma, todos os psicanalistas têm por ponto de partida os postulados metapsicológicos, teóricos e técnicos observados por Freud, não sendo nossa intenção a de entrarmos nas especificidades de cada pensamento, pois, embora as cisões psicanalíticas possam angariar críticas em função dos desdobramentos conceituais, concordamos com BERLINCK (1998) que a busca de raciocínios comuns e a identificação de divergências não evidencia crise na psicanálise, mas sim, nos psicanalistas. A discussão não trata mais, portanto, da veracidade ou não dos conceitos instituídos por Freud, mas sim, da valorização da proposta do campo da psicanálise, que é definido pela referência ao outro (GALENDE, 1994). Isto é essencial. “O inconsciente, o sintoma, a transferência, são abordáveis nas configurações de sentido que constituem um sujeito, uma instituição ou um grupo”(ibid, p.276).

Mas essencial também foi a instituição da conduta de acolhimento ao paciente, entendendo que sob todas os nuances patológicos sob os quais ele se apresenta ao psiquiatra, sua história está sendo contada, o seu registro biográfico na vida está se expressando através de sua saúde e de seu adoecer.

Vale registrar o que envolvem os conceitos principais:

- 1) Inconsciente: os atos psíquicos só podem ser explicados pela pressuposição de outros para os quais a consciência não oferece provas.

“... nossa experiência diária mais pessoal nos tem familiarizado com idéias que assomam à nossa mente vindas não sabemos de onde, e com conclusões intelectuais que alcançamos não sabemos como” (FREUD, 1977b, p.192).

- 2) Dinâmica de Transferência. Repetição de protótipos infantis, vivida com uma sensação de atualidade acentuada (LAPLANCHE & PONTALIS, 1976).

“... Assim, é perfeitamente normal e inteligível, que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico” (FREUD, 1977, p.134).

É importante frisarmos que a palavra transferência extrapolou as paredes da relação terapêutica para falar, também, de reações possíveis no âmbito de outras relações.

3) Dinâmica de Contratransferência. Este conceito é o contraponto da transferência. Ocorre como um emergente do campo psicológico da situação em que se encontra o indivíduo. Se no campo existem fatores que levam a esta ocorrência, em uma situação de entrevista, por exemplo, alerta para que o entrevistador atente para estes sentimentos, sem preocupar-se com o seu aparecimento, mas, valorizando-o como um indício de grande significação e valor para orientar o entrevistador em seu estudo (BLEGER, 1980).

4) Mecanismos de Defesa do Ego. Se há ameaças, pode haver sintomas a fim de afastar o ego da situação de perigo. Se impedir que os sintomas sejam formados, o perigo de fato se concretiza (FREUD, 1977c, p.168).

“... Tornar-se-á então claro que o processo defensivo é análogo à fuga por meio da qual o ego se afasta de um perigo que o ameaça de fora” (ibid, p.169).

Existe ainda hoje, na psiquiatria, uma oposição ao trabalho psicanalítico. É a psiquiatria que reverencia um modelo médico-científico. Esta oposição encontra respaldo em uma cientificidade objetiva em seus métodos, prisioneira, ainda, do modelo organicista. Modelo que busca a etiologia das psicoses e pretende alcançar a cura por alterações químicas assim como pelo que “sobrou do velho tratamento moral, na forma de novas psicologias educativas, modeladoras do comportamento, que visam uma ortopedia normalizante muito pouco refinada” (SILVA FILHO in QUINET, 2001, p.143).

É obstinada em encontrar sinais precisos, objetivos na patologia mental, além do distúrbio de comportamento sempre relacionado a uma norma. E isso pode, muitas vezes, ser desastroso. Nem cumpre com a tradição clínica rica na delicadeza do contato médico-paciente e parte em busca da neutralidade ilusória e o rigor nos avanços científicos, segundo a tendência de reduzir o objeto à doença (PAOLIELLO in QUINET, 2001).

Com isso, cada vez mais o psiquiatra pode estar excluindo a subjetivação e conduzindo a prática apenas pela ótica das categorizações presentes nos manuais, DSM-IV, CID-10, que além de serem um sistema de classificação, garantem ao psiquiatra sua identidade médica. Vira a clínica da medicação, do modelo médico, onde o antidepressivo é prescrito como se fosse antibiótico e o paciente fica sem responsabilidade sobre seus sintomas e seu destino (ibid). Não existe o esforço de ajudá-lo a ligar afetos a pensamentos em busca de um sentido.

“Ficam retidos os sintomas que são estatisticamente significativos para identificar um diagnóstico, que é feito considerando uma dimensão temporal dos distúrbios” (ZEFIRAN, 1986, p.88).

Mas, diferentemente, muitos psiquiatras aliaram o seu olhar clínico à escuta psicanalítica, chegando mesmo, alguns, a considerar psicoterapia e psicanálise como sendo um mesmo e único tratamento, como sinônimos. A questão vai além da formação oficializada, de atendimento em setting formal ou setting que caracteriza a chamada psicoterapia psicanalítica. Trata-se de não entender psicoterapia como um nome genérico, empregado para designar qualquer tratamento que faça uso de métodos com propósitos psicológicos (ZIMERMAN, 1999).

De qualquer maneira, independente de convergências e divergências, a psicanálise deu à psiquiatria a base psicológica de que ela necessitava, esperando descobrir o terreno comum onde se tornasse compreensível a consequência do distúrbio físico e mental (QUINET, 2001). E, ora sobressaindo em sua conduta a raiz fixada no solo do universo das ciências naturais, ora sobressaindo a que se estendeu pelo solo mais humanista, a história da psiquiatria vem sendo contada através de seus acertos norteados por um método classificatório das doenças mentais e de seus erros norteados pelo mesmo método classificatório. Pelas suas dúvidas esclarecidas suscitando novas perguntas e suas certezas absolutas declinadas frente às freqüentes armadilhas que lhe apronta o objeto de seus cuidados: através dos sintomas de coisa alguma e/ou das disfunções do nada, o homem.

Os alienados, os banidos da sociedade, os infelizes outrora subtraídos aos olhares públicos, os desertores da convivência tolerável, sucateados pela droga e pelo álcool. Os doentes mentais.

“O ‘louco’ que ao reclamar os seus direitos é talvez o único ser humano que não perdeu sua humanidade, sua capacidade de se indignar” (CASSORLA in BOTEGA, 1995, p.9).

Tal compreensão resignifica a ética contida em uma conduta que suplantou o reducionismo proposto por classificações nosológicas, aliando-se à proposta humanista.

É fruto da visão que redimensiona a atitude clínica frente ao doente, acolhendo cada um como um caso único, singular, irredutível a uma categoria geral, tal como o concebe PEREIRA (in QUINET, 2001).

E “cada momento passa a ser visto como um momento fenomenológico existencial onde o aqui-agora comigo é na realidade um aqui-agora comigo em aparência, que representa, na realidade, um aqui-agora comigo subjacente” (RIVIÈRE, 1988, p.104).

Um manual de psiquiatria escrito em 1953, orientado em normas tradicionais, traz prefaciado por K. Kleist os seguintes dizeres:

“Assim como a tendência somatológica culminou no sistema Kraepeliniano, a psiquiatria, com orientação psicológica predominante, foi coroada pelas idéias de Freud. O futuro da psiquiatria atual está em saber escolher ecleticamente o positivo e útil, de ambas as direções, à base de mútua complementação” (ibid).

1.1.5. Psicologia médica - medicina psicossomática

A Psicologia Médica, designação proposta por Pierre Schneider, na França, releva tudo o que esteja relacionado ao funcionamento mental do paciente e do médico ou outro profissional em uma função terapêutica. Sua fase áurea se iniciou com a divulgação

dos resultados do trabalho de pesquisa sobre relatos do cotidiano da prática médica, conduzido pelo médico e psicanalista húngaro Michael Balint e sua esposa Enid Balint, na Clínica Tavistock, em Londres (BALINT, 1988).

Balint contribuiu de sobremaneira para os estudos das reações emocionais normais e adversas dos médicos frente às histórias desorganizadas contadas pelo paciente, assim como em relação ao diagnóstico da doença - diagnóstico parcial - versus o diagnóstico do doente e sua personalidade - diagnóstico global, dentre outras.

Reafirmando a máxima de que o médico é o melhor remédio, acrescentou que ele é “tomado” como remédio pelo doente. E, para ambos, o diagnóstico tem um efeito reconfortador sendo, para o paciente, a possibilidade de nomear seu mal, de esse mal ser chamado, pensado e, talvez, elaborado (ibid).

E em uma obra magnífica “Sobre a morte e o morrer”, a médica suíça KÜBLER-ROSS (1996), dentre outras considerações relevantes, abordou a questão fundamental que é a importância de que o médico compreenda as necessidades, preocupações, receios e ansiedades não apenas dos pacientes, mas, também, de seus familiares. O paciente não caminha sozinho no percurso do adoecer. As expectativas da família são companheiras de jornada, seja com uma bagagem de co-responsabilidade, seja com uma bagagem de indiferença, com suas teorias próprias, com o seu lidar próprio, suas crenças e atribuições quanto ao mal que acomete seu parente, numa tentativa de elucidá-lo, desvesti-lo de seu caráter estranho, torná-lo familiar a partir de suas próprias referências.

Mas, distinto da medicina assim como da psicanálise da qual procede e constitui-se numa referência permanente a ele, surgiu o campo de saber psicossomático, culturalmente compartilhado, destinando-se à compreensão das interações entre as reações orgânicas, emocionais, interpretadas em suas múltiplas expressões (VOLICH, 2000).

Este campo de saber hoje representa uma disciplina em si, com uma visão própria da patologia e da terapêutica, tornando possível o axioma antropológico do objetivo médico. Segundo MELLO Fº (1992, p.19), a psicossomática é uma ideologia sobre a doença, o adoecer e as práticas de saúde. “É um campo de pesquisa sobre estes fatos e, ao mesmo tempo, uma prática, a prática de uma Medicina integral”.

O adjetivo *psicossomática* tem registro de seu uso no início do século XIX, através do psiquiatra alemão Heinroth, para caracterizar uma forma de insônia (MARTY, 1993). Em um artigo de 1818, a respeito da influência das paixões sobre a tuberculose, a epilepsia e o câncer, onde ressaltou a importância da integração dos aspectos físicos e anímicos do adoecer, ele criou o termo psicossomática. Passados dez anos, caracterizando as modificações dos estados psíquicos a partir do fator corporal, ele introduziu o termo somato-psíquico (VOLICH, 2000).

Embora em 1949 Winnicott tenha usado a expressão psique-soma em seu artigo “A mente e a sua relação com o psique-soma” (MELLO Fº, 1977), o conceito do inconsciente foi primeiramente introduzido no tratamento de pacientes somáticos por George Groddeck, também conhecido como o pai da psicossomática. Para ele toda doença física é igualmente psíquica e toda doença psíquica é também física (MAC FADDEN, 1998).

O movimento psicossomático nasceu na Alemanha e Áustria, mas, a sua consolidação se deu com Franz Alexander e a Escola de Chicago, em meados deste século, prosseguindo a sua evolução em três fases (MELLO Fº, 1992, p.19):

1. A fase inicial ou psicanalítica, que priorizou os estudos sobre a gênese inconsciente das enfermidades, as teorias da regressão e os benefícios secundários do adoecer;
2. A fase intermediária ou behaviorista, marcada pelas pesquisas em homens e animais à luz das ciências exatas e estimulando os estudos sobre estresse;
3. A fase atual ou multidisciplinar, que releva a importância do social, posicionando a visão da psicossomática como sendo de interação, de interconexão entre os profissionais de saúde.

No Brasil, o movimento fincou raízes em torno de 1950, através do trabalho de alguns renomados médicos psicanalistas, em hospitais de ensino, mais particularmente no Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre e Recife. Foram pioneiros tais como Prof. José Fernandes Pontes, Danilo Perestrello, Luiz Miller de Paiva, Helladio Francisco Capisano,

que escreveram, e escrevem, deixando registrado o seu capítulo no livro da história da psicossomática brasileira. Um livro ainda e sempre em construção através de nomes como Júlio de Mello Filho, Abram Eksterman e tantos outros grandes estudiosos, alguns freqüentadores dos primeiros grandes grupos de estudo, de quem talvez ainda nasçam futuras obras que virão, sem dúvida, abrilhantar, acrescentar e fortificar mais e mais o conceito fundamental da integralidade do homem. Conceito onde importa a integração das dimensões psico-soma e das relações dialéticas entre elas (VOLICH , 2000).

Ainda segundo VOLICH, como ele próprio toma para si, o fato de a psicossomática ter a teoria psicanalítica como eixo não significa priorização dos processos psíquicos sobre os orgânicos na abordagem dos fenômenos psicossomáticos. Segundo ele, a psicanálise funciona como o operador teórico e clínico para essa abordagem. Como operador teórico, propicia os conceitos necessários para a compreensão das relações psico-soma e das funções do psiquismo no equilíbrio psicossomático. Enquanto operador clínico oferece a referência de escuta, de leitura e de interpretação. Como consequência, amplia as possibilidades da consulta terapêutica, médica, psicológica e de outras especialidades na área da saúde. Abre, também, caminhos para a “intervenção profilática e terapêutica em processos educacionais, sociais e do trabalho” (ibid, p.110).

Assim, o movimento psicossomático atribuiu às relações entre o psíquico, o social e o biológico a determinação da saúde e da doença, propondo o tratamento dos doentes e não das doenças. Estas ocorrem como propostas reguladoras da homeostase do indivíduo, suas relações com o meio e com as outras pessoas (MARTY, 1993). O adoecer deveria ser visto como um processo histórico-biológico que se desenvolve em circunstâncias adversas. Diagnosticar uma doença seria mais que a identificação de um estado mórbido, mas, sobretudo, a detecção de um modo particular de existir, um existir doente, cuja elaboração vem se processando ao longo da história biopsicossocial da pessoa do paciente (PERESTRELLO, 1996).

Enfatizou a importância da formação do médico na determinação do tipo de relação que ele terá com o seu paciente e consigo próprio, o qual, segundo KLEIN (1975), é o mais complexo dos relacionamentos.

Sobre a formação do médico ZIMMERMANN (in MELLO Fº, 1992) considerou que o tripé que a sustenta é constituído por conhecimento, mais habilidade, mais atitude.

A organização do conhecimento se dá a partir do estudo, de supervisões, de leituras, de instruções, etc. A habilidade requer o treinamento continuado com acertos e erros e a vivência dos sentimentos resultantes de cada um e a atitude sintetiza o protótipo de sua formação psicológica que “resulta do precipitado de uma série de elementos complementares, tais como, entre outros, temperamento, moral, personalidade, ética, caráter, atributos do ego e identidade” (ibid, p.65).

São, portanto, três as vertentes teóricas comuns a toda concepção psicossomática:

- Psicogênica.
- Psicologia Médica.
- Antropologia Médica.

A atitude mais precisa é aquela que estrutura os três aspectos em um só, ou seja, um conceito que integre as três perspectivas: a doença com sua dimensão psicológica; a relação médico-paciente com seus múltiplos desdobramentos; a ação terapêutica voltada para a pessoa do doente (EKSTERMAN, in MELLO Fº, 1992).

Mas o marco psicossomático na medicina brasileira está em uma tese de livre-docência intitulada ‘A Psiquiatria Atual Como Psicobiologia’, do professor Danilo Perestrello, a quem coube a proposta da fundação da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática em 1965. Também representa um marco a sua obra ‘A Medicina Da Pessoa’ que resultou da experiência de quinze anos de convívio com clínicos. É dele o pensamento: “De posse dos conhecimentos da Clínica, que individualiza, e da Antropologia, que generaliza, poderá o futuro médico trabalhar por um mundo melhor baseado na Ciência” (ibid, p.31).

Entretanto, foi durante os anos setenta que se aprofundaram, sistematizaram e difundiram, nas escolas médicas brasileiras, conceitos tais e tantos como: o caráter único da pessoa do doente; o coexistir e o modo de adoecer; todas as relações interpessoais e a relação médico-paciente como encaixes; a não subordinação da pessoa aos dados semiológicos, mas sim o inverso; a superação das visões psicogênicas e somatogênicas no sentido de se considerar todo adoecer como psicossomático; a necessidade da escuta ao paciente; entrevistas clínicas dirigidas e não dirigidas; a coisificação do doente; as atitudes do clínico como uma psicoterapia implícita; pacientes que procuram o médico para não se curar ou mesmo desejando piorar; o médico iatrogênico; a necessidade psicológica da pessoa em receber um diagnóstico; crítica à tipificação e ao enquadramento dos pacientes provocados pela teoria dos conflitos básicos de Franz Alexander e a dos perfis psicológicos de Flanders Dunbar, e tantas outras interessantes e importantes questões (PERESTRELLO, 1996).

É um nome que se projeta no cenário psicossomático internacional é o da psicanalista JOYCE MCDUGALL, com sua leitura própria a respeito de *fenômenos psicossomáticos*. Ela os compreende como sendo as descargas mais misteriosas que provocam curto-circuito no trabalho psíquico. Os atos tomam lugar do imaginário e da capacidade de sentir, tratando-se da regressão mais profunda e mais primária do ser:

“... O corpo se transforma em um campo de batalha, como se a luta arcaica aí travada exigisse esse preço para se fazer ouvir... dotadas de pouco valor simbólico... as manifestações psicossomáticas se nos oferecem como verdadeiros emissários da pulsão de morte” (ibid, p.78).

Os sintomas são, segundo ela, uma forma primitiva de comunicação, uma língua arcaica, talvez em seu princípio destinada a despertar a atenção de outro (ibid). Diferentemente do que ocorre na histeria onde o corpo é utilizado pela psique ou se empresta à psique segundo a vontade desta, na doença somática ele faz seu próprio pensamento. O terapeuta vê-se diante de sintomas que mais se aproximam de sinais do que de símbolos (ibid).

Por fim, pensamos que o homem, como unidade indivisível, deve ser contemplado e compreendido através de sua história de vida, que é tanto a história de sua saúde quanto de sua doença, de suas alegrias quanto de suas dores e tristezas.

É a história da formação de sua identidade, a mesma o tempo todo, em todos os seus movimentos no desempenho de seus papéis.

1.1.6. Nas unidades básicas

Distantes da Idade Média onde a loucura era essencialmente experimentada em estado livre, circulante, compondo o cenário e linguagem comuns (FOUCAULT, 1993 passado o pré-capitalismo onde a tolerância à liberdade pública da loucura foi restringida mediante o estabelecimento de normas referentes ao que fosse adequado a um sistema produtivo, estamos perto de completar um século da promulgação da primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados.

Esta lei foi deliberada em 1903, pela influência de Juliano Moreira, quando ele foi nomeado o novo diretor do Hospício Nacional no governo Rodrigo Alves (COSTA, 1981).

Também distantes da fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, que sob as mãos do psiquiatra Gustavo Riedel em 1923, teve por objetivo melhorar a assistência aos doentes mentais (ibid), seguimos acompanhando as resistências e os desafios da loucura à sua redução a um sistema explicativo, desde que ela foi incorporada ao campo de reflexão e prática da medicina. Embora as classificações nosológicas, as indicações de tratamento partem de inquisições que vão desde a avaliação da periculosidade do paciente tanto para ele quanto para o outro, até suas condições de se adaptar às regras institucionais, sociais e familiares. Porque continua sendo necessário viver com os ‘loucos’ como igualmente o era quando, fundamentado nesta preocupação, ESQUIROL fundou um pequeno asilo privado em Paris, em 1817, “para ter noções exatas sobre as causas, os sintomas, a marcha, as crises, as formas terminais de sua enfermidade: é necessário viver com eles para apreciar os cuidados infinitos, os inumeráveis detalhes que exige seu tratamento” (BIRMAN, 1978, p.347).

Mas a doença dos ‘loucos’ se alastrou pela saúde dos ‘não loucos’ confundindo ainda mais o social, o objeto dos cuidados psiquiátricos e as adequações terapêuticas às necessidades deste objeto.

“Sujeito e meio social, ideologia e política, fantasia inconsciente e realidade, teoria e práxis, compõem complexas estruturas onde se promovem e definem a saúde e a enfermidade, o prazer e o sofrimento, a cura ou a cronificação; em definitiva a vida e a morte em seu contínuo processo de intrincadas e relações” (BARENBLIT in GALENDE, 1994, p.ii; p.iii).

Assim, são tênues e permeáveis os limites que definem o que seja enfermidade e saúde.

Como bem o colocou NIETZSCHE (1978), a saúde é coisa pessoal que pode ser útil tanto a um homem quanto a uma tarefa ainda que para outros tenha o significado de doença.

Portanto, na área dos cuidados à saúde mental, aumentaram não apenas os técnicos, mas também a difusão dos problemas psíquicos da população, reforçando a pergunta: mesmo que possível, é lícito exilar sintomas da biografia de um sujeito?

Enquanto a medicina conta com as evidências físicas, em psiquiatria não há sinal objetivo algum. A patologia mental se inscreve em um distúrbio de comportamento em relação a uma norma e a identificação de problemas e a tomada de decisões é totalmente dependente das referências utilizadas (PAOLIELLO in QUINET, 2001; UCHOA, 1999).

A psiquiatria deve proceder à observação, diagnóstico e intervenção utilizando-se do leque de recursos que sua extensão exige: recursos químicos, sociais/políticos e psicanalíticos.

Mas, desde que a lei Kennedy, em 05 de fevereiro de 1963, motivada pela necessidade da implantação de novos serviços para o atendimento de questões da saúde e enfermidade mental, caminhou até a Portaria no. 224 do Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde de 1990-2000, os profissionais estão em condições de sustentar as novas propostas de trabalho?

Porque entre o nem corpo, nem alma, mas um homem, ser pertencente a um contexto sócio-cultural-familiar próprio, encontra-se o psiquiatra num contexto inequívoco, onde os serviços devem respeitar normas que são, por vezes, equivocadamente estabelecidas: Unidades Básicas de Saúde, inseridas no modelo de atenção à Saúde Mental da Rede Pública.

A cada mudança de governo, novas adaptações, como o atual Projeto Paidéia de Saúde da Família (PAIDÉIA, 2001): “saúde e cidadania de braços dados, todo o tempo, ainda que combinados em distintas e variadas proporções”.

Na Unidade Básica, portanto, o psiquiatra não está sozinho, pois, se houve a multiplicidade de problemas neste campo amplo e complexo, que deve ser visto ligado à saúde integral e ao bem estar social do indivíduo, o projeto da reforma fundamentou a necessidade do funcionamento integrado da equipe multidisciplinar, equipe mínima de saúde, que inclui: médico-psiquiatra, enfermeiro-psiquiátrico, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social. Os tratamentos nas Unidades Básicas devem seguir desde a clínica médica a espectros de psicoterapia individual e grupal, visitas domiciliares assim como integração a outros serviços que componham o campo maior de assistência, conforme estabelece a Lei de Saúde Mental, datada do período de 1990-2000.

E o funcionamento assistencial multidisciplinar, como sendo o melhor para os doentes mentais, foi ratificado pelo presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria quando do XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA em 2000.

BLEGER disse que:

“Toda instituição é, ademais, lugar privilegiado de deposição e fixação dos aspectos ambíguos da personalidade, indiferenciados”. (1967, p.268)

Mas nosso pensamento é de que a ambigüidade, nas instituições de saúde, abrange muito mais do que aspectos da personalidade. Abrange questões políticas quanto a quem, por direito, responde pela área *psi*. E acreditamos que esta questão pode se dissolver à medida que a experiência da prática inter e multidisciplinar, respeitando e relevando a abrangência multifatorial do adoecimento humano, começar a colher os frutos benéficos do

diálogo profissional estabelecido. Talvez a instituição torne-se, então, também uma deposição e fixação de uma qualidade diferenciada no acolhimento e assistência ao paciente na área da saúde mental.

1.2. JUSTIFICATIVAS

“A Ética para profissionais da saúde mental deve avaliar o que pode um sujeito e o que desse poder ele é capaz de querer. Necessário se faz ceder, em nome da impotência da vontade, quanto à possibilidade do possível. O pessoal da saúde mental teria de sustentar até o último instante, em condições marcadas pela doença mental, a possibilidade de que algo acontecesse. Ínfimo movimento, breve multiplicidade, o bastante que faça surgir o sujeito, raro, pontual, capaz de denunciar tentativas de referência única a um grande outro tirânico e unificador”.

Ana Marta Lobosque

Quando decidimos o tema de nossa pesquisa e elegemos os sujeitos, ouvimos a pergunta feita tanto por psicólogos quanto por psiquiatras: - “mas por que o psiquiatra sendo você uma psicóloga”?

A indagação assim formulada com clareza vernácula pode ter tal clareza turvada caso venham à tona significados ocultos que se encontram historicamente assentados em camadas mais profundas deste manifesto explícito.

Não tendo o objetivo de perscrutá-los, ratificamos a tempo as nossas razões pessoais: quando retomamos nossas atividades profissionais através do Mestrado, após um tempo durante o qual interrompemos nosso trabalho em clínica particular, sentimos a necessidade de efetivar um repensar profissional, uma volta sobre o vivido, como o chamava HUSSERL (1980). Mas um repensar fundamentado no vínculo que tivemos com psiquiatras, uma vez que este vínculo constituiu um dos principais pilares de sustentação de

nossas atividades interrompidas. Este pilar abrangeu mais do que encaminhamentos de pessoas para psicoterapia e, de nosso lado, encaminhamentos de pessoas que, em seu sofrimento, puderam ser beneficiadas pelos recursos da medicação adequada.

Participamos juntos de supervisões profissionais, de grupos de estudo e reflexão que sempre nos aguçaram questionamentos, com espaço continente para partilharmos nossas angústias acerca da rotina de atendimentos.

Dentre os vários convênios aos quais nos credenciamos, um nos possibilitou atendimentos a pessoas de alguma forma vinculadas à Prefeitura local. Nestes atendimentos, o caminho trilhado por nós e pelos psiquiatras foi sempre de mão dupla, num trânsito disciplinado, cuidadosos quanto aos nossos objetivos de buscarmos, juntos, o que fosse melhor para a pessoa do paciente.

Este, o foco único e prioritário de nossa atenção profissional, a motivação maior de nossos cuidados.

Desejávamos entender o que se passava com ele, decodificar as inúmeras solicitações de auxílio presentes em suas falas expressas ora por palavras, ora por silêncios, ora pelas suas faltas, ora pelas suas erisipelas, por suas gastrites, suas úlceras. Compartilhávamos de suas alegrias, torcíamos por suas vitórias nas tantas competições onde ele buscava a manutenção de sua saúde mental, procurando conhecê-lo a partir de sua história biopsicosocial única e intransferível, o seu *modus vivendi* próprio.

Assim, após pensarmos em algumas possibilidades de temas para o Mestrado, a escolha da visão do psiquiatra sobre os fatores que influenciam suas indicações de tratamento resgatou a manutenção de nossa prioridade, ou seja: de que sob toda e qualquer circunstância a pessoa do paciente seja a principal beneficiada pelos resultados de pesquisas feitos na Área da Saúde, em nosso caso, da Saúde Mental. Que ele seja sempre a personagem principal de um texto que deve ser organizado de uma maneira que lhe faça sentido, através do qual ele se reconheça.

Mas, faltava delimitar o campo de pesquisa. Aonde ir? No vai e vem de idéias, burburinho conhecido pelos pesquisadores nas idas e vindas iniciais quanto às certezas absolutas laureadas por dúvidas inevitáveis, tropeçamos em uma mola propulsora representada por uma pesquisadora. Esta encontrava-se, ainda, comprimida pelo impacto

das carências constatadas nas Unidades Básicas de Saúde, onde havia realizado recente trabalho de campo. Disse- nos:- “Vai lá! Eles são tão necessitados de que alguém os ouça. Eles precisam falar. É tudo ainda tão precário”! (L).

E assim o fizemos. Fomos lá motivados:

- Pela importância da qualidade da relação médico-paciente nas Unidades Básicas.
- Pela importância de conhecermos a visão do psiquiatra da Unidade de maneira que ela possa contribuir para melhor nortear aspectos organizacionais dos serviços.
- Pela relevância médico-social da prevenção e abordagem terapêutica na saúde mental na Rede Básica.
- Pela possibilidade de que os resultados desta pesquisa, divulgados via meios científicos credenciados, possam contribuir para que ocorram reflexões sobre o tema proposto.

1.3. PRESSUPOSTOS

“A última coisa que se encontra ao fazer uma obra é o que se deve colocar em primeiro lugar.”

Pascal

Em pesquisa qualitativa, o uso do termo *pressuposto* ao invés de *hipótese* têm ganho a preferência de alguns pesquisadores. Essencialmente falamos da mesma coisa, mas, o argumento é de que o termo *hipótese* está mais de acordo com pesquisas na abordagem quantitativa à medida que pressupõe uma conotação positivista que privilegia a busca do conhecimento objetivo da realidade e de provas estatístico-matemáticas como comprovadoras da objetividade (MINAYO, 1996, p.95).

O termo *pressuposto*, por sua vez, contempla mais significativamente a idéia de parâmetros básicos encaminhadores da investigação empírica qualitativa, isentos do rigor de uma dinâmica formal comprobatória (*ibid*). BLEGER (1980, p.21), por sua vez, considera que observar bem é ir formulando hipóteses no momento mesmo em que ocorrem em função das observações subseqüentes que se enriquecem com as hipóteses prévias.

Consideramos tal colocação apropriada para ilustrar a dinâmica implícita na proposta da utilização do termo *pressupostos*, pois, *pressupor* é “supor antecipadamente” (FERREIRA, 1986, p.1389). Portanto pressupomos, mas, abertos ao diálogo que ocorre entre as observações de fato e as imaginadas.

A capacidade do pesquisador de imaginar o fenômeno pesquisado permite que esta imagem pensada estabeleça as coordenadas da pesquisa concreta e torne evidente a unicidade do processo dialético no qual estão implicados a observação, o pensamento e a imaginação (CHAUÍ, 1995, p.21).

Assim, tendo como guias nosso pensamento e imaginação prévios, a partir do endosso da autorização científica, formulamos os seguintes pressupostos básicos:

- Os psiquiatras que atuam nas Unidades Básicas de Saúde teriam uma visão própria e atribuiriam significados também próprios acerca dos tipos de tratamentos pelos quais optam indicar nestas Unidades. Entendem que receberiam maiores influências dos fatores de ordem institucional do que dos fatores mais associados às necessidades do paciente ou associados à sua formação pessoal e profissional.
- No entanto, as características pessoais dos psiquiatras seriam fatores de influência mais determinantes sobre algumas indicações de tratamento do que os fatores de ordem institucional por eles alegados.

2. OBJETIVOS

“No trabalho científico, é mais racional começar pelo que temos diante de nós, pelos objetos que por si mesmos se oferecem à nossa investigação. Se o fazemos seriamente, sem idéias pré-concebidas, sem esperanças exageradas, e se temos sorte, pode suceder que graças aos laços que unem todas as coisas entre si, as pequenas às grandes, este trabalho empreendido sem nenhuma pretensão abra um acesso ao estudo de grandes problemas”.

Sigmund Freud

Ao delimitarmos nossos objetivos de pesquisa, abrimos mão do desejo de buscar maior aprofundamento sobre o fenômeno em estudo, como uma análise psicológica mais completa. Propusemo-nos apenas a dar um primeiro passo, tal como especificado abaixo.

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar, entender e discutir, através de um Estudo Qualitativo, a visão de uma amostra de médicos psiquiatras e o significado atribuído por estes aos fatores de influência sobre suas indicações de tratamento psiquiátrico junto às Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e descrever as indicações de tratamento feitas pelos psiquiatras nas Unidades Básicas.
- Identificar e descrever a visão e o significado que os psiquiatras atribuíram acerca dos múltiplos fatores influentes sobre estas indicações.

3. METODOLOGIA

“Quando se coloca a questão da verdade numa forma objetiva, nossa reflexão dirige-se objetivamente para a verdade como um objeto com o qual está relacionado o sujeito cognoscente, mas a reflexão não se fixa na relação mas sim em saber se é verdade o objeto ao qual se diz relacionar o cognoscente. Somente no caso em que esse objeto seja verdadeiro estima-se que o sujeito está na verdade. Quando a questão da verdade se coloca subjetivamente, a reflexão orienta-se subjetivamente para a natureza da relação do indivíduo; somente se o modo dessa relação for verdadeiro, o indivíduo estará na verdade, ainda que estivesse relacionada a um objeto que não é verdadeiro”.

Kierkegaard

3.1. MÉTODOS CIENTÍFICOS E A NATUREZA HUMANA

Em sua busca por conhecimentos que o levem a obter uma maior compreensão de si e das razões que o motivam em suas condutas, o homem tem lapidado métodos, aperfeiçoado técnicas, refletindo os resultados de suas pesquisas na elaboração de novas teorias ou, no mínimo, em tentativas de novas interpretações.

Criou polêmica quanto ao que vem a ser verdade e se a verdade obtida a respeito de um determinado objeto tem um caráter absoluto ou relativo. E, ainda, qual ou quais métodos são mais apropriados para serem utilizados pelo pesquisador na área das Ciências.

Desde Galileu, no século XVI, quando a Ciência separou-se da Filosofia e da Religião, os métodos se ocuparam em conhecer as leis e as teorias das então chamadas Ciências da Natureza privilegiando, pela sua adequação, os Métodos de Pesquisa Quantitativos. Mas o homem e seu desenvolvimento social reivindicaram compreensões para além do que as bases matemáticas, capacitadas para explicação de causa e efeito entre fenômenos, poderiam fornecer. As Ciências do Homem, então estabelecidas, ocuparam o status daquela que busca a relação de significado entre os fenômenos.

Assim, quando a investigação científica tem a finalidade de produzir conhecimentos acerca de um determinado objeto de interesse do homem-pesquisador e este objeto passa pela visão do homem-sujeito, então o aspecto que se refere à complexidade da natureza humana deve ser relevado.

Exatamente a complexidade que torna o homem um ser único podendo, metaforicamente, ser comparado a um prisma sobre quem a leitura obtida depende do ângulo ao qual ele é submetido à observação. A verdade à qual chega o pesquisador guarda relação direta com o método por ele utilizado para aproximar-se de seu objeto de estudo.

Método vem a ser, então, o conjunto de atividades sistemáticas e racionais que viabilizam o alcance dos objetivos de uma pesquisa, traçando o caminho a ser seguido, de maneira a permitir que possíveis erros sejam detectados durante este caminhar, auxiliando o pesquisador em suas decisões (LAKATOS & MARCONI, 1991).

Vale lembrar, por uma questão formal, que a etimologia da palavra método vem do grego *methodos*, significando busca, procura, advindo de meta; depois, ao longo e *hodos*, caminho (FERREIRA, 1986, p.1128).

3.2. MÉTODO DE PESQUISA QUALITATIVO

3.2.1. Proposta consoante com os objetivos da pesquisa.

Nossa proposta foi a de irmos ao campo natural, as Unidades Básicas de Saúde, onde ocorria o fenômeno que elegemos como objeto de estudo, Fatores Que Influenciam As Indicações de Tratamentos Psiquiátricos. Mas, segundo os sentidos e significados atribuídos pelo psiquiatra ao fenômeno. A visão do psiquiatra é que seria, portanto, o foco a lançar a luz necessária para iluminar a nossa discussão científica. A nós caberia a coleta dos dados relativos a essa visão para então trabalhá-los, lapidá-los em seu estado bruto, na expectativa de revelarmos uma leitura possível da essência representativa de seus conteúdos explícitos e implícitos.

Ora, a proposta de investigação da Pesquisa Qualitativa, multimetodológica quanto ao foco e envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto, é de que os pesquisadores estudem as coisas em seu ambiente natural, dando sentidos e interpretações aos fenômenos em termos dos significados que as pessoas atribuem a eles. (DENZIN & LINCOLN, 1994). Além do mais, é um método indutivo, holístico, onde o subjetivo é relevado e orientado para o processo usado para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a fenômenos ou a setting (MORSE & FIELD, 1995).

Nós fomos em busca da qualidade implicada na questão em estudo, entendendo qualidade como sendo “propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distinguí-las das outras ou de lhes determinar a natureza”. (FERREIRA, 1986, p.1424)

Interessou-nos o específico, o peculiar e individual do fenômeno e não a explicação do fenômeno. As nossas intenções de pesquisa estiveram, portanto, absolutamente consoantes com as fundamentações básicas deste método que, segundo MARTINS & BICUDO (1989), deve buscar a compreensão particular e um aprofundamento da questão a ser estudada. Além do mais, não firmamos compromisso com a possibilidade de generalização de nossos achados para nenhum outro campo, mesmo que os conceitos e caracteres pudessem vir a mostrar-se comuns ao meio ou a outros sujeitos. Este é outro aspecto ressaltado por alguns pesquisadores deste método como, por exemplo, MINAYO (1996). Quanto à possibilidade de contribuições advirem dos resultados por nós obtidos, sim, afinal, esta foi uma das justificativas que fundamentaram a realização de nossa pesquisa científica.

Assim, levamos em conta, prioritariamente, a fecundidade do método em atender aos nossos propósitos. (LADRIÈRE, 1997)

Segundo BOGDAN & TAYLOR (1975), o método qualitativo parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado, sendo que o objeto também está possuído de significados. Como bem o coloca MINAYO (1996, p.105), “o pesquisador deve ter a expectativa de que todo o corpo e sangue da vida real componham o esqueleto das construções abstratas”.

A questão do significado e da intencionalidade está inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais (ibid, p.10). Devem ser tomadas tanto no seu começo quanto na sua transformação, como construções humanas dotadas de significado. Tanto a presença do termo significado é ratificada e compartilhada com a palavra intencionalidade, quanto à idéia forte que se harmoniza com a idéia da origem (o advento) é a de onde se quer chegar (através da transformação). (TURATO, 2000)

3.2.2. O endosso histórico

Há um consenso entre os estudiosos deste método que ele teve seu início registrado pelos trabalhos em campo conduzidos pelos antropólogos culturais, seguidos pelos sociólogos em seus estudos sobre a vida em comunidade e, só posteriormente, ganhou espaço entre as investigações feitas pelos educadores, psicólogos, médicos, enfermeiros clínicos e, ainda há pouco tempo, por médicos clínicos. Isto porque houve, como ainda há, uma resistência da comunidade científica quanto a encampar paradigmas metodológicos que se diferenciam dos paradigmas da ciência natural (BRITTEN; JONES; MURPHY et al, 1995) Tal resistência acabou por acentuar a tendência à utilização do método de pesquisa quantitativo, fundamentado nos paradigmas positivistas, nas pesquisas feitas na área da saúde. Particularmente, nós não consideramos quantitativo e qualitativo conflitantes ou excludentes, mas sim, o que privilegia um ou outro são os objetivos de pesquisa, o recorte segundo o qual o pesquisador submete o seu objeto de estudo. Dizendo de outra maneira, segundo qual ângulo ele tenciona enfocar o fenômeno.

O método, portanto, deve reunir as ferramentas apropriadas para que o pesquisador possa cumprir com os propósitos de seu estudo.

Um bom exemplo para usarmos como ilustração é o famoso trabalho de pesquisa conduzido por MALINOWSKI (1978). Antropólogo, ele foi a campo com os nativos da Nova Guiné e publicou os resultados de sua pesquisa sob o título “Argonautas do Pacífico Ocidental”. Embora outros trabalhos tenham antecedido o seu em sua área, como os do antropólogo LÉVI-STRAUSS (1980), o caráter inovador introduzido por Malinowski foi a apresentação de uma visão do homem indicando uma nova maneira de se compreender o comportamento humano na comunidade. Como fruto de sua convivência e observações em campo, permeadas e seguidas de constantes reflexões, ele foi feliz em expor com clareza o valor de um trabalho etnográfico. Vale aqui ilustrar com suas próprias palavras esta clareza:

“A meu ver, um trabalho etnográfico só terá valor científico irrefutável se nos permitir distinguir claramente, de um lado, os resultados da observação direta e das declarações e interpretações nativas e, de outro, as inferências do autor baseadas em seu próprio bom senso e intuição psicológica” (MALINOWSKI, 1978, p. 18).

“Não é suficiente, todavia, que o etnógrafo coloque suas redes no local certo e fique à espera de que a caça caia nelas. Ele precisa ser um caçador ativo e atento, atraindo a caça, seguindo-a cautelosamente até a toca de mais difícil acesso” (ibid, p.22).

Ele foi capaz de iluminar os significados dos costumes e crenças de um povo nativo, cujo comportamento adquiriu status de ação coerente e integrada, assim como de orientar quanto a aspectos em relação aos quais o pesquisador deve estar atento, como por exemplo:

- Proceder a uma análise séria e moderada dos fenômenos em estudo sem privilegiar, apenas, os que causam admiração ou estranheza.
- Perscrutar a cultura em todos os seus aspectos.
- Coletar dados sobre os fatos observados e formular inferências gerais, ou seja, sobre os fatos observados, analisados e interpretados, proceder à formulação de teorias pertinentes quanto ao seu potencial de representá-los.

Fica fácil de entendermos porque a pesquisa qualitativa é, às vezes, conhecida como investigação etnográfica. Mas, embora ocorra por vezes o uso indistinto de ambas as expressões para referir-se a uma mesma atividade, é importante nós frisarmos que a pesquisa etnográfica é uma forma específica de investigação qualitativa. A etnografia sempre irá se referir ao estudo da cultura (TRIVIÑOS, 1987), embora vá requerer que o pesquisador, igualmente, tenha versatilidade em metodologia científica, persistência e compromisso com a pesquisa. Deve ter nela sua alma e intelecto presos. A paixão deve tomar conta do pesquisador em seu trabalho, mas sem desviá-lo da objetividade necessária (MORSE & FIELD, 1995).

3.2.3. Paradigmas associados e influências filosóficas predominantes

A partir de seu nascimento, na virada do século, a pesquisa qualitativa passou por associações com paradigmas positivistas, pós-positivistas, sofreu influências da hermenêutica, do estruturalismo, da semiótica, dos estudos culturais e até do feminismo.

Mas alguns autores como TRIVIÑOS (1987) alertam para que a pesquisa qualitativa que se apóia nos postulados do estrutural-funcionalismo seja olhada com certa reserva em função de sua forte raiz positivista, mesmo apregoando uma passagem do quantitativo para o qualitativo e vice-versa. O estruturalismo marca sua contribuição enfatizando o sentido e a determinação dados pela estrutura à conduta humana. LÉVI-STRAUSS (1980) foi o principal divulgador do pensamento estruturalista. Sobre a contribuição deste pensamento, CHAUI (1995) considera que, a partir dele, as ciências humanas criaram métodos específicos para estudar seus objetos, isentando-se das explicações mecânicas de causa e efeito, mas sem perder a idéia de lei científica. Os fatos humanos assumiram a forma de estrutura.

Assim, as bases filosóficas da pesquisa qualitativa encontram-se especialmente na fenomenologia e, muitas vezes, no materialismo dialético e histórico (TRIVIÑOS, 1987). A dialética enfoca, também, a relação dinâmica entre o sujeito e o objeto mas sem se deter no vivido e nas significações subjetivas. Valoriza a contradição dinâmica do fato observado e a atividade criadora do sujeito que observa, as posições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens (BOGDAN & TAYLOR, 1975).

Em relação às contribuições específicas que o materialismo histórico e a psicanálise acrescentaram ao estudo do homem, CHAUI (1995) considera que o sujeito foi encarnado num corpo vivido real e situado numa história coletiva real. No desvendar dos obstáculos psíquicos e histórico-sociais para o conhecimento, as relações entre pensar e agir, ou, como se costuma dizer, entre a teoria e a prática, foram colocadas em primeiro plano.

Mas, a partir de 1990, a sensibilidade inseriu a questão reflexiva quanto, até que ponto, alguns paradigmas prévios poderiam ocupar um lugar privilegiado sobre o discurso e se algum método ou teoria poderiam reivindicar para si um direito geral e universal como conhecimento autorizado.

Na área da saúde a fenomenologia se sobressaiu com maior relevância. Podemos entender porque:- esta orientação filosófica nasceu na crítica do matemático e filósofo alemão HUSSERL (1980), em fins do século XIX, no momento em que ele se opôs às ciências como se encontravam na época. Sua proposta foi a de repensar os fundamentos do saber instaurando a crítica à pretensão de só se admitir como válida uma psicologia positiva, objetiva e experimental, onde as teorias formuladas a partir dos dados eram vistas como verdades absolutas da vida e não como modelos ideais para sua compreensão, como bem considerado por MINAYO (1996). A primeira crítica de Husserl, portanto, trouxe um alerta de que a ciência não deveria esquecer que está apoiada sobre a vida, é um voltar-se para a vida no sentido de compreendê-la e esta volta se dá através do método (DARTIGUES, 1973). Ele não pretendeu restaurar a introspecção no sentido de um conhecimento puramente interior, mas sim, ligar os fenômenos às essências e, sobretudo, postular uma interação fundamental entre o sujeito, o *eu puro*, e o objeto, *as essências*. Propôs a investigação não dos fatos, mas das formas da consciência dos objetos, que são definidos por um ato da consciência (MUELLER, 1978). Buscou a descrição da essência do comportamento com base no pensamento meditativo, visando promover a compreensão humana. Deve ser, portanto, o método de escolha quando o pesquisador busca compreender, dar sentido e deduzir o significado de um fenômeno (MORSE & FIELD, 1995).

Quanto à consciência, Husserl a considerou como sendo uma consciência imaginativa, cujo conteúdo é o imaginário ou o objeto-em-imagem. Nós nos relacionamos com o ausente e com o inexistente pela imaginação. Embora sejam coisas diferentes, percebemos e imaginamos ao mesmo tempo (CHAUÍ, 1995). A intencionalidade da consciência tornou-se, assim, o postulado fundamental da fenomenologia, sendo a consciência a base de todo conhecimento.

Concluindo, a imaginação permite que o objeto seja visto e sentido, expressando significados, e permite que o pesquisador vá além da percepção, penetrando nas propriedades do objeto, apreendendo sua essência e caminhando na direção do significado articulado. Tais considerações resumem o pensamento de MARTINS & BICUDO (1989).

3.2.4. Compilação das principais características do método qualitativo segundo renomados autores.

- Sentidos e significados como preocupação essencial.

O significado consiste na representação, na linguagem, do significante ou significativo, o que expressa com clareza, que contém *revelação interessante*. (FERREIRA, 1986, p.1584)

Manifestam-se pelas produções verbais das pessoas envolvidas em determinadas situações e que comandam as ações que se realizam. (TRIVIÑOS, 1987, p.127)

Isto que possibilitará a compreensão de um fenômeno, o que se situa à luz do dia ou que pode ser trazido à luz. (MARTINS E BICUDO, 1989, p.22)

A palavra fenômeno, do gr. *phainómenon*, pelo lat. *phaenomenon designa* tudo que é percebido pelos sentidos ou pela consciência. (FERREIRA, 1986, p.769)

É o que aparece à consciência, o que é percebido tanto na ordem física como psíquica. (LALANDE, 1993, p.394)

Pela abrangência de seu conceito, podemos arbitrar sobre fenômenos uma codificação em quatro categorias: as coisas materiais por nós percebidas ou imaginadas; as coisas da natureza, como as da física ou da química; as coisas ideais como os conceitos da lógica e os entes matemáticos; as coisas culturais, tais como as instituições sociais e políticas e os valores morais. (CHAUÍ, 1995, p.238)

Concebemos que o fenômeno recebe os sentidos enquanto a consciência dá os sentidos. (TURATO, 2000)

- Ambiente natural como fonte direta dos dados.

A pesquisa é naturalística, ou seja, o pesquisador vai ao campo natural do sujeito da pesquisa onde ocorre o fenômeno, que é objeto de sua investigação, com o propósito de preservar a configuração da conduta do sujeito na configuração do ambiente. O pressuposto releva a relação dinâmica que existe entre sujeito e ambiente e vice-versa. (BOGDAN & BIKLEN, 1998, p.4-7)

- Pesquisador como instrumento chave.

O pesquisador tem a si como meio principal para efetuação da pesquisa (LÜDKE & ANDRÉ, 1986, p.26).

- Preocupação com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto.

O pesquisador deve estar o tempo todo atento ao que se passa no decorrer do contato com o sujeito, podendo recorrer aos seus conhecimentos e experiências pessoais como auxiliares no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado (MORSE & FIELD, 1995). O maior interesse, portanto, deve estar voltado para o processo e não para o produto.

- Descrição dos dados e interpretação concomitantes.

O pesquisador não irá se ocupar da quantificação dos fenômenos, mas, sim, tratará de identificá-los, descrevê-los, interrogá-los, buscando compreendê-los.

A interpretação dos resultados acontece como totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno num contexto (TRIVIÑOS, 1987, p.128).

- Raciocínio indutivo na análise dos dados e raciocínios indutivo e dedutivo como métodos seqüenciais de trabalho.

A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo sendo que o pesquisador não se preocupa em buscar evidências que comprovem hipóteses/pressupostos definidos antes do início do estudo (KOIZUME, 1992, p.36). A apresentação dos dados é descritiva e os resultados devem conter citações literais, fragmentos das entrevistas para contextualiza-los, a fim de que eles ilustrem e dêem vida à apresentação. As interpretações devem estar, o mais possível, próximas da forma como as citações interpretadas aparecem gravadas (BOGDAN & BIKLEN, 1998, p.5).

As abstrações, portanto, se formam a partir da inspeção dos dados num processo de baixo para cima. Elas devem surgir da percepção do fenômeno no contexto. O pesquisador, durante o processo de análise, por abstrações do conteúdo, chegará aos conceitos, aos significados explícitos e implícitos podendo, então, proceder à elaboração de teorias (MORSE & FIELD, 1995, p.242).

Mas TURATO (2000, p. 104-105) concorda com TRIVINÕS (1987, p.130) quanto a que os fenômenos podem ser explicados num processo dialético indutivo-dedutivo, compreendido em sua totalidade, inclusive, intuitivamente.

- Pesquisador como *bricoleur*.

O termo *bricolage*, no vernáculo francês, na antropologia, faz referência a um trabalho cuja técnica é improvisada, adaptada aos materiais, às circunstâncias e *bricoleur* é aquele capaz da ação de fazer qualquer espécie de trabalho (ROBERT, 1977). Ele vai reunindo ferramentas pela idéia de que um dia elas poderão ser úteis. No exercício de atividades na construção de algo, ele utiliza-se de vários resíduos e fragmentos de fatos e conhecimento, de múltiplos métodos de abordagem. A pesquisa qualitativa envolve o uso de uma série de teorias e instrumentos metodológicos que são usados para compor o mosaico final. Ela utiliza-se da entrevista, de observação participante, de múltiplas metodologias, o que lhe permite ser como uma *bricolage* e, o pesquisador, como um *bricoleur*. O pesquisador é assim versado em muitos paradigmas interpretativos que podem ser trazidos para um problema em particular (DENZIN & LINCOLN, 1994, p.2). Ele produz o novo a partir de pedaços e fragmentos do velho. Ele não tem um plano rígido nem na elaboração, nem na operacionalização do elaborado. Vai reunindo o seu arsenal a partir de tudo o que encontra e que se mostra útil para a composição do objeto. (CHAUI, 1995, p.161)

O conjunto dos meios dos quais o pesquisador se utiliza não é definível por um projeto e sim por sua instrumentalidade, porque os elementos são recolhidos ou conservados em função do princípio de que sempre poderão ser úteis. (LÉVI-STRAUSS, 1989, p.33 - 34)

- Natureza Teórica e Prática simultâneas.

A teoria e a prática caminham juntas. Tanto o referencial teórico quanto as experiências vividas constituem o ponto de partida para o pesquisador (MARTINS & BICUDO, 1989, p.28).

- Força na validade.

A problemática da validação em pesquisa foi posta, primeiramente, pelo paradigma positivista, na busca de um rigor quanto às técnicas de captação da realidade que estabelecem uma série de critérios comprobatórios próprios às prerrogativas metodológicas (MINAYO, 1996, p.238).

Na pesquisa qualitativa, a validação refere-se à extensão para a qual os achados da pesquisa representam a realidade (MORSE & FIELD, 1995, p. 244).

Nela está a maior força dos estudos qualitativos, ou seja, no alcance para o qual a medição reflete autenticamente o fenômeno específico sob análise. (POPE & MAYS, 1995, p.25).

Os pesquisadores devem estar sempre preocupados com a precisão e compreensão dos dados de seus estudos e não em esperar que seus resultados tenham a mesma consistência dos resultados de observações de outros pesquisadores ou dele mesmo, o tempo todo (BOGDAN & BIKLEN, 1998, p.35-36).

Ao mesmo tempo, devem estar intensamente envolvidos com as experiências do sujeito a fim de interpretá-las e abertos às percepções do sujeito mais do que tentar compor o significado pelas suas próprias experiências (KOIZUME, 1992, p.42).

A expectativa é de que haja uma concordância, mesmo que temporária, quanto à aceitabilidade da representação da realidade, o que não invalida a possibilidade de existirem outras leituras igualmente válidas da mesma realidade. A atitude dos pesquisadores, portanto, deve ser flexível e aberta quanto a admitir a possibilidade dessas outras interpretações. E devem cuidar de sua subjetividade pela consciência de seus preconceitos, valores e pressupostos. Todas as suas decisões devem conter absoluta clareza quanto à seleção dos dados, observação de determinadas situações em detrimento de outras e precisa justificação quanto à escolha dos sujeitos (LÜDKE E ANDRÉ, 1986, p. 52).

Assim, à medida que o estudo revela uma descrição acurada das experiências dos indivíduos, ele pode viabilizar o reconhecimento das pessoas que, ao terem esta experiência, podem reconhecer aquelas descrições ou interpretações como sendo delas próprias (APPLETON, 1995, p.995).

Os critérios para a validação podem ser resumidos por aceitação interna e a confirmação externa. A aceitação interna refere-se ao fato do pesquisador e sua pesquisa serem aceitos pelos sujeitos, possibilitando o estabelecimento de uma transferência positiva no sujeito durante a entrevista. A entrevista flui bem, o sujeito colabora com o pesquisador e os objetivos da pesquisa. São, portanto, aceitos tanto o pesquisador quanto o tema da pesquisa (MORSE & FIELD, 1995).

Mas, segundo BOGDAN & BIKLEN (1998), a validação tem sua garantia na construção dos recursos técnicos reconhecidos e aceitos pelo meio científico para a operacionalização do método. Estes autores preservam o rigor e seriedade metodológicos ao comentar que “os estudos qualitativos não são ensaios impressionistas feitos após uma rápida visita a um cenário, mas o pesquisador gasta um considerável tempo no universo empírico coletando e revisando laboriosamente pilhas de dados” (p.33-34).

Não devemos, ainda, proceder a julgamentos sobre o *setting*.

Nossas anotações quanto ao campo devem ser detalhadas e fidedignas, incluindo reflexões sobre nossa própria subjetividade, mas protegendo-nos de nossos vieses.

Uma das maneiras de nós, pesquisadores, assegurarmos essa proteção é retornarmos aos sujeitos o material coletado para que eles atestem seu reconhecimento, não necessariamente quanto à estética verbal transcrita, mas sim, quanto ao conteúdo essencial retratado.

Quanto à validação externa, sua garantia começa pelas supervisões das entrevistas com o próprio orientador da pesquisa e com os membros da comunidade científica da qual o pesquisador faz parte, ou, também, discussão dos achados com outras pessoas especializadas na área.

- Generalização dos pressupostos conclusivos.

Não generalizamos resultados, mas, pressupostos finais (TURATO, 2000, p.106).

3.2.5. Quanto a críticas e erros.

Segundo DEMO (1997, p.54-55) existem dois tipos de erros que podem ocorrer na pesquisa. O erro inevitável, ligado à ideologia, portanto um erro de perspectiva, e o erro metodologicamente evitável, correspondendo a atentados contra a opção de determinado método de pesquisa, tanto em nível teórico quanto prático, mas, sobretudo, erros de forma. A importância da questão se dá à medida que é necessário que o pesquisador esteja atento para possíveis vieses que podem comprometer a seriedade, validade, a confiabilidade e fidedignidade dos resultados do estudo.

Outros autores (BRITTEN; JONES; MURPHY et al., 1995) assinalam como ponto crítico a falta de registro e detalhamento da metodologia e análise dos dados, endossados por KOIZUME (1992) e SANDELOWSKI (1995) que consideram que o relatório de pesquisa deve detalhar todas as fases do estudo para a verificabilidade.

Ainda, concordamos com as considerações feitas por MINAYO (1996, p.238), para quem a atitude da crítica interna constitui a alma da ciência e a coincidência entre uma realidade a ser estudada e o produto da investigação é a utopia de qualquer marco histórico consistente.

Fomos nós, portanto, com nossas características pessoais-profissionais, com o nosso repertório do *já vivido*, através do qual adquirimos recursos e experiências, que constituímos o nosso principal instrumento de trabalho. As ferramentas que utilizamos na construção desse instrumento não foram, portanto, externas. Foram interatuantes, interdependentes, inter-relacionadas a nós e a como processamos e refletimos a produção de um saber científico. O objeto que estudamos foi referente a outro ser humano, o que implicou na revisão e no exame de nossa própria vida, de nossa personalidade, conflito e frustrações.

3.3. MÉTODO DE PESQUISA CLÍNICO-QUALITATIVO

Além da questão de adequação ao enfoque dado ao objeto, a escolha de uma estratégia de pesquisa revela a arte de um pesquisador em adaptar um modelo a uma situação específica. Aí deve pesar sua experiência profissional para *ver* as coisas em campo, considerando que a essência de suas atitudes, em qualquer situação, acolhe as suas particularidades, as características que o distinguem. Nosso campo profissional era, como ainda o é, o da psicologia clínica. Um campo com sua apropriação para o acesso à conduta do homem, onde são fundamentais a observação e o estudo direto da situação, relação interpessoal e das reações e valoração de todos os fatores que intervêm em cada momento, conforme já o assinalou BLEGER (1969).

Nessa pesquisa, nós buscamos na fala do psiquiatra o que ela teve de particular, de pessoal, de próprio e individual.

Debruçamos sobre ela nossa atenção, inclinamos nossa escuta atrás de pistas que nos permitiram captar uma realidade mais profunda, de outra forma inatingível, orientação já observada por GINSBURG (1990).

Tal atitude caracteriza o método clínico em psicologia. A tomada da pessoa total do indivíduo como quadro de referência, compreendendo-o por intuição e respeitando-o em sua individualidade. REUCHLIN (1986) considerou o campo de aplicação desse método como o da intersubjetividade, brotada da relação entre entrevistador-entrevistado no contexto no qual se inserem. Para nós chegarmos a uma compreensão dos indivíduos devemos proceder a um estudo aprofundado sobre eles, respeitando-os e reconhecendo-os em sua individualidade, considerando-os em situação e em evolução para podermos, quem sabe, um dia, chegarmos à compreensão do homem.

A palavra *clínico* veio do latim *clanicus*, uma pessoa acamada; do grego *klinikos*, relativo a cama, de *kline*: leito (Webster, 1997, CD-Rom).

A expressão Método Clínico foi utilizada pela primeira vez por L. Witmer, psicólogo americano, discípulo de W. Wundt (REUCHLIN, 1986). Witmer referiu-se a um debruçar-se sobre um doente através do estudo de caso, onde o paciente era profundamente

avaliado em seu leito. Mas tal proposição, em psicologia, não visou apenas a objetivos diagnósticos. Veio a ser, também, a aplicação de uma série de recursos estabelecidos sobre bases teóricas e práticas direcionadas à produção de conhecimentos específicos (TRINCA, 1984).

CASSORLA (2000, p.1), considerou que o pesquisador qualitativo se defronta com aspectos fluídos que podem e devem ser examinados de ângulos os mais diversos. Disciplinas de orientação qualitativa solicitam do pesquisador a criatividade na elaboração do método, muitas vezes descoberto concomitantemente com o estudo do objeto.

Nós acrescentamos que não apenas solicitam, mas, quase impõem ao pesquisador atento a necessidade do uso de sua experiência para novas reflexões.

E, dentro desta perspectiva, o diálogo entre duas áreas mobilizou, em um pesquisador, questionamentos que o levaram a uma nova proposta de investigação científica, uma vez que é pelos incômodos, desconfortos e/ou inquietações que as mudanças ocorrem. Esta proposta não se deu apenas pela convergência quanto aos aspectos teóricos, mas, sobretudo, práticos: o Método Clínico-Qualitativo de Pesquisa.

De um lado, as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos desenvolvidos a partir das Ciências do Homem. De outro lado, os conhecimentos e atitudes clínico-psicológicos, desenvolvidos tanto no enfoque psicodinâmico das relações pessoais como historicamente no campo da prática da medicina clínica. Este método não se situa sob os referenciais paradigmáticos convencionalmente usados na sociologia compreensiva e na antropologia cultural, mas, a partir deles. Lança mão de conceitos emprestados da psicanálise na demarcação do desenho da pesquisa: a definição dos pressupostos e objetivos, a construção e aplicação dos instrumentos em campo e a interpretação dos resultados do trabalho, como explicado pelo autor da proposta, TURATO (2000).

Trata-se de um refinamento dos métodos qualitativos pela sua aplicação no *setting* dos cuidados com a saúde, este universo tanto maior quanto específico voltado para os cuidados do binômio saúde-doença onde o protagonista, em revezamento de papéis, é o homem em toda a sua plenitude. Portanto, questões pessoais, de fórum íntimo, conflitos existenciais, angústias, acompanham todos os envolvidos neste campo, seja na dimensão profissional, seja na dimensão de paciente.

As características que este método acrescenta às já anteriormente citadas, do método de pesquisa qualitativo, ainda segundo seu autor (ibid), são as seguintes:

- **Valorização das angústias e ansiedades**

Acolhidas numa atitude clínica, como fenômenos fundamentais. Força motora do pesquisador para o conhecimento do fenômeno em estudo; angústia não apenas no sentido clínico, mas também em seu sentido existencial; desejo de algo que se teme e de medo do que se deseja e que pode ser prenúncio de uma ruptura, um salto a realizar (JOLIVET, 1975, p.19).

- **Valorização de elementos psicodinâmicos.**

Ferramentas no *setting* da entrevista e discussão dos dados. Fenômenos relevantes na interação afetiva entrevistador-entrevistado (transferência/contratransferência); referencial para interpretação dos sentidos e significados referidos pelo sujeito, considerando ação do inconsciente.

Assim, esta conciliação metodológica veio coroar o nosso interesse científico na busca de compreensão dos fatores que, como alicerces, influenciaram na construção das opções de indicação de tratamentos psiquiátricos nas Unidades Básicas De Saúde.

3.4. ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA DE QUESTÕES ABERTAS

O termo entrevista é amplo e diz respeito a tudo o que se refira a uma visão entre pessoas (ETCHEGOYEN, 1987). A entrevista é um recurso técnico utilizado para a operacionalização do método e constitui um instrumento fundamental do método clínico, segundo BLEGER (1980). Ela é uma ferramenta flexível e poderosa, com capacidade de abrir muitas áreas de pesquisa (BRITTEN, 1995). Facilita a ocorrência de uma conversa que tem uma finalidade determinada e serve, também, como o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação (MINAYO, 1996). Em pesquisa qualitativa, é uma conversa a dois, de natureza profissional (LAKATOS & MARCONI, 1991).

Em nosso trabalho utilizamos a Entrevista Semidirigida de Questões Abertas para efetuarmos a coleta de dados. Nós optamos por esta forma a qual encontra-se referida na literatura também como semi-estruturada. Por exemplo, MORSE & FIELD (1995) consideram que quando o pesquisador conhece a maioria das questões que ele vai perguntar, mas não tem condições de prever as respostas, é uma situação própria para a entrevista semi-estruturada.

Esta denominação vem sendo alvo de polêmicas sob o argumento de que ou algo é absolutamente amorfo ou possui uma estrutura.

Sem entrarmos no mérito dessa discussão por não a considerarmos necessariamente profícua no que diz respeito aos aspectos essenciais de nossa pesquisa, ficamos com a denominação *semidirigida*, onde a direção não está disposta ao acaso nem ao total arbítrio tanto do entrevistado quanto do entrevistador. O prefixo semi, *metade*, *meio* (FERREIRA, 1986, p.1566) refere-se a que existe algo pré-fixado determinando a direção a ser seguida no decorrer da entrevista. Ou seja, nossos questionamentos básicos, refletidos em nossos objetivos e pressupostos. Organizamos os tópicos de uma maneira que permitiram ao entrevistado falar livremente. E a entrevista ocorreu a partir de nossa iniciativa como pesquisadora, ou seja, nós fizemos a proposta aos sujeitos com a finalidade de obtermos informações para nossa pesquisa.

As considerações sobre entrevista clínica feitas por TRINCA (1983) serviram igualmente para o *setting* de nossa pesquisa, pois, a entrevista permitiu-nos a construção de uma situação que forneceu-nos informações sobre ocorrências externas e, também, à observação de fenômenos que emergiram durante a sua ocorrência. Ela foi capaz de possibilitar-nos o acesso às informações sobre a rotina diária dos tratamentos e encaminhamentos terapêuticos procedidos pelos psiquiatras nas Unidades Básicas, permitindo-nos a elaboração de uma discussão científica quanto aos fatores que exercem influência sobre eles.

O roteiro que organizamos foi bastante sucinto, estruturado em 4 (quatro) questões que atenderam à finalidade de servirem como guias.

A primeira questão funcionou como pergunta disparadora, a partir da qual o entrevistado iniciou a sua fala (ANEXO I).

Estivemos presentes, intervindo, mas garantimos ao entrevistado a liberdade e a espontaneidade necessárias para responder, o que enriqueceu o conteúdo obtido na investigação. O clima entre nós e os entrevistados foi, em sua maioria, de estímulo e aceitação mútua, o que possibilitou a boa fluência das informações. LUDKE & ANDRÉ (1986) consideraram que quando este clima é alcançado, as informações fluem de maneira notável e autêntica.

Um cuidado que também tomamos foi quanto à *atenção flutuante*. Ou seja, prestamos atenção às respostas verbais dos psiquiatras em função dos objetivos pré-estabelecidos, lembrados pelo roteiro, mas, igualmente, prestamos atenção aos gestos, às expressões, entonações, sinais não-verbais, hesitações, alterações de ritmo, etc, apresentados por eles. A importância do cuidado para com as expressões não verbais está no auxílio que elas podem trazer para a compreensão e a validação do que foi dito (TRIVIÑOS, 1987).

WHYTE (1982) organizou uma escala de aferição do grau de diretividade do entrevistador, segundo 06 pontos de diretividade. Esta se dá em ordem crescente, ou seja, 01 indica menor diretividade e 06 maior diretividade. Podemos dizer que caminhamos por entre os extremos desta escala. Quando o sujeito discorreu fluidamente sobre o tema proposto, pouco intervimos, a não ser com sons a fim de encorajá-los a continuar.

Quando percebemos que a fluência estava mais difícil, intervimos mais, com perguntas relativas ao tema da entrevista, ou à última colocação do entrevistado, ou ainda retomamos uma fala sua, anterior, que não havia ficado clara. De qualquer maneira, nossa intenção consciente foi a de auxiliar ou facilitar a retomada da fluência da entrevista.

Quando percebemos uma certa dificuldade do sujeito para encontrar a palavra exata que procurava ou para terminar uma frase e isso o deixou ansioso, se já havíamos compreendido sua idéia, por algumas vezes sugerimos a palavra ou completamos sua frase. É importante deixarmos claro que, quanto a muitas de nossas intervenções, só pudemos nos

dar conta após a análise dos dados. Por mais que tenhamos procurado ter um controle exímio em campo, durante as entrevistas, muitas das nossas atitudes foram absolutamente espontâneas. Como no último exemplo citado, de acordo com orientações lingüísticas, esta atitude do entrevistador de se antecipar à colocação do sujeito pode não ser interpretada, apenas, pela presença de ansiedade, mas sim, pelo alto grau de cooperação que está existindo entre entrevistador e entrevistado. O entrevistador pode demonstrar ao entrevistado que compreendeu a essência da questão a ponto de auxiliá-lo com sugestões capazes de contemplar a colocação de sua idéia e livrá-lo da angústia.(FERRAREZI, 2001). É uma consideração interessante, mas, não podemos nos esquecer que a interpretação posterior pôde sugerir, também, a contratransferência que levou o entrevistador a reagir. De qualquer maneira, a interpretação deve sempre ser levada em conta mediante o contexto e não fora dele.

Apresentamos, abaixo, a escala estabelecida por WHITY:

- 1- Produzir sons encorajadores.
- 2- Refletir sobre as observações feitas pelos informantes.
- 3- Indagar sobre a última informação feita pelo informante.
- 4- Indagar sobre uma idéia anterior à última observação feita pelo informante.
- 5- Indagar sobre uma idéia expressa anteriormente na entrevista.
- 6- Introduzir um novo tópico.

BERNARD (1988) organizou, também, algumas técnicas de sondagem relacionadas à maneira de estimular o entrevistado sem perder a neutralidade e sem direcionar:

- 1- Repetir, simplesmente, a última coisa que o entrevistado disse e pedir que continue.
- 2- Produzir ruídos afirmativos, como “Uh, Huh”, ou “Sim, eu vejo...”.

- 3- Fazer perguntas longas e demoradas para criar respostas mais longas e contínuas, ajudando na fluidez da entrevista.
- 4- Falar com o entrevistado ao longo da entrevista, facilitando também a construção do “rapport”.
- 5- Emitir acenos ou murmúrios (uhm, uhm, aha) enquanto o entrevistador permanece quieto, permitindo ao entrevistado continuar suas colocações. Esta técnica é denominada 'sondagem silenciosa'.

GOLDENBERG (1998), considerou alguns aspectos que o pesquisador deve levar em conta:

- a. Interesse real e criatividade para explorar novos problemas em sua pesquisa.
- b. Capacidade de demonstrar compreensão e simpatia pelos informantes.
- c. Sensibilidade para encerrar uma entrevista ou sair de cena e ter, principalmente, disposição para ficar calado e ouvir.

LAKATOS & MARCONI (1991) sintetizaram seus pontos de vista quanto aos cuidados que o pesquisador deve ter na preparação da entrevista:

- i. Ter em vista o objetivo a ser alcançado;
- ii. Ter conhecimento prévio, no que se refere ao grau de familiaridade com o assunto;
- iii. Apresentar condições favoráveis; garantia de sigilo e identidade;
- iv. Ter conhecimento prévio do campo (o ambiente natural);
- v. Ter uma preparação específica: organizar roteiro ou formulário com questões importantes.

Embora intervindo, procuramos nunca forçar o rumo da resposta dos entrevistados.

Entendemos o *forçar o rumo das respostas* diferentemente da *atitude colaboradora*, pois, forçar o rumo da resposta pode pressupor ideologia, implicar na condução da fala do entrevistado por caminhos que levarão à comprovação de interesses do entrevistador.

3.5. SUJEITOS DA PESQUISA - AMOSTRA

A palavra amostra faz referência a uma parcela selecionada de uma população, mediante critérios determinados segundo as conveniências do trabalho, vindo a compor um subconjunto do universo total (LAKATOS & MARCONI, 1991). Ou seja, a amostra deve ser composta por sujeitos adequados para informar a respeito do assunto (MORSE & FIELD, 1995).

O universo particular de nossa amostra foi composto por 08 (oito) psiquiatras que davam atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

Fizemos 13 (treze) telefonemas para as Unidades a fim de contarmos os psiquiatras.

Nestes 13 (treze) telefonemas conseguimos encontrar 09 (nove) psiquiatras.

Dos 09 (nove), 08 (oito) aceitaram nosso convite para participar da pesquisa. O nono profissional estava de viagem marcada para o dia seguinte. Ficaria por 03 (três) meses fora do país. Disse que na volta, se ainda precisássemos, era para ligarmos que ele participaria da pesquisa.

Os 08 (oito) psiquiatras compuseram a amostra mediante os critérios de inclusão que estabelecemos e informamos a eles já por ocasião do telefonema.

3.5.1. Critérios de Inclusão na Delimitação da Amostra

1. Concordar em participar da entrevista ao tomar conhecimento de seu tema.
2. Aceitar a impossibilidade de haver uma pré-determinação de um tempo exato de duração da entrevista.

3. Aceitar que ela fosse gravada e, posteriormente, transcrita literalmente.
4. Concordar em ter um segundo encontro com a pesquisadora caso este fosse necessário para a clarificação de questões que tivessem ficado confusas ou mesmo ininteligíveis por alguma ordem de dificuldade, como por exemplo, problemas de gravação.

Não julgamos necessário especificar mais critérios tais como idade, tempo de formado, tempo de experiência de trabalho na Unidade, por exemplo. Tais aspectos não foram, para nós, qualidades relevantes. Julgamos que o psiquiatra, mesmo tendo um dia de experiência de trabalho na Unidade, teria algo para nos dizer sobre os fatores que influenciaram suas indicações de tratamento naquele dia. Não tivemos nenhum objetivo ou pressuposto formulado que nos levasse a questionar, por exemplo, “você acha que seu tempo de trabalho...”, ou, “você acha que sua experiência na Unidade...”. Caso fatores como esses citados em exemplo tivessem influência sobre seus procedimentos, poderiam vir em suas falas. O instrumento técnico foi adequado para isso.

Devemos ressaltar que, em uma pesquisa qualitativa, podemos usar de recursos aleatórios para fixarmos uma amostra que abrangem sujeitos que sejam essenciais para o esclarecimento do assunto em foco, que possam ser facilmente encontrados e que tenham tempo para as entrevistas (TRIVIÑOS, 1987).

Ou seja, não há modo certo ou errado para que o pesquisador construa a sua amostra. O que é, sim, fundamental, é que ela seja apropriada para as questões da pesquisa (BRITTEN, 1995).

3.5.2. Critérios éticos

Assim como informamos os psiquiatras em nossa conversa por telefone, a respeito dos critérios de inclusão, informamos, também, quanto aos critérios éticos que estabelecemos:

1. Mesmo seu consentimento tendo sido de livre e de espontânea vontade, nos comprometemos a manter sigilo relativo à sua identidade ou a qualquer detalhe que permitisse ou facilitasse sua identificação.

2. Omissão de seus nomes nas transcrições formais das entrevistas, sendo referidos por uma letra aleatória, não correspondente às suas iniciais.
3. Respeitaríamos seu princípio de autonomia e o seu direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, mesmo após seu comprometimento.
4. Caberia a ele decidir quanto ao que poderia ou não causar-lhe algum tipo de dano ou comprometimento, fornecendo ou sonhando informações em respeito a estes possíveis limites.
5. Garantiríamos a possibilidade de seu acesso ao material transcrito das gravações caso assim desejasse.

A importância dos cuidados éticos é bastante ressaltada pelos pesquisadores, como por exemplo, por FORD E REUTTER (1992):

- 1- Autonomia do entrevistado – participação voluntária e bem informada.
- 2- Não malefícios para o entrevistado – consideração sobre questões que possam ferir o entrevistado, sigilo versus anonimato e invasão da privacidade.
- 3- Benefícios para o entrevistado – aumentar sua consciência sobre a própria situação; oferecer-se voluntariamente por um desejo altruísta de ajudar; ter alguém ouvindo suas histórias a respeito de seu trabalho.

3.5.3. Tamanho da amostra

Com base em informações obtidas tanto com uma coordenadora de área quanto em trabalhos já realizados por outros pesquisadores neste campo, sabíamos que o número de psiquiatras que atendiam nas Unidades Básicas era relativamente pequeno, instável e de grande rotatividade (ARAÚJO, 1997; GIGLIO, VIZIOTTO & YOSHIDA, 1997).

Estes dados nos permitiram prever a possibilidade de que nossa amostra seria pequena, o que se adequou à busca do aprofundamento da compreensão do fenômeno em estudo.

MINAYO (1996) ponderou que a importância reside na teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vista e de observação e não no número de pessoas.

A adequação da amostra em pesquisa qualitativa está ligada, portanto, à sua adequação frente à descrição do alcance de respostas dadas. Ou seja, ela deve permitir a disposição de dados suficientes para uma descrição rica do fenômeno (BRITTEN, 1994; MORSE & FIELD, 1995). O tamanho adequado permite a profundidade e a análise orientada para o caso, em virtude da amostra não ser muito grande, e esta análise possibilita uma nova compreensão da experiência, em virtude da amostra não ser muito pequena (SANDELOWSKI, 1995).

Assim, um critério norteador que existe para se fechar uma amostra nos estudos qualitativos é conhecido por saturação, ou seja, a amostra é formada quando passa a ocorrer uma quantidade de repetições no conteúdo das informações coletadas. O grupo é composto de sujeitos com uma homogeneidade ampla e é fechado quando o pesquisador julgar que novas entrevistas adicionais acrescentariam poucos conhecimentos em vistas dos objetivos inicialmente propostos (KVALE, 1996). O pesquisador deve buscar tantos sujeitos quanto julgue necessário para encontrar o que deseja conhecer, até que avalie que as variações estão de tal forma representadas e compreendidas que julgue ter chegado ao ponto de saturação (MORSE & FIELD, 1995; RUBIN & RUBIN, 1995).

Mas, nos perguntamos: existe um ponto de saturação?

Entendemos que, em se tratando de uma amostra mediante o método clínico-qualitativo, a questão relativa à individualidade de cada sujeito deve ser, antes de tudo, considerada e respeitada. Isto quer dizer que olhamos este ponto de saturação sob caráter relativo.

MALINOWSKI (1978) deixou seu conselho bastante apropriado de que o pesquisador tome distância do campo, por certos períodos, a fim de conhecer o que ele já tem coletado, de entrar em contato analítico com o material que já possui.

E foi este nosso procedimento. Tomamos distâncias periódicas do campo, dando um intervalo entre as entrevistas, mediante a possibilidade da agenda dos psiquiatras. Procedemos às primeiras leituras e releituras flutuantes e buscamos no material coletado a contemplação dos objetivos da pesquisa. Quando julgamos que as entrevistas feitas já nos permitiam o empreendimento de uma análise significativa do tema, com informações suficientes para produzirmos uma discussão científica, paramos o trabalho de coleta de dados. Este foi, portanto, nosso critério para fecharmos nossa amostra.

3.6. CAMPO DE TRABALHO

A cidade de Campinas foi dividida em 5 (cinco) regiões e as Unidades Básicas, num total de 44 (quarenta e quatro), foram distribuídas entre estas regiões. Mas, deste total, apenas 21 (vinte e uma) Unidades estavam dotadas de equipes mínimas de saúde mental, onde encontravam-se os psiquiatras pretendidos como sujeitos.

Existiam, ainda, 02 (duas) unidades sem equipe mínima onde dois psiquiatras davam atendimento a cargo de uma instituição local.

Pudemos observar, pelos quadros a seguir, que mesmo a equipe mínima nas demais Unidades estava defasada. Em nenhuma havia o enfermeiro psiquiátrico. A maneira pela qual obtivemos estes quadros está descrita no item 3.7.2 de Procedimentos, 3.7.

QUADROS 1 A 4: CENTROS DE SAÚDE

UNIDADE	Referência para moradores da área do C.S.	EQUIPE DE SAÚDE MENTAL	Endereço e telefone	Horário de Funcionamento
REGIÃO NORTE				
C. S. ANCHIETA	Anchieta	Psiquiatra:	Av. João Paulo II, s/n. Fone: 3240-3009	2 ^a a 6 ^a : 7h-21h
Coordenador:...		Psicólogo:		
População: 23.607		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. AURÉLIA	Aurélia	Psiquiatra:	R. Licínia T. Souza, s/n Fone: 3243-5182	2 ^a a 6 ^a : 7h-21h sábados: 7h-17h
Coordenador: ...	Eulina	Psicólogo:		
População: 62.580		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. BARÃO GERALDO	Barão Geraldo	Psiquiatra:	Av. Albino J. B. Oliveira n. 581 Fone: 3289-9691	2 ^a a 6 ^a : 7h-19h
Coordenador: ...		Psicólogo:		
População: 30.547		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. SANTA BÁRBARA	Boa Vista	Psiquiatra:	R. Pedro Gimenez Vilar, s/n Fone: 3240-0182	2 ^a a 6 ^a : 7h-19h
Coordenador: ...	Santa Bárbara	Psicólogo:		
População: 24.580		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. SÃO MARCOS	São Marcos	Psiquiatra:	R. Luiz Aristeu Nucci, 39 Fone: 3735-0744	2 ^a a 6 ^a : 7h-21h
Coordenador: ...	Santa Mônica	Psicólogo:		
População: 23.643		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		

UNIDADE	Referência para moradores da área do C.S.	EQUIPE DE SAÚDE MENTAL	Endereço e telefone	Horário de Funcionamento
REGIÃO SUL				
C. S. PARANAPANEMA	Paranapanema	Psiquiatra:	R. Imperatriz D. Amélia, 590 Fone: 3252-7189	2ª a 6ª: 7h-19h
Coordenador: ...	Orozimbo Maia	Psicólogo:		
População: 43.179		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. FARIA LIMA	C. S. Faria Lima	Psiquiatra:	Av. Faria Lima, 90 Fone: 3272-7944	2ª a 6ª: 7h-19h
Coordenador: ...	C. S. Figueira	Psicólogo:		
População: 63.457		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. SANTA ODILA	Santa Odila	Psiquiatra:	R. Beato Champagnat, 187 Fone: 3234-0905	2ª a 6ª: 7h-19h
Coordenador: ...	Vila Ypê	Psicólogo:		
População: 59.516	São Vicente	T.Ocupacional:		
	Esmeraldina	Ass. Social:		
C. S. SÃO JOSÉ	São José	Psiquiatra:	R. José Carlos Galvão, 184 Fone: 3227-5961	2ª a 6ª: 7h-22h sábado: 7h-19h
Coordenador: ...		Psicólogo:		
População: 78.908		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. VILA RICA	Vila Rica	Psiquiatra:	R. Manganês, 126 Fone: 3269-8590	2ª a 6ª: 7h-21h sábado: 7h-17h
Coordenador: ...		Psicólogo:		
População: 18.180		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		

UNIDADE	Referência para moradores da área do C.S.	EQUIPE DE SAUDE MENTAL	Endereço e telefone	Horário de Funcionamento
REGIÃO LESTE				
C. S. CENTRO	Centro	Psiquiatra:	R. Barão de Jaguará, 656 Fone: 3231-4463	2 ^a a 6 ^a : 7h-19h
Coordenador: ...		Psicólogo:		
População: 73.579		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. CONCEIÇÃO	Conceição	Psiquiatra:	Av. Silvino de Godoy, 40 Fone: 3207-0601	2 ^a a 6 ^a : 7h-21h
Coordenador: ...	Taquaral	Psicólogo:		
População: 42.708	31 de Março	T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. COSTA E SILVA	Costa e Silva	Psiquiatra:	R. Joaquim Manuel de Macedo, s/n Fone: 3208-1018	2 ^a a 6 ^a : 7h-21h
Coordenador: ...	Taquaral	Psicólogo:		
População: 39.159		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. SÃO QUIRINO	São Quirino	Psiquiatra:	R. Dr. Diogo Alvares, 1450 Fone: 3252-7243	2 ^a a 6 ^a : 7h-21h
Coordenador: ...	Taquaral	Psicólogo:		
População: 39.153		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. SOUZAS	Souzas	Psiquiatra:	Av. Cons. Antonio Prado, 410 Fone: 3258-1184	2 ^a a 6 ^a : 7h-21h
Coordenador: ...	Joaquim Egídio	Psicólogo:		
População: 21.341		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		

UNIDADE	Referência para moradores da área do C.S.	EQUIPE DE SAUDE MENTAL	Endereço e telefone	Horário de Funcionamento
REGIÃO SUDOESTE				
C. S. AEROPORTO	Aeroporto	Psiquiatra:	R. Cairi, 315 - Fone: 3266-1725	2 ^a a 6 ^a : 7h-18h
Coordenador: ...	DIC 3	Psicólogo:		
População: 51.394		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S.	Tancredo	Psiquiatra:	Av. Amoreiras,	2 ^a a 6 ^a : 7h-19h
Coordenador: ...	Santa Lúcia	Psicólogo:		sábado: 7h-17h
População: 70.993	Capivari	T.Ocupacional:		
	Itatinga	Ass. Social:		
C. S. VISTA	Vista Alegre	Psiquiatra:	R. Sinimbú, 903	2 ^a a 6 ^a : 7h-19h
Coordenador: ...	São Cristóvão	Psicólogo:		sábado: 7h-17h
População: 53.860	DIC 1	T.Ocupacional:		
	Vida Nova	Ass. Social:		
	Mauro Marcondes			
REGIÃO NOROESTE				
C. S.	Integração	Psiquiatra:	R. Zocca, 61	2 ^a a 6 ^a : 7h-21h
Coordenador: ...	Perseu L. Barros	Psicólogo:		
População: 81.865	Pedro de Aquino	T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S. VALENÇA	Valença	Psiquiatra:	R. Vinte e	2 ^a a 6 ^a : 7h-22h
Coordenador: ...	Floresta	Psicólogo:		sábado: 7h-17h
População: 39.787		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		
C. S.	Florence	Psiquiatra:	R. Nelson F.	2 ^a a 6 ^a : 7h-22h
Coordenador: ...	Ipaussurama	Psicólogo:	Fone: 3261-2462	
População: 24.292		T.Ocupacional:		
		Ass. Social:		

Vale registrar que uma das deliberações funcionais referentes às Unidades, pelas instâncias político-governamentais da Rede, é a de que elas funcionem como porta de entrada do Sistema de Saúde, incumbindo-se da cobertura e resolutividade da maioria da demanda da população que procura por atendimentos de saúde nos órgãos públicos.

3.7. PROCEDIMENTOS: OS PASSOS DA PESQUISA

Ao descrevermos as etapas de nosso trabalho, esbarramos nos limites da linguagem para representarmos a dinâmica de todo o processo ocorrido. As fases teóricas e práticas não foram estanques. Ocorreram simultaneamente mediante *feedbacks* disciplinados.

Ao mesmo tempo em que nos reunimos com o grupo de orientação e o orientador no prosseguimento dos estudos da metodologia de pesquisa, discussão e elaboração de todos os aspectos fundamentais de nosso projeto, demos andamento às etapas já programadas do trabalho de campo. Mesmo quando passamos por um intervalo entre as etapas de encerramento dos trabalhos de campo e análise e discussão dos resultados, a pesquisa nos foi presença latente.

Na apresentação formal que organizamos procuramos passar, no mínimo possível, uma descrição de nossos passos no caminho da concretização da pesquisa.

3.7.1. Planejamento de entrevistas-piloto

Tínhamos claros os sujeitos pretendidos para a pesquisa (sub-cap. 3.5); o campo de trabalho (sub-cap. 3.6) ou *recorte espacial correspondente à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação* (MINAYO, 1996, p.105); os nossos pressupostos (sub-cap. 1.3) e objetivos (cap.2); a nossa técnica de abordagem dos sujeitos em campo (sub-cap. 3.4). Após refletirmos junto ao nosso grupo de estudo em pesquisa clínico-qualitativa e nosso orientador a melhor forma de testarmos nosso instrumento técnico para a coleta de dados, concluímos pelo procedimento habitual

em trabalhos qualitativos: a realização de entrevistas –piloto com sujeitos, em campo natural. Estas entrevistas têm a finalidade de aculturação e ampliação do domínio do assunto.

3.7.2. Contato com a Assessora de Saúde Mental do município.

Nós não poderíamos simplesmente entrar em campo e nos apresentarmos aos psiquiatras, assim como aos nossos propósitos de pesquisa.

Havia uma ética a ser respeitada, relacionada à posição dos cargos na hierarquia institucional.

A consulta para solicitarmos a autorização para a entrada em campo começou pela Assessora de Saúde Mental da Rede Básica do Município de Campinas.

Elaboramos uma Carta endereçada a ela, na qual nos apresentamos, assim como ao nosso orientador, onde pedimos a sua permissão para realizarmos a entrevista com os psiquiatras que davam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. (ANEXO 2).

O objetivo desta carta foi, também, o de assegurarmos o registro formalizado de nossa solicitação.

Telefonamos para a Prefeitura a fim de nos inteirmos quanto aos procedimentos para o envio da carta e, quando falamos com a secretária da Assessora, a Assessora atendeu a ligação e sugeriu que fôssemos até lá, entregar a carta pessoalmente. Acertamos dia e horário devidamente cumpridos.

Foi um encontro bastante agradável, onde houve muita disponibilidade da Assessora em estar nos passando informações sobre o campo de trabalho relativo à área da saúde mental.

Nós anotamos algumas informações no momento mesmo em que conversamos. Ao final do encontro, perguntamos se podíamos usá-las, ao que ela concordou dizendo “sem problemas” (sic).

Contou-nos que antes havia um Coordenador e Assessor trabalhando ali no gabinete, mas que, no momento, não havia mais Coordenador. Ela e outra responsável pela área estavam “fazendo as vezes nos cargos” (sic). Disse que, em 1997, quando foi aprovada a reforma administrativa da Prefeitura, a Saúde Mental não apareceu como um Programa. Só tinha um Coordenador na burocracia, na organização do Programa. Não sabia se “foi um furo ou um fato” (sic). Até 1996, havia um Programa mas que, na prática, nada mudou. Ela tinha vindo do CAPS, “da ponta, onde dá para sentir, para vivenciar bem a situação real” (sic). Não havia supervisão, de fato, nas Unidades Básicas. O profissional convivia com o “dane-se e pronto” (sic). Ninguém ia lá para saber o que eles estavam fazendo e nem como estavam fazendo. Então, quando chegava alguém interessado no trabalho deles, eles queriam muito falar sobre isso.

Abrimos aqui um parêntese para um breve comentário:- alguns colegas de nossa área profissional temiam pela possibilidade de nós não conseguirmos sujeitos para nossa pesquisa, pois, disseram, os psiquiatras não aceitariam falar, eles não iriam se expor e outras conjecturas mais.

A informação fornecida pela Assessora não ratificou este temor e mostrou-se mais de acordo com a avaliação de nossa mola propulsora, conforme citamos no sub-cap. 1.2, Justificativas. Posteriormente, foi a que se confirmou em campo.

A Assessora apresentou-nos os quadros, extensos, onde constavam os Departamento de Saúde, as Coordenadorias Regionais de Saúde (Equipe Regional de Coordenadores mais Supervisores), que respondiam, na região, pela Coordenação da Saúde da área. A hierarquia, em ordem decrescente, estava assim configurada:- Equipe de Supervisão; Supervisor Médico; Supervisor de Enfermagem; Supervisor da Saúde Mental; Supervisor de Odontologia; Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; Centros de Saúde; Coordenador do Centro e sua equipe. Apresentamos, apenas, os quadros contendo, especificamente, referências à área da saúde mental no sub-cap. 3.6.

Nem sempre o Coordenador do Centro de Saúde estava envolvido com as questões da Saúde Mental. O que acontecia com a Mental, às vezes, era atendido com a Odonto. “Tem o que sabe e o que apalpa” (sic). A Supervisão era o contato obrigatório mais próximo. O Supervisor tinha que conhecer a região direitinho, o que produz, o que não produz, se estava satisfatório ou não. Se o Coordenador fazia ou não fazia o que ele tinha que fazer. Eram 22 (vinte e duas) Unidades Básicas. Havia, antes, a Santa Mônica na Região Norte. Como surgiu a proposta de se montar um CAPS nesta região, foi feita uma readaptação na questão de R.H. Avaliaram a produção das Unidades e resolveram tirar a equipe do Santa Mônica que foi, então, integrada à do São Marcos: “engordaram a do São Marcos” (sic).

Foram muitas outras informações e consideramos que este foi o nosso aquecimento para entrarmos em campo.

Pensamos em nossos pressupostos formulados relacionando-os a tudo o que havíamos ouvido, mas, sabíamos que somente após a coleta e análise dos dados estaríamos em condições de chegar perto de alguma conclusão.

Ao final do encontro, a Assessora de Saúde Mental orientou-nos para que entrássemos em contato com os Coordenadores das Unidades a fim de que eles autorizassem nosso contato com os psiquiatras.

Nos quadros de trabalho das Regiões, constavam os nomes dos coordenadores das Unidades; a área de referência; equipe de saúde mental; endereço e telefone e horário de funcionamento.

3.7.3. Contato com os Coordenadores das Unidades

Tendo em mãos os nomes dos Coordenadores de cada Unidade e os respectivos telefones, entramos em contato, sem selecioná-los. Os telefones das Unidades são bastante congestionados. Fizemos a primeira ligação para uma, para outra e, assim, sucessivamente, até conseguirmos a coincidência de linha livre e o Coordenador presente naquele momento.

Os dois primeiros Coordenadores com quem conseguimos falar, de Unidades e regiões diferentes, foram bastante receptivos, entenderam os propósitos de nossa pesquisa e deixaram-nos à vontade para que fizéssemos o contato com os psiquiatras. Acharam melhor falarmos diretamente com eles, pois, eles é que deveriam responder se aceitavam ou não participar da pesquisa e organizarem-se dentro de seus horários para que realizássemos a entrevista, caso aceitassem.

Assim, forneceram-nos os nomes dos psiquiatras que davam atendimentos naquelas Unidades e os horários de seus atendimentos.

Falamos com os Coordenadores sobre a carta que havíamos elaborado, endereçada a eles, e os objetivos desta (ANEXO 3). Nós as levamos, pessoalmente, quando fomos até às Unidades para deixarmos as cartas endereçadas aos psiquiatras.

3.7.4. Contato com os Psiquiatras para as entrevistas piloto

A possibilidade da ocorrência das entrevistas ficou, portanto, a cargo da anuência dos psiquiatras.

Telefonamos para aqueles que davam atendimento nas Unidades que estavam sob os cuidados de cada Coordenador com quem havíamos falado.

Foram, igualmente, dois telefonemas, dois psiquiatras. Explicamos a eles nosso projeto, nossos objetivos e a necessidade das entrevistas. Fizemos o convite por telefone mesmo e ambos, também bastante receptivos, concordaram em participar como sujeitos mediante a leitura que lhes fizemos dos critérios de inclusão e dos critérios éticos.

Marcamos um horário que fosse melhor para a entrevista, a partir da agenda deles.

Procuramos deixar bem resolvida esta questão do horário para preservá-la, à medida do possível, de aspectos que pudessem vir a prejudicar o seu andamento, comprometer sua qualidade, como por exemplo, sucessivas interrupções externas durante a sua realização, mesmo sabendo que este *setting* natural tinha as suas emergências, as suas particularidades.

Informamos aos psiquiatras sobre a carta, os objetivos desta e a levamos antecipadamente nas Unidades onde se deram as entrevistas também para nos situarmos previamente quanto à localização do campo (ANEXO 4).

Deixamos as cartas com as atendentes das secretarias para que elas fossem encaminhadas aos psiquiatras.

3.7.5. Entrevistas- piloto: considerações gerais

Os psiquiatras nos receberam de maneira simpática, demonstrando interesse pelo tema da pesquisa. Estavam com as cartas em mãos e ambos comentaram que acharam interessante recebê-la. Além de ela haver permitido que eles se situassem melhor quanto ao título do projeto, ela propiciou a abertura de um espaço interno para que eles repensassem um pouco a respeito de seus encaminhamentos e dos fatores que acabavam por “fazer as coisas acontecerem lá” (sic).

Após nos acomodarmos ante as apresentações e nos instalarmos na sala onde eles davam seus atendimentos, revimos os critérios de inclusão e os critérios éticos a fim de nos certificarmos quanto a se eles haviam ficado claros por ocasião de nosso contato telefônico.

Mediante a ratificação de seus consentimentos, demos início à entrevista propriamente dita.

Introduzimos a primeira questão do roteiro, que teve a função de pergunta disparadora, cuja finalidade foi a de desencadear a fala dos psiquiatras.

As entrevistas transcorreram com certa autonomia e improvisação, possibilitando a expansão das manifestações dos sujeitos, orientação, dentre os outros autores já citados, também referida por BARDIN (1995), sendo que o tempo de duração variou entre uma hora e quinze minutos à uma hora e cinquenta minutos.

Estas duas entrevistas foram úteis não apenas no sentido de ratificarem a eficácia de nosso roteiro, mas também, pelo que nos permitiram avaliar nossas atitudes em campo neste encontro com os sujeitos, segundo a finalidade específica de coleta de dados. O roteiro foi uma ferramenta que nos possibilitou acompanhar as variações do campo sem que nos perdêssemos de nossos propósitos de pesquisa. Ele conduziu-nos à abertura do diálogo necessário, dando-nos a liberdade, tanto quanto ao entrevistado, de transitarmos por entre as nossas falas. Terminadas as entrevistas, ambos os profissionais acharam que todos os psiquiatras que fossem convidados para participar da pesquisa iriam aceitar. Que não teríamos problemas para encontrar sujeitos.

Mais uma vez vimos confirmadas as considerações de nossa mola propulsora e as informações da Assessora de Saúde.

3.7.6. Registro imediato do material não gravado

Tanto antes do início das entrevistas quanto após o seu término, os sujeitos fizeram colocações e confidências que julgamos importante considerar. Em ambos os casos perguntamos se poderíamos utilizar estas informações trazidas e ambos concordaram.

Disseram que não haveria problemas quanto a isso. A partir de então passamos a fazer os registros do material não gravado assim que saímos da sala de entrevista, a fim de assegurarmos a maior fidedignidade possível para com a fala do sujeito e/ou mesmo nosso diálogo, se fosse o caso.

E antes de iniciarmos a primeira entrevista, o gravador falhou, fato que só pudemos constatar depois, quando fomos conferir a gravação em nosso gabinete de trabalho.

Adotamos, então, o procedimento metodológico de escuta da gravação logo após o término de cada coleta de dados a fim de verificarmos a inteligibilidade das falas e considerarmos a necessidade ou não de realizarmos um segundo encontro. Sempre reforçamos com os sujeitos a possibilidade desta ocorrência ao final de cada entrevista.

Alguns psiquiatras brincaram: - “só preciso ver se eu vou lembrar de tudo o que eu disse pra falar de novo” (sic).

3.7.7. Transcrição literal das entrevistas

As entrevistas foram transcritas, literal e fidedignamente, por outra pessoa detentora de nossa maior confiança, de idoneidade moral comprovada, ciente quanto à ética relativa ao sigilo necessário.

Este procedimento, tanto da transcrição literal quanto a dela ser feita por outra pessoa teve, por finalidade, garantir que todos os signos expressos nas nossas falas fossem registrados tal como verbalizados.

3.7.8. Análise dos dados das entrevistas-piloto

Após as transcrições estarem prontas, nós retomamos a escuta das gravações conferindo-as com o material transcrito.

Foi interessante observarmos os tantos vícios de linguagem dos quais nem sempre nos damos conta durante sua ocorrência, mas que foram pacientemente transcritos pelo nosso auxiliar. Chegamos, por várias vezes, a voltar as fitas sobre os mesmos trechos para conferir, por exemplo, se o número de 'é, é, é' que ele havia redigido conferia com a fala verbal a fim de nos certificarmos, já a partir daí, a possibilidade da existência de possíveis sentidos e significados que deveriam ser sujeitos à nossa interpretação.

A maneira como procedemos à análise dos dados e à interpretação dos resultados está descrita no sub-capítulo 3.8.

3.7.9. Validação das entrevistas piloto

Para discutirmos nossos procedimentos iniciais em campo, assim como validarmos nosso instrumento, os critérios de inclusão, os critérios éticos, nossa análise e interpretação dos dados transcritos das primeiras entrevistas, usamos a corroboração por parte de nosso orientador e dos componentes de nosso grupo de estudo do Método de Pesquisa Clínico-Qualitativo, hoje Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, tal como oficializado em Reunião Ordinária do Conselho Departamental ocorrido em 10 de abril de 2000, junto ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP, sob os cuidados do Prof.Dr. Egberto Ribeiro Turato.

Eles foram os juízes que checaram nossas considerações sobre o alcance ou não dos objetivos, nossas interpretações sobre os temas relevantes e com quem trocamos sugestões e esclarecemos dúvidas quanto aos procedimentos metodológicos que estavam envolvidos.

3.7.10. Prosseguimento da coleta de dados

Após a avaliação positiva desta fase, demos prosseguimento à busca dos sujeitos para continuarmos a coleta de dados. A condução foi a mesma dada para as entrevistas piloto:

- Telefonemas para as Unidades sem selecioná-las, a partir do quadro fornecido pela Assessora.
- Conversa por telefone com os Coordenadores.
- Conversa por telefone com os psiquiatras, confirmação como sujeitos mediante a leitura dos critérios de inclusão e critérios éticos.
- Entrega das cartas nas Unidades Básicas.
- Realização das entrevistas nas datas e horários marcados.

No sub-capítulo 3.5, 'sujeitos da pesquisa', já apresentamos as especificações referentes à amostra.

Mesmo por seleção aleatória, quando completamos a oitava entrevista, nos demos conta de que tínhamos, pelo menos, um representante de cada região, segundo o quadro de referência.

Embora não tenha sido este o critério que nos levou a encerrar o trabalho de coleta de dados, foi uma observação interessante que nos brindou com a satisfação de termos percorrido todo o campo referente às 5 (cinco) regiões da cidade: a Região Norte, a Região Sul, a Região Leste, a Região Sudoeste e a Região Noroeste.

3.7.11. Apresentação formal das entrevistas

As entrevistas-piloto, devido a como contemplaram os interesses do estudo, foram consideradas oficiais, compondo o corpo das demais entrevistas da pesquisa (ANEXO 5).

Mas, a fim de anexarmos as entrevistas a este trabalho, consideramos a possibilidade de editá-las pela seguinte questão: o extenso volume do material.

Já havíamos encerrado a fase de análise procedida sobre as transcrições literais.

Consultamos, então, um lingüista para sabermos *se* e *como* poderíamos reduzir os excessos contidos nas falas e *se*, também, poderíamos formatá-las quanto a correções ortográficas sem que isso afetasse em absoluto o conteúdo significativo analisado. Este lingüista, Dr. Celso Ferrarezi Jr., é uma autoridade em pesquisas e estudos da língua, com livros publicados na área.

Ele contou-nos que o primeiro cidadão a abordar esse tipo de questão foi YAKOBSON (1969) em sua teoria das funções da linguagem. Ele identificou as ocorrências do que denominou linguagem fática a qual, segundo ele, servia para testar o canal de comunicação. Foi no início da era das telecomunicações. Fica fácil entender sua

idéia: ao pararmos de emitir qualquer som ao telefone, de falarmos *é, é, é... ã, ã, ã... tá, tá, tá...* a pessoa do outro lado da linha vai procurar se certificar quanto a se estamos ouvindo o que ela está falando. Vai testar se o canal de comunicação ainda está funcionando.

Na interação face a face o canal de comunicação é o ar, que propaga o som. Nós estaremos confirmando é se o interlocutor está prestando atenção no que estamos dizendo e se, principalmente, está em atitude cooperativa no ato da comunicação. E isso pode ser feito de forma conjugada com outras funções, tais como a negação, a confirmação, a ironia.

Podemos, com isso, atribuir a um *né?* inúmeras significações. O problema começa quando esta atitude torna-se um hábito, um vício de linguagem. E tal vício pode se acentuar quando a pessoa está em situação de tensão, como, por exemplo, pode se dar em uma entrevista. Ela pode acionar o disparador de *né*.

Segundo ele, isso é o ponto simples da questão.

O que não é simples diz respeito ao pesquisador ter suficiente clareza para separar o *né?* que tem do *né?* que não tem significado. Não há fórmula para isso.

Então, com base na teoria lingüística, podemos cortar uns e deixar outros *nés?*, *tá?*, etc, se temos justificativa discursiva para isso, como contexto de aparição, frequência, nível do discurso e outras razões fundamentadas. E sempre que o *né?* tiver uma significação, essa significação poderá ser restaurada pelo fio semântico do discurso.

Se para YAKOBSON a questão passa pelo que é desprovido de sentido e serve apenas como uma confirmação do canal de comunicação, segundo a teoria de FERRAREZI Jr (2001) trata-se de uma ação de verificação do grau de cooperação interlocutiva. De qualquer forma, ainda sem um significado nocional stricto sensu.

Assim, sempre que encontrarmos uma significação que não seja meramente fática, estaremos diante de algo que faz sentido no discurso.

E a linguagem escrita deve guardar fidelidade de conteúdo com a linguagem falada, a não ser que os objetivos da pesquisa visem ao estudo da língua.

Não foi o nosso caso.

Assim, organizamos as entrevistas reduzindo os excessos relativos meramente a vícios de linguagem visando, também, facilitar a leitura.

Fizemos, portanto, a adaptação da fala verbal para a fala escrita, sem mexermos nos conteúdos, mas apenas atendendo à finalidade estética facilitadora da leitura.

Talvez elas tenham perdido um pouco da representação de sua densidade emocional que, esperamos, possa ter sido contemplada em nossa Discussão dos Resultados.

3.8. ANÁLISE DE CONTEÚDO NA DELIMITAÇÃO DAS CATEGORIAS

*Cessa o teu canto, cessa
porque enquanto o ouvi,
ouvia uma outra voz
como que vinda nos interstícios do brando encanto
com que o teu canto vinha até nós.
Ouvi-te e ouvi-a, no mesmo tempo.
E diferentes, juntas,
a cantar.
E a melodia, que não havia,
se agora a lembro
faz-me chorar.*

Fernando Pessoa

3.8.1. Pré-análise

Ao iniciarmos esta etapa de tratamento dos dados através das iniciais leituras e releituras flutuantes das transcrições literais das entrevistas, ocorreu-nos esta passagem de um poema de Fernando Pessoa, acima citada em epígrafe.

Novamente os poetas nos socorreram através de seus arranjos apropriados de palavras.

Livres de regras e normas, eles conseguem significar com propriedade em suas composições o que se passa com um pesquisador durante um determinado percurso no caminho da produção de um saber científico. No caso, a necessidade que tivemos de dizer às nossas justificativas, aos nossos pressupostos, aos nossos objetivos ruidosos para que, neste primeiro momento, cessassem o seu canto a fim de que ouvíssemos um outro canto que vinha junto até nós. O canto das falas dos psiquiatras, ora em voz clara e explícita, ora em outra voz implícita, oculta.

E assim como fomos parte integrante do campo natural de coleta de dados, fomos parte integrante do campo de análise desde este momento. A relação com as falas foi dinâmica, foi como re-entrevistar os psiquiatras, mas, com a possibilidade de nos questionarmos quanto às nossas intervenções, esclarecermos pontos obscuros que ficaram das respostas anteriores, retomarmos questões que percebemos serem mais significativas com o objetivo de explorá-las melhor. E encontramos dificuldades para nos relacionarmos com alguns trechos da leitura. Dissemos em solilóquio “vai ver que não foi bem isso que ele quis dizer, ou, houve erro de transcrição”. Mais de uma vez retomamos a escuta de algumas gravações por inteiro a fim de conferirmos estes determinados trechos.

Atribuímos o fato ao potencial que as leituras tiveram de nos remeter à vivência ocorrida em campo sob todas as nuances. Elas desenharam em nossa memória a experiência com tal perfeição de detalhes que fizeram-nos reviver as mesmas sensações, os mesmos sentimentos primeiros. A partir daí, pudemos entender o incômodo que ocorreu-nos, mobilizando-nos o desejo de uma retificação.

A relação com a maioria dos psiquiatras foi notadamente de grande empatia. Foi positiva, foi cooperativa, foi boa. E neste momento de análise dos dados tememos assumir uma atitude crítica negativa. Como se analisar estivesse tendo o mesmo sentido de criticar. E para nós, seria cometer uma traição e não queríamos. Então resistimos ante alguns trechos, negando alguns aspectos que as leituras nos mostraram. Mas, depois da compreensão e elaboração, não pudemos passar por cima e muito menos pudemos cometer o engano crasso de recorrer a uma pretensa neutralidade na análise.

Nossa obrigação foi a de zelarmos pela não ocorrência de vieses a partir de ambas as possibilidades. Comprovamos, sem que tenhamos para isso nos planejado, a importância da transcrição ter sido feita por outra pessoa. Esta, isenta de qualquer relação de compromisso afetivo com os sujeitos, cumpriu com fidedignidade o seu trabalho de passar literalmente as falas para o papel, tais como registradas nas gravações.

Aquele era o material a ser analisado.

Se o consertássemos, não teríamos pesquisa idônea. Não teríamos dados que nos conduzissem a uma discussão válida, e muito menos poderíamos chegar a uma conclusão compatível com a fração da realidade que colhemos. Esta precisou ser identificada, descrita, analisada, entendida e discutida.

Estas duas etapas de trabalho, coleta e análise dos dados constituíram, portanto, forças fundamentais de nossa pesquisa, confirmando-as quanto à natureza cíclica, interativa e flexível como já descrito por autores renomados (BRITTEN; JONES; MURPHY, 1995).

3.8.2. Categorização e sub-categorização

É importante esclarecermos que o não nos prendermos aos objetivos e aos pressupostos pré-estabelecidos durante a pré-análise, é uma proposta metodológica considerada por autores tais como POPE & MAYS (1995) e inclusive ratificada como proposta técnica por ANDRÉ (1983), orientação que privilegiamos na condução da análise dos dados. Segundo essa proposta, os significados e as interpretações, os tópicos e os temas

devem surgir a partir da percepção do pesquisador quanto aos fenômenos no contexto. O pesquisador deve seguir por um caminho indutivo, fazendo uso de sua intuição e subjetividade no processo de selecionar, categorizar e interpretar a informação.

Assim, a partir da pré-análise, aumentamos o volume dos nossos pressupostos e objetivos de maneira a reavê-los para podermos caminhar em direção à redução do material na condução desse quebrar em pedaços para depois juntar num todo compreensivo.

Foram auxiliares importantes nossa orientação teórica e experiência anterior, assim como nossos valores, crenças e perspectivas.

Nosso foco na investigação se voltou, às vezes, para aspectos mais concretos, às vezes para concepções mais abstratas, mas sempre mediante a impregnação do conteúdo transcendendo o explícito, desvelando as mensagens implícitas, as dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados (LUDKE E ANDRÉ, 1986).

Freqüentemente revimos, questionamos e reformulamos os tópicos e temas destacados. Os tópicos, um assunto, estão ligados a aspectos mais concretos enquanto os temas, uma idéia, estão relacionados a concepções mais abstratas.

À medida que encontramos fragmentos ou um conjunto de fragmentos com sentidos e significados comuns, nós os agrupamos nas primeiras categorias. Mas destacamos, também, fragmentos pela relevância, pelo que apresentaram de incomum em suas especificidades. Obtivemos a primeira redução do material e continuamos abertos para a possibilidade da surpresa de novas significações até que chegamos a um ponto da análise em que confundimos os sujeitos das falas tal a mistura já ocorrida com todo o material. Por exemplo:- um fragmento de entrevista nos lembrou um outro de outra entrevista. Fomos checar e não era daquela. Era de outra. Isso aconteceu muitas vezes no final do processo de categorização.

Já, então, a redução do material permitiu um reagrupamento do todo em um número ainda menor de quatro categorias, com algumas sub-categorias.

Assim procedemos, até que demos por encerrada nossa análise. Lembrando TRINCA (1984), com quem concordamos, o pensamento clínico do psicólogo deve ocorrer como conseqüência natural da permissão que este se concede de usar os recursos de sua mente para avaliar os dados de um caso e é o que decide, em última instância, sobre a importância e o significado dos dados.

3.8.3. Apresentação dos resultados

Apresentamos os resultados sob um esquema mais objetivo, mas, procedemos à análise ou interpretação dos achados de uma forma predominantemente descritiva, sendo que usamos fragmentos tirados das próprias falas dos entrevistados como ilustrações. Um mesmo fragmento pode estar presente em mais de uma categoria ou sub-categoria por conter mais de um sentido e significado, tanto manifestos quanto latentes. A apresentação descritiva é exaustiva quanto a sua organização, principalmente se os dados a serem discutidos das falas são inúmeros requerendo, ainda, um aprofundamento na discussão. Isto pode contribuir para que o leitor a considere cansativa, com isso refletindo, de certa forma, a própria exaustão vivida pelo pesquisador durante a organização. É natural, principalmente se a riqueza do material coletado impõe limites quanto aos cortes a serem feitos, quanto ao que deve ser e o que não deve ser deixado de lado. E, após toda a experiência vivida em campo com os sujeitos e todo o labor nas posteriores fases da pesquisa, o pesquisador aquilata menos a exaustão e mais a importância das informações registradas.

Mesmo assim, estivemos cientes de que a nossa organização foi apenas uma possibilidade de apresentação do fenômeno. Um fenômeno cuja análise só tem seu sentido validado dentro do contexto das entrevistas realizadas neste campo complexo das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas, segundo um recorte específico, em um momento particular, desenhado pelas características pessoais próprias da pesquisadora e dos sujeitos da pesquisa, numa relação única no tempo e espaço, irreduzível a qualquer reprodução.

E, por mais atentos, disponíveis e treinados que tenham sido nossa escuta e olhar clínico-qualitativo não demos conta, certamente, de ouvir todas as letras e melodias contidas nestas falas ou mesmo de identificar todas as paisagens desenhadas pelos pincéis pessoais-profissionais dos psiquiatras.

Por mais que tenhamos debruçado nossa atenção em busca de sentidos e significados não conseguimos identificá-los todos e, menos ainda, interpretá-los sob todas as suas possibilidades.

Mesmo porque, em um trabalho clínico-qualitativo, devemos nos abster e abrir mão do desejo de chegarmos a um ponto final assim como nos destituirmos de pretensões quanto à formulação de enunciados universais de verdade.

Sabemos que, somente, chegamos a mais e mais pontos de partida, lembrando que a verdade absoluta em ciência é sempre relativa principalmente se o fenômeno em estudo diz respeito ao ser humano.

E, segundo MARTINS & BICUDO (1989, p.44) as descrições de um pesquisador podem ser tão emotivas tanto quanto ele deseja que elas sejam, mas nunca, porém, poderão ser certas ou erradas, pois, esse critério não é passível de ser-lhes aplicado.

3.8.4. Referencial teórico para discussão dos resultados

Nas interpretações dos resultados, seguimos pelos caminhos do campo de saber da Psicossomática, através das clássicas reflexões de seus pioneiros como Michael Balint, Danilo Perestrello, assim como de seus principais representantes contemporâneos, com eventuais apoios em concepções de orientação psicodinâmica.

Os conhecimentos psicanalíticos básicos tem exercido certo predomínio na discussão dos assuntos caros à Psicologia Médica pelo que ela releva quanto à presença de significados inconscientes nas palavras, ações e produções imaginárias do indivíduo.

A relação interpessoal da entrevista propiciou o aparecimento de conteúdos inconscientes que, com camuflada sutileza, acomodaram-se na estruturação das falas através de formulações tanto precisas quanto imprecisas das palavras.

Portanto, a soma de elementos desses referenciais teóricos nos orientaram em nossa discussão. Não nos deteremos em recolocá-los uma vez que já se encontram no subcapítulo 1.1, Revisão da Literatura.

4. RESULTADOS

*“O fim de todas as nossas explorações
será chegar ao lugar de onde partimos
e o conhecer, então, pela primeira vez”*

T.S.Eliot

4.1. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

4.1.1. Sobre a vivência da pesquisadora em campo

Esta vivência foi, para nós, a confirmação de uma das características registradas na fundamentação teórica do Método de Pesquisa Clínico-Qualitativo: a soberania do campo na condução de todo o processo.

Foi preciso, como pesquisadora, lidarmos com as idiosincrasias de cada experiência, pois, tais idiosincrasias atuaram como fatores de influência sobre a (des)organização de nossa programação previamente estabelecida.

Nenhuma entrevista foi igual à outra.

Os fatores próprios da pessoa do psiquiatra influíram em nossa articulação no setting. Cada encontro revelou uma inserção própria e peculiar de entrevistado e entrevistador.

4.1.2. Sobre o tempo das entrevistas

O tempo de cada entrevista esteve entre uma hora à uma hora e quarenta minutos de gravação. Foi comum o fato de todos os entrevistados acharem que não teriam muito para falar, que dez minutos seriam mais que suficientes. Ao término da entrevista, ficaram surpresos com o quanto haviam falado.

4.1.3. Sobre reações dos sujeitos frente ao gravador

Todos os entrevistados tiveram uma reação própria frente ao gravador.

Alguns colocaram no início da entrevista, explicitamente, preocupações, receios, incômodos com a gravação.

Outros não pareceram incomodados com a presença do gravador, mas, assim que o desligamos, relaxaram e continuaram falando por mais um bom tempo sobre questões significativas ao tema da pesquisa. Em uma entrevista apenas, não houve disposição de nossa parte para darmos continuidade à escuta.

Alguns sujeitos, ao término da entrevista, puxaram outros assuntos inclusive quanto à data da defesa deste trabalho. Cinco dentre os oito psiquiatras disseram que se os avisássemos, iriam assistir.

4.1.4. Sobre cuidados éticos.

4.1.4.1. Na denominação dos sujeitos. Sexo. Idade.

Os sujeitos foram denominados por letras, sem relação com a primeira consoante e/ou vogal de seus nomes. Este cuidado que tomamos teve por finalidade dificultar qualquer possibilidade de identificação. Seguimos, ordenadamente, a ordem alfabética de ‘A’ até ‘H’, ‘01’ a ‘08’.

Também toda e qualquer referência feita por eles que pudesse possibilitar uma identificação foi completada por reticências entre aspas : “...”.

Em uma entrevista na qual o psiquiatra trouxe um relato bastante específico quanto a uma situação vivida por ele na área de trabalho, com detalhes nominais de órgãos e instituições, mesmo revisando, no momento da fala, o critério ético e ele tendo autorizado a publicação integral dos dados senão “seria como cortá-lo pela metade...” (E), ponderamos pela omissão das referências. Não consideramos que o tenhamos cortado pela metade em função da manutenção do relato. O que fizemos foi priorizar o nosso dever de pesquisadora de proteger o sujeito de qualquer malefício que pudesse ocorrer-lhe.

A amostra foi composta por sujeitos de ambos os sexos, mas, não tivemos como objetivo analisar fatores relacionados a este aspecto assim como aos relativos à idade dos sujeitos e tempo de formação. Citamos, apenas, como dado informativo, mas, podemos acrescentar a título de enriquecimento que a idade não pesou na fundamentação das

considerações dos psiquiatras quanto às suas indicações de tratamento e fatores de influência sobre estas indicações. Houve aqueles mais novos, formados há menos tempo, esperançosos quanto à melhora de questões relativas à área da saúde mental, tais como dificuldades de trabalho, de estabelecimento diagnóstico, de cura. Houve os mais novos, formados há mais tempo, desiludidos quanto às mesmas questões. Houve os mais velhos, formados há mais tempo, com posturas semelhantes tanto quanto a um e outro dos aspectos acima citados nos dois exemplos.

4.1.4.2. Na citação de instituições. Referências nominais a profissionais. Pontuações de aspectos da fala verbal.

Em relação às instituições de saúde citadas nas falas dos psiquiatras nós as designamos, uniformemente, por reticências entre aspas: "...". Estes cuidados foram devidos ao fato de não termos a autorização destas instituições para citá-las nominalmente. Mantivemos apenas citações por extenso de serviços ligados diretamente à Prefeitura, uma vez que entramos em campo mediante autorização da Assessora de Saúde Mental.

Os nomes de outros profissionais da área, citados pelos psiquiatras, nós os designamos, uniformemente, pela consoante "X".

As reticências (...), intermediando as falas, fizeram referência a intervalos mais longos nas falas.

4.1.5. Sobre pacientes da Rede.

Alguns psiquiatras nos informaram que a maioria dos pacientes da Rede é constituída por mulheres. Alguns consideram que este quadro, aos poucos, está mudando. A maioria da população atendida é de adultos, sendo a depressão o principal fator da demanda. Em menor número, os pacientes apresentam quadros de psicose.

4.1.5.1. Vias de acesso dos pacientes ao psiquiatra.

O paciente chega para atendimento psiquiátrico através de mais de uma via.

Existem aqueles que chegam à Unidade e solicitam diretamente consulta com o psiquiatra. Eles podem estar em atendimento na área há tempos, na própria Unidade, ou, terem sido encaminhados por outros Serviços. Podem ser egressos e podem, ainda, estar buscando atendimento na área da saúde mental pela primeira vez.

Existem aqueles que são encaminhados para o psiquiatra a partir da triagem que, segundo a organização da equipe de saúde mental na Unidade, é feita tanto pelo psiquiatra quanto por outros profissionais.

O encaminhamento pode, ainda, ser decidido pelas recepcionistas atendedoras, a quem compete agendar as consultas na Unidade.

4.1.6. Comentários iniciais sobre as entrevistas.

4.1.6.1. Necessidade de trazer de imediato a precariedade de fatores institucionais relativos à sala de atendimento.

Foi uma entrevista agradável onde o sujeito mostrou grande interesse em colaborar.

Ele estava, além de interessado, bastante ansioso, apertando constantemente as mãos uma na outra, usando muitos gestos de braços e mãos. Foi nossa primeira entrevista em campo e teve, para nós, uma função similar à função estabelecida para as Unidades Básicas na Rede: foi uma *porta de entrada* quanto a algumas informações referentes a normas estabelecidas para os atendimentos na área da saúde mental.

Antes de começarmos, o psiquiatra pediu muitas desculpas por nos receber naquela sala *entulhada* de coisas, que era mais um depósito que uma sala de atendimento. Mas que ele ainda podia se dar por feliz, pois, os outros não contavam nem com uma sala como aquela.

Referiu-se a uma goteira que quando chovia alagava tudo, sendo atendida com baldes para que ele pudesse continuar seus atendimentos, extravasando sua indignação com o fato.

Disse que tinha que ser assim porque não havia muito o que fazer no momento. Ele precisava daquele dinheiro que, aliás, era bem melhor que em outros lugares, pois, tinha um adicional devido ao local. Ninguém queria ir atender lá devido à distância.

Após desligarmos o gravador, ele disse que foi muito bom ter falado, que gostou da entrevista e que acreditava que todos os psiquiatras que ele conhecia e trabalhavam nas Unidades iam concordar em colaborar. Pediu que avisássemos o dia da defesa da tese, pois, gostaria muito de assistir.

Logo após o término da entrevista, lembrando de tudo o que foi dito, pensamos em nossos objetivos e tivemos a impressão de que o conteúdo gravado nada teria que os atendesse. Pensamos em qual teria sido a *goteira* que pingou, atrapalhando e nos dispersando. Entendemos que seria necessário focar a atenção em cada pingo presente no volume de água inundado, fisgá-lo da condição de dissolvido no todo.

Mas, à medida que tomamos distância física do campo, a sensação difusa aos poucos cedeu lugar à percepção mais clara e, após a primeira escuta, pudemos constatar a presença de dados relativos aos fatores pesquisados.

Percebemos, então, que o trabalho de análise dos dados seria como o de uma verdadeira garimpagem: partir de camadas externas, brutas, concretas e seguir lapidando-as com disciplina e paciência, em busca da beleza sutil da pedra escondida nas camadas internas.

Exemplificamos com dois trechos da entrevista:

1º. - “Faço o que dá, né,... assim, indico o que é possível, viável aqui, né. A gente sabe o que seria ideal indicar, tem noção do que deveria ser para o melhor para o paciente, ...o que é que eu devo levar em conta com o paciente, mas...”.

2º. - “Eu sou assim mesmo... sou chato mesmo, e sempre fui, sou turrão mesmo, e quer, quer, não quer vai embora. Procura outro. Eu não vou medicar”.

4.1.6.2. Fatores institucionais latentes (interferindo sobre o setting interno do psiquiatra, tornados manifestos com o gravador desligado).

Por ocasião do contato telefônico, a psiquiatra manifestou uma preocupação inicial com um possível desagradado por parte da Coordenadora da Unidade, em função de que a entrevista ocuparia um espaço físico e tempo em sua agenda de atendimento.

Que sua agenda estava uma loucura e se, em função disso, poderíamos fazer a entrevista em outro horário e local, pois, gostaria muito de participar. Só queria antes assegurar-se quanto a se não teria problemas mesmo. Dissemos para que fizesse como achasse melhor. Ela anotou nosso telefone e nos retornou, no mesmo dia, dizendo que estava tudo certo. Só que o único horário possível para ela foi à noite e em outro local mesmo. Concordamos. O ‘campo’, no caso, continuou sendo as Unidades Básicas, mas de onde a psiquiatra pode estar para falar a respeito.

Seu cansaço e tensão foram evidentes e influenciaram na dinâmica da entrevista que, inicialmente, foi lenta. Mudou depois que desligamos o gravador e ela trouxe a questão que havia deixado-a exausta e deprimida naquele dia e que também deu sentido à sua preocupação em garantir-se com a Coordenadora quanto a se não teria problemas, antes de positivar sua resposta para participar da pesquisa.

Assim, ao desligarmos o gravador, ela *disparou* a falar e o fez por aproximadamente quarenta minutos. Usamos o termo *disparou* pelo seu sentido de algo que se atira, que parte feito uma flecha. Atribuímos o *disparador* da seqüência que se deu ao fato de termos desligado o gravador.

Ela fez colocações quanto ao fato de considerar que a Coordenadora estava interferindo no trabalho dos psiquiatras na Unidade, querendo impor normas e regras a serem cumpridas quanto à realização de mais atendimentos grupais. (Este dado, nas entrevistas posteriores, apareceu como uma determinação da Secretaria de Saúde). A Coordenadora estava querendo “decidir arbitrariamente” (sic) o que era para o psiquiatra levar em conta no atendimento ao paciente e qual tratamento deveria ser indicado. Ex: “Você está com poucos grupos. Por que fulano faz mais grupo que você” ?

Isso, na sua visão, era comparar o rendimento dos profissionais, fazendo clara alusão de que talvez o ‘fulano’ estivesse mais de acordo com o cumprimento das regras.

A psiquiatra, junto com os demais profissionais da equipe de Saúde Mental da Unidade, resolveu se fechar em seu direito de não acatar a decisão da coordenação e, a partir dali, iria agendar novas consultas apenas para quando fosse possível. Estava fazendo encaminhamentos dos novos pacientes para outros lugares, priorizando a manutenção dos atendimentos que já estavam sendo feitos (na entrevista ela falou sobre encaminhamentos como consequência do fator demanda excessiva e não como uma retaliação decidida a partir dos fatores aqui citados).

Falou que achava um absurdo esse nível de interferência assim como a proposta de ir entulhando pessoas em grupos apenas para dar conta da demanda, para ser politicamente correto.

“Essa história de tentar não deixar ninguém de fora é um absurdo, é teoria, é irreal” (sic). Ter que fazer grupos, sem atentar para o fato de se o caso era ou não para grupo e mesmo para psicoterapia, só porque a coordenação queria, isso ela não ia fazer.

Achava melhor fazer o que fosse possível pelos que já estavam em atendimento do que tentar atender toda a demanda para simplesmente fazer números e tapeação. “Se for pra fazer isso, é, então, medicar e boa” (sic).

Disse que estava com isso “quentinho” (sic) na cabeça para falar porque fizeram uma reunião naquela tarde onde discutiram muito o assunto e decidiram por uma espécie de greve. Pediram uma reunião com a Assessora da Saúde Mental e, até lá, as agendas estavam fechadas.

4.1.6.3. Identificação da pesquisadora com jornalista e fatores próprios da pessoa do psiquiatra levando a pesquisadora ao papel de psicoterapeuta.

Mesmo após termos lido os critérios de inclusão e os critérios éticos, o psiquiatra mostrou-se preocupado com a questão da gravação. Revelou que tinha um certo receio pelo que via acontecer. Às vezes a pessoa falava uma coisa e não era aquilo que era

publicado “pela imprensa” (sic). Achamos engraçada a identificação e comentamos isso. Ele riu, e disse:- “Ah! É! Você não é jornalista ”! (sic)

Lembramos a ele seus direitos, ou seja, caso ele quisesse, poderia dar uma lida na transcrição da entrevista para ver se sua fala conferia com o que ele havia dito, antes que déssemos início ao trabalho de análise dos dados. Ele tinha, para isso, o número de nosso telefone a fim de comunicar a sua decisão. Também o lembramos quanto à liberdade que lhe era garantida de mudar de idéia a qualquer momento da pesquisa, inclusive naquele momento, caso não quisesse mais fazer a entrevista, ao que ele respondeu:- “Ah! É? Ah! Tá! Então, podemos começar”. (sic)

A entrevista foi realizada em outro local no qual o psiquiatra dava atendimento pelo fato de ele não dispor, em sua agenda na Unidade, de um horário livre. Era o único psiquiatra da Unidade. Ele mesmo propôs, por telefone, que realizássemos a entrevista neste seu outro local, que era melhor do que não fazê-la.

Embora ele tenha sido bastante simpático, até com um certo humor, foi uma entrevista cansativa. Em um determinado momento pudemos perceber que estávamos no papel de psicoterapeuta quando, então, a entrevista ficou mais fácil de ser conduzida. Mas, como estávamos ali como pesquisadora, retomamos nosso papel.

A entrevista voltou a ficar cansativa, repetitiva, e permitiu-nos perceber as dificuldades do psiquiatra em trabalhar com suas dores mentais.

Ficou interessante quando ele falou a respeito das novas normas institucionais relativas a atendimentos grupais, deixando claro qual era a sua experiência e sua visão quanto à proposta. Que priorizá-la, não estava acima da necessidade de manutenção de seu emprego. Ele poderia pedir demissão. Os limites colocados pela Instituição parece que serviram de contraponto para que ele resgatasse e reafirmasse a sua objetividade e os seus limites em nosso encontro podendo, inclusive, propor-nos um tema de pesquisa.

4.1.6.4. Curiosidades e trocas entre pesquisadora e sujeito sobre o campo de saber da área 'psi'.

O psiquiatra manifestou, inicialmente, curiosidade quanto ao número de profissionais que iríamos entrevistar. Dissemos que não havia um número pré-determinado por ser um trabalho com Método Qualitativo. Faríamos entrevistas, até percebermos que o material coletado era suficiente para procedermos a uma análise que contemplasse os objetivos da pesquisa. Ele disse achar interessante este método de pesquisa e falou sobre campos de saber da área “psi”, dentre os quais citou o Campo de saber Psicossomático como merecedor de sua admiração. Conversamos a respeito. Ele falou-nos, também, sobre os estudos que estava fazendo, atendendo a um seu interesse específico. Estava ansioso, preocupado com que não fossemos interrompidos por ninguém. Trancou a porta da sala a chave. Revimos todos os critérios de inclusão e éticos ante os quais ele comentou: -“Tudo bem quanto a isso tudo. Não tem problema”.(sic)

Mas, quando desligamos o gravador ele disse, com bastante descontração e ênfase:- “Ah! Tem um fator que eu considero também importante. É atender paciente que o clínico pode muito bem atender” (sic). Quando fizemos menção de ligar o gravador ele arrumou sua postura na cadeira e percebemos sua tensão. Desligamos o gravador, ele relaxou e falou por mais um longo tempo.

4.1.6.5. Gravação definindo o setting da entrevista.

Ao chegarmos à Unidade, uma funcionária nos encaminhou até a psiquiatra que se encontrava à nossa espera. Nos encontramos em um corredor onde ela conversava com funcionários sobre questões pertinentes ao atendimento de pacientes ao mesmo tempo que, atenciosamente, prestava esclarecimentos a dois pacientes quanto ao uso da medicação prescrita. Convidou-nos para acompanhá-la até um local externo, um quintal sob árvores, muito agradável, próximo a uma sala onde um grupo de pacientes fazia trabalhos artesanais. Ela atendia a este grupo no momento em que chegamos. Ele era composto por, aproximadamente, nove pacientes. Ela nos apresentou dizendo:- “Pessoal, esta é a Gláucia” (sic). Um paciente perguntou se pertencíamos à Unidade e se iríamos trabalhar com eles.

Ela disse que não, fazíamos Mestrado, que é algo feito após o Curso Universitário, e que estávamos ali para entrevistá-la como parte de nossa pesquisa. Todos sorriram e alguns nos disseram: - “Boa sorte”! Foi emocionante ouvir isto naquele momento e ficou como uma boa lembrança.

Quando sentamos no local arborizado ela viu o gravador e lembrou-se deste critério.

Achou melhor realizarmos a entrevista em sua sala devido ao “intenso barulho da rua” (sic). Mas, disse: - “Nós ficaremos mais à vontade em minha sala” (sic), olhando ao redor e apontando com o dedo indicador para dentro da Unidade. Sua sala era nos fundos da Unidade, no extremo oposto de onde estávamos, bastante isolada por portas. Fomos para lá. Esperamos dez minutos enquanto ela viu alguém para tomar conta do grupo.

4.1.6.6. A contratransferência.

Chegando à Unidade, a atendente da secretaria informou-nos que a psiquiatra nos aguardava em sua sala. Fomos até lá e, após as apresentações iniciais, ela disse que quando recebeu a carta, leu, e ficou pensando: “em que um psiquiatra teria a dizer que poderia ter alguma importância para a sua pesquisa, sendo você psicóloga” (sic).

Ela estava tensa, com as mãos trêmulas, falou olhando para a mesa. A colocação causou-nos surpresa e nossa escuta fixou as palavras “psiquiatra – importância – pesquisa – psicólogo”. Perguntamos:- “Você acha que não tem nada a dizer que possa ser de algum proveito, trazer alguma informação que possa auxiliar na pesquisa que estamos fazendo”? Ela abaixou novamente a cabeça e pudemos perceber que ela havia chorado. Respondeu:- “Mas que importância pode ter o que um psiquiatra faz na Unidade Básica que possa interessar a um trabalho de pesquisa”? Nosso registro foi da supressão da palavra psicólogo, e acréscimo da palavra Unidade. Respondemos que na nossa pesquisa a importância estava na visão do psiquiatra a respeito dos fatores que influenciavam suas indicações de tratamento na Unidade Básica. Respondemos com o título da pesquisa, mas, pudemos ouvir a ênfase que demos à “visão do psiquiatra”. Ela levantou a cabeça, postou-

se ereta na cadeira e disse “Ah”!, com movimentos ascendentes e descendentes de cabeça mudando completamente sua atitude. Ficou receptiva. Neste momento, ao invés de lermos primeiro os critérios de inclusão como costume até ali, conversamos sobre os critérios éticos. Perguntamos se ela gostaria de participar, pois, mesmo ela tendo concordado, podia desistir apesar de termos ido até ali. Isto não selava nenhum compromisso que não pudesse ser desfeito. Ela disse, com a voz firme:- “Não, tudo bem, eu concordo”, movimentando a cabeça, sinalizando “sim”. Perguntamos:- “Tudo bem mesmo”? Ao que ela reafirmou.

Revimos, então, os critérios de inclusão e éticos.

Fizemos uma leitura pausada e à cada questão, ela sinalizava com um movimento afirmativo de cabeça.

Colocamos o gravador sobre a mesa e ela pegou o microfone com bastante descontração e naturalidade. Demos, a partir daí, início à entrevista, mas, pudemos perceber claramente nossa incerteza quanto à concordância da psiquiatra em participar.

A questão que ela colocou no início voltou em outro momento, quando igualmente respondemos. Ao término da entrevista ela quis continuar falando. Puxou assunto da greve de ônibus que estava acontecendo naquele dia, mas, pela primeira vez no trabalho de campo, não estivemos disponíveis para continuar ouvindo mesmo tendo perguntado se “isto era um fator” e ela tendo dito que sim. E percebemos, assim que saímos da entrevista, que nos defendemos, pensando que não tínhamos interesse em *entrar para a equipe* com a qual ela não compunha, mas, dirigia, e nem ficar em campo mais tempo para acompanhar a rotina do seu trabalho na Unidade quando acontecem greves de ônibus. Ela havia dito que a única maneira de se conhecer a realidade era acompanhando a rotina lá.

Checamos, ali mesmo na sala com ela, se a gravação havia saído boa. Constatando que sim, nos despedimos e fomos embora. Os dados estavam colhidos e nossa coleta encerrada. Pudemos então perceber, uma vez que ela não nos conhecia, não tinha nenhuma referência pessoal/profissional a nosso respeito, além da que fazíamos Mestrado e estávamos ali como pesquisadora, que sua colocação inicial teve relação com uma crítica à psicóloga da Unidade. Esta crítica que nos foi repassada apareceu no contexto da entrevista

e fez referência implícita à falta de especialização da psicóloga na área de atendimento. A psiquiatra, portanto, não tinha nada de importante para dizer a uma psicóloga sem especialização em trabalho de Rede Pública a não ser sua crítica à nossa falta de vivência que não poderia ser adquirida apenas pela sua fala. Principalmente neste momento em que ela estava em crise de identidade profissional, buscando especialização e atendendo em psicoterapia os pacientes da Unidade. Desta forma, esteve também presente a competição pela função de psicoterapeuta. Segundo as leis inconscientes da contratransferência, esta se cumpriu. Só sob análise posterior nos demos conta que nossa atitude no final foi relativa 'à psicóloga/psicoterapeuta' que se sentiu agredida e se defendeu. Se por um lado o ocorrido impediu que explorássemos mais os dados que surgiram após termos desligado o gravador, tal como se deu em outras entrevistas, por outro lado enriqueceu nossa experiência pela confirmação de que, independente do grau de treinamento do profissional e do campo no qual ele esteja desempenhando uma função específica, a neutralidade pode ser apenas uma lenda bem contada.

4.1.6.7. Um clima afetivo, familiar, na Unidade.

Quando chegamos à Unidade nossa primeira sensação foi a de que estávamos entrando em um lugar conhecido. Mas nunca estivemos lá. Fomos até o balcão de atendimento e perguntamos pelo psiquiatra. A atendente, muito solícita e simpática, pediu-nos que aguardássemos, pois, ele não havia chegado. Passados aproximadamente quinze minutos, houve um aumento do burburinho de pacientes e atendentes. Pensamos que tivesse acontecido alguma coisa com alguém. Olhamos ao redor procurando identificar a causa da agitação, das vozes mais altas, do corre pra lá e pra cá das atendentes, da pressa com que três moças pegaram pastas no balcão. Passados uns poucos minutos, entrou um senhor simpático, expressão fisionômica calma, que cumprimentou a todos os presentes falando o nome de um, de outro, apertando uma mão aqui, outra ali. Fomos até uma das atendentes e perguntamos se era o psiquiatra. Ela confirmou e pediu-nos para aguardar só mais um pouquinho que a assistente social e a psicóloga precisavam falar com ele. Duas das três moças conversaram com ele no corredor interno, mas, pelo lugar onde nos encontrávamos pudemos ouvi-lo dizer... “se ele não comparecer hoje, também, então vão até a casa dele

uma de vocês duas ver o que é que está havendo por lá. E expliquem que ele não pode parar o tratamento. Falem com a família, peçam para que venham até aqui”. E continuou ... “vejam quem está com carro aí. Qualquer coisa, me avisem no final do expediente e eu mesmo dou um pulo lá”. Ele entrou na sala e logo voltou perguntando à atendente se uma psicóloga chamada Gláucia havia procurado por ele. Ela nos apontou e ele veio até nós, dizendo:- “Ô! D. Gláucia, como vai? Desculpe o atraso, viu, mas eu vou pedir só mais uns minutos para a senhora. Hoje isso aqui está lotado. Eu já chamo a senhora para conversarmos”. Logo nos chamou. Ao entrarmos na sala ele disse que estava com mais trabalho, pois, tinha que dar uma cobertura para a assistente social que precisava ir até a casa de um paciente que não aparecia há já três sessões e que não podia ficar sem o tratamento. Que lá era assim, um cobria o outro na ausência.

Ele, então, pegou na gaveta de sua mesa a carta que havíamos enviado, leu alto, e perguntou se então era entrevista, como que era mesmo feito, etc.

Aproveitamos o gancho e revimos os critérios. Ele disse “muito bem!”.

“Podemos começar a gravação?”, perguntamos. “Pois não”, respondeu. Ligamos o gravador.

4.1.6.8. “Vai gravar? Ai! Não!”

Chegando à Unidade fomos informadas pela atendente no balcão que a psiquiatra nos aguardava em sua sala. Fomos até lá e, após as apresentações, ela disse que a Coordenadora da Unidade havia sugerido sua participação. Perguntamos se era, então, vontade dela participar, se o fazia como livre escolha. Ela disse que sim, que havia concordado por telefone independente da coordenadora. Retomamos os critérios de inclusão e ela falou: - “Vai gravar? Ai! Não! Não vai gravar não”, dando risada.

Relembramos que a gravação fazia parte. Poderíamos esquecer muitas coisas ditas durante a entrevista além de corrermos o risco de não efetuarmos um registro fidedigno do que foi dito. Ela riu e explicou que o problema não era nem com a entrevista e

nem com a gravação. Era com a sua voz. Tinha pavor de gravação porque a sua voz era horrível. Que não queria ouvi-la. Era só não mostrarmos a ela depois de gravado. Foi muito simpática e começou a falar a respeito de sua visão sobre os fatores que considerava exercerem influência sobre suas indicações de tratamento sem que houvéssimos feito, ainda, nenhuma pergunta. Ligamos rápido o gravador.

4.2. RESULTADOS DA CATEGORIZAÇÃO

Apresentamos, a seguir, os quadros com os resultados das categorias que organizamos a partir da análise de conteúdo. São três quadros: o primeiro traz as categorias referentes aos Tratamentos e aos Fatores de Influência sobre esses Tratamentos. São as categorias que fazem referência aos objetivos do trabalho.

Agrupamos os Tratamentos que o psiquiatra realiza sozinho; aqueles que ele realiza com membros da equipe mínima de saúde mental e os encaminhamentos que ele faz ao paciente tanto para atendimento por algum profissional da Unidade quanto a serviços externos à Unidade.

O segundo e terceiro quadros trazem as duas outras categorias que nasceram pelo favorecimento da própria técnica que utilizamos na coleta de dados, a entrevista semi-dirigida em sua forma aberta. Foram questões que consideramos ricas, significativas e merecedoras de um registro formalizado.

QUADRO 5

TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS	FATORES DE INFLUÊNCIA
<p>NO ESPAÇO PESSOAL: Anamnese e/ou triagem. Entrevistas com paciente e/ou familiares Medicação Desmedicalização Orientação dentro da consulta ou suporte orientativo Psicoterapia individual e de grupo Psicoterapia e medicação Grupos de medicação de convulsivos e psicóticos Grupos de verbalização Grupos de tapeçaria Grupos de alcoolistas Espaços terapêuticos emergenciais Iniciativa pessoal de busca de informações Realização e/ou solicitação de exames ambulatoriais Macrobiótica</p>	<p>CONVERGÊNCIA DE FATORES PRÓPRIOS DA PESSOA DO PSIQUIATRA E DO PACIENTE</p>
<p>NO ESPAÇO COMPARTILHADO: Triagem Visitas domiciliares Grupo de medicação Grupo de pacientes com comprometimento neurológico Grupo de pacientes psicóticos Grupos de medicação mensal e grupo semanal com a T.O. Grupos de medicação semanal e psicoterapia de grupo semanal Grupos de alcoolistas Pronto atendimento</p>	<p>CONVERGÊNCIA DE FATORES INSTITUCIONAIS, DA PESSOA DO PACIENTE E DA PESSOA DO PSIQUIATRA.</p>
<p>ENCAMINHAMENTOS: Internação Psicoterapia individual e de grupo Terapia ocupacional Grupos de medicação CAPS - Hospital Dia CRIADE Serviços de atendimento a pacientes com deficiência Alcoólicos Anônimos Acupuntura Homeopatia Antiginástica</p>	<p>CONVERGÊNCIA DE FATORES INSTITUCIONAIS, DA PESSOA DO PACIENTE E DA PESSOA DO PSIQUIATRA</p>

QUADRO 6

A PESSOA DO PACIENTE COMO UM FATOR ENTRE FATORES
As visões repartidas, as visões do descaso e as visões continentais à sua identidade integral.

QUADRO 7

A ENTREVISTA COMO UM ESPAÇO ABERTO
Falar das conseqüências da reforma psiquiátrica Queixas e denúncias Falar de decisões pessoais Visão pessoal crítica sobre finalidades institucionais Checar as credenciais do entrevistador A preocupação Confissões e divergências Falar das expectativas Manifestação de curiosidade A crítica velada Mandar recado Críticas pessoais, confrontos e conflitos Entendimento da sobrecarga sobre algumas Unidades Psiquiatria: na luta pelo seu espaço Falar do sonho Manifestação de afeto

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“É tudo... de certa forma, vem pra cá, né, desde que não seja uma urgência muito urgente, né, desde depressão... psicóticos, né”.(F)

“Eu enfrento tudo pelo pacientezinho”.(E)

“Eu acho que você tem que ter no seu julgamento a avaliação de todos os fatores”.(E)

“Então eu acho que a gente acaba estabelecendo prioridades mesmo... da gente mesmo... da forma de atender. E mesmo porque, você tem que ficar restrita a alguma coisa mesmo... não dá pra abrir muito o leque, né”.(F)

“Entendeu? Então, tem de tudo, né”.(B)

Abrimos este capítulo com enxertos de falas dos psiquiatras ocupando o espaço reservado às epígrafes com o propósito de ilustrar o grau de dificuldade que enfrentamos no estabelecimento das categorias e a condução simultânea da discussão.

Na organização da primeira categoria, onde procuramos identificar as indicações de tratamento, uma dificuldade que encontramos deu-se pelo fato de que os psiquiatras se referiram aos tratamentos de inúmeras maneiras. E quando eles os trouxeram, normalmente trouxeram junto o fator ou fatores de influência sobre eles, como podemos observar nas seguintes ilustrações:

“Olha, basicamente eu vou indicar uma terapia medicamentosa”. (B)

“Olha, tem muito a ver... o tratamento que a gente vai instituir... as condições... financeiras, sócio-econômicas... e as, as condições da própria disponibilidade de recursos da Rede”. (E)

Na organização da segunda categoria, fatores de influência sobre as indicações de tratamento, a dificuldade veio da constatação de que os fatores convergiram em alternâncias manifestas e latentes, ou seja, ora estiveram claramente explícitos nas falas dos psiquiatras, ora apareceram implícitos, sobrepostos, tornando bastante difícil a identificação de uma influência preponderante. Além do que, em muitos momentos, a fala foi cheia de ardis, de artimanhas envolventes.

Então, nosso trabalho consistiu em um verdadeiro recorte de falas, sendo que cuidamos para que tal recorte não comprometesse o(s) significado(s) do conteúdo total da fala:

“Se eu for indicar um tratamento clínico mesmo, só medicamentoso, eu vou estar vendo a parte financeira, sem dúvida, né”. (B)

“... você indicar um tratamento quando o paciente não vai ter condição de fazer. Você não pode estar medicando com determinada... produto, quando ele não vai ter condição de comprar”. (E)

Procuramos manter os tratamentos tais como foram nomeados pelo psiquiatra pelo que esta nomeação, por si só, já ilustrou a queixa que alguns fizeram quanto à falta de comunicação entre os profissionais da rede e, também, para possibilitar a compreensão de que a padronização dos tratamentos estabelecida pelas normas institucionais como *Programas* é apenas uma referência retórica. O cumprimento das normas instituídas depende, também, de fatores relativos à pessoa do Coordenador de cada Unidade. Este tanto pode exigir que os *Programas* sejam cumpridos quanto pode deixar seu cumprimento, ou não, a cargo do próprio psiquiatra.

Quanto mais prosseguíssemos na análise mais a nossa discussão aumentaria pela infinidade de conteúdos que clamavam cuidados sobre eles. Mas foi preciso estabelecer um limite e dizer “hora de parar”.

A discussão que apresentamos resulta, apenas, de até onde fomos.

5.1. TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS E FATORES DE INFLUÊNCIA.

5.1.1. Fatores Institucionais: quanto às salas de atendimento e a equipe mínima de saúde

Pudemos, já de início, perceber que os fatores institucionais exercem influência inequívoca quanto às condições físicas da sala de atendimento.

Elas são mal iluminadas, umas apresentam problemas que necessitam de atendimento imediato, mas, pode levar um bom tempo até que os problemas sejam solucionados. As providências esbarram em burocracias e emperram na máquina institucional maior representada pela Prefeitura, responsável pela liberação das verbas necessárias. Um exemplo das condições de uma sala:

“Além da goteira? (risada) É que agora não está pingando porque hoje não está chovendo, então não tem perigo de atrapalhar a gravação (risada). Não vai sair barulhinho pingando na gravação”.(A)

Nós contamos com o acaso influenciando sobre a possibilidade da ocorrência de nosso compromisso sem contratempos. Se estivesse chovendo, não haveria condições de realizarmos a entrevista ali. Mas, enquanto os consertos não acontecem, o psiquiatra e o paciente estão sujeitos à ocorrência do inusitado, do não planejado. Testemunham a evidência não apenas da burocracia, mas, também, do descaso institucional tanto para com a pessoa do psiquiatra quanto para com a pessoa do paciente:

“... e é nessa sala que eu atendo, viu”. (A)

Não existem salas disponíveis na Unidade às quais o psiquiatra possa recorrer em situação de emergência. Ao contrário, faltam salas. E isso é comum em outras Unidades:

“Tem determinados períodos que, por exemplo, não tem sala disponível pra eu estar fazendo atendimento por outros profissionais estarem atendendo. A gente reveza as salas, né. Então acho que isso é um fator bem ali localizado, na Unidade”. (B)

Outra questão diz respeito ao tamanho das salas. Elas são pequenas. Alguns psiquiatras acreditam que poderiam estar fazendo grupos maiores, atendendo mais pacientes, mas, devido a este fator, ficam impossibilitados:

“Ham... e de espaço, né. A gente tem um problema muito grave de espaço na Unidade. Porque o que a gente têm são salas, consultórios comuns de atendimento médico, né, e que a gente acaba fazendo grupos com cinco, seis pessoas no máximo de pacientes porque não, não cabe. Às vezes a gente podia até ter um grupo ali de sete, oito pessoas, mas não, *não tem como*, né. É uma sala comum que a gente afasta os móveis e põe as cadeirinhas ali, e... não tem uma outra sala, não tem uma sala mais ampla, uma sala de grupo, né. E isso é um fator que eu acho que acaba influenciando...”.(B)

Esta opinião é compartilhada pelos demais membros da equipe de saúde mental desta Unidade:

“... às vezes, isso a gente conversa muito lá na equipe, que a gente poderia ter... grupos maiores que acaba não tendo, né. Eu acho que é um fator porque... poderia ter, ter mais pessoas ali em grupo, em psicoterapia que a gente acaba não tendo, né. Às vezes a gente podia até ter um grupo ali de sete, oito pessoas, mas não, *não tem como*. É uma sala comum que a gente afasta os móveis e põe as cadeirinhas ali, né...”. (B)

E assim como a sala, em diâmetro menor, reflete a qualidade de um descaso institucional, a Unidade Básica, em diâmetro maior, reflete também um descaso institucional quanto à contratação de profissionais que compõem a equipe mínima de saúde. Até onde nós fomos, não encontramos uma Unidade com equipe completa, concretizando as propostas governamentais. A sempre propagada falta de verbas para contratações é uma velha alegação publicamente conhecida, mas, o psiquiatra tem expectativas de que questões relativas à saúde mental sejam olhadas como prioritárias pela Prefeitura, mesmo que tais expectativas sejam passadas pelo olhar da ironia e do descrédito:

“Eu não sei, né, assim, as prioridades assim... da Prefeitura, às vezes são muito difíceis de compreender, né... (risadas)”. (A)

“... falta de um prontuário único, que isso só vai acontecer quando informatizar a rede, que também tem um projeto pra isso já pensado... (risada)”. (A)

“Então, assim, a idéia é descentralizar, né, dizem, né (risada), não sei, diz a lenda”. (A)

E pensamos que esta questão deve afetar de maneira negativa também os pacientes e familiares que procuram na Unidade soluções e encontram problemas: falta de profissionais para atendê-los. A alternativa que lhes resta é a de recorrerem às referências de saúde de outras regiões. Existem Unidades que não possuem nem o psiquiatra, quando o mínimo esperado é que pelo menos não falte o médico responsável pela área uma vez que existe um contingente de profissionais concursados e/ou mesmo necessitando de trabalho. Se o paciente necessita de medicação específica, os profissionais da Unidade precisam encaminhá-lo para outra Unidade que seja dotada de psiquiatra:

“... tem vários Centros de saúde que não tem... psiquiatras, tem equipes incompletas, tem Centros de Saúde que não tem equipe de saúde mental. Então tem uma grande parte de pacientes que acaba ficando relativamente desassistida. A gente atende, por exemplo, aqui, pacientes do Centro de Saúde “...”, porque lá não existe... um, um, um psiquiatra... Eles não têm, por exemplo, possibilidade de, de medicar os pacientes lá... pela falta de psiquiatra”. (D)

Mas o profissional cuja falta é mais sentida pelo psiquiatra na Unidade é o

Terapeuta Ocupacional:

“A gente não tem, por exemplo, um programa pra esquizofrênicos crônicos, que precisam de alguma... atividade ocupacional. Por quê? Porque a gente não tem uma terapeuta ocupacional aqui, né”. (D)

Embora pacientes com um grau de comprometimento maior não sejam o grosso da demanda que procura atendimento nas Unidades, existem aqueles que procuram o atendimento justamente por apresentarem este tipo de comprometimento. O que os psiquiatras alegam é que estes pacientes poderiam estar em trabalho com um/a T.O. ali mesmo na Unidade e, com isso, contarem com um leque maior de recursos terapêuticos associados:

“Agora, eu percebo também, que o que precisaria é... terapia ocupacional pra... certos casos, né, principalmente psicóticos. Mas não tem aonde, não tem terapia ocupacional lá... esses psicóticos ficam em casa a maior parte do tempo. Tomam o medicamento e não fazem nada, né. Ficam lá parados... E eu percebo que se tivesse uma terapia ocupacional... pelo menos estimularia alguma coisa nele, alguma iniciativa, seria útil pra eles...”. (C)

“Nesta Unidade, atualmente, nós não dispomos de terapeuta ocupacional”. (G)

E, às vezes, a Unidade conta com uma terapeuta ocupacional na equipe mas conta, igualmente, com o descaso institucional que muitas vezes não provê condições para que ela desenvolva um trabalho mais criativo dentro de sua especialidade, mais atualizado, que mobilize os recursos dos pacientes para outras atividades e, também, condições para que ela possa desenvolver com os pacientes trabalhos em oficinas estruturadas conforme as propostas mais tradicionais:

“Por exemplo, a nossa terapeuta ocupacional; daria para ela estar fazendo uma série de trabalhos com os pacientes a nível de oficina de trabalho, oficina terapêutica e coisas assim, que também foram definidas como prioridade nesse último seminário e que não acontece, né. Por exemplo: pra botar um alambrado aqui pra fazer uma horta comunitária que vai rolar aqui, né, é um negócio!!! Uns cinco meses pros negos virem botar o alambrado aqui. Não tinha terra, não tinha gente, não tinha nada. Quer dizer, então?! São aquelas coisas que você sabe teoricamente como... como trabalhar, né, porque ela tem experiência em oficina de trabalho, só que na hora de viabilizar, né, sei lá... é... um passo de tartaruga com reumatismo, sabe, devagar quase parando”...(A)

“É isso que eu chamo trabalhar com instituição...”. (A)

Algumas Unidades não estão dotadas de assistente social. E este profissional faz igualmente falta no momento em que o psiquiatra necessita dele. As faltas são sentidas pela qualidade de serviço que o/a assistente social poderia estar prestando, assegurando maiores e melhores cuidados ao funcionamento integrado psiquiatra-assistente social, em prol da melhor atenção ao paciente:

“E também lá não tem Assistente Social, o que... também então dificulta essa comunicação. Por exemplo... várias vezes eu, eu pensei em entrar em contato com familiares e não con...não dá pra... sem Assistente Social como é que eu vou fazer? Porque você não localiza a família”. (C)

A falta de mais psicólogos é também referida. Este fator acaba levando os pacientes para filas de espera que podem durar meses, criando desconforto para o psiquiatra que precisa decidir quanto a quem tem urgência e quem não tem urgência de atendimento psicoterapêutico. A seleção se dá pela visão própria do psiquiatra sobre as dores mentais do paciente, que são então avaliados a partir de seus sintomas. E falar sobre esse problema é difícil. A fala é entremeada de gaguejos, de hesitações, é uma fala incomodada, que não flui:

“... a gente tem uma psicóloga, e essa psicóloga... ela não consegue... é... manter a demanda toda que... que o Centro de Saúde precisava, né então... isso é um... é um problema que a gente tem... Então tem que estar selecionando os pacientes... se ele pode aguardar numa fila de espera e, às vezes, ser chamado meses e meses depois... Eu acho que depende assim... o conflito que o paciente está vivendo no momento... Se aquele conflito... é essencial... ser resolvido naquele momento, ele precisa ser encaminhado pra psicoterapia... Se não... se são coisas assim do passado do paciente... que ele... ele vem carregando e arrastando durante a vida dele toda e isso acabou... desencadeando uma depressão, você pode estar tratando a depressão primeiro e depois esse paciente estar sendo encaminhado pra psicoterapia... mas não de maneira assim... imediata... Pacientes, assim, com risco de suicídio... devem ser encaminhados o mais breve possível...”. (H)

5.1.2. Convergência de Fatores Institucionais e da Pessoa do Psiquiatra

Mas os fatores próprios da pessoa do psiquiatra já começam a articular-se entre os fatores institucionais, pois, em algumas Unidades os grupos são formados por um número maior de pacientes que, segundo a fala de outro psiquiatra, é um desejo que *não tem como* realizar (em 5.1.1, o segundo (B) em enxerto):

“... em média de oito a dez pacientes em cada grupo”. (F)

E quando a sala de atendimento é supostamente maior parece que ela reflete, como um espelho, o que acontece na área da saúde mental. Ela torna-se aquele espaço que acolhe de tudo, configurando um grande depósito de imprecisões diagnósticas e de descasos institucionais que nela socam os seus desatendimentos, os seus descuidos. Torna-se um lugar de premência de elementos perturbadores tanto do setting interno quanto do externo, que conseqüentemente interferem sobre os encontros assistenciais que ali ocorrem:

“Aliás, ela é meio que um depósito. Aqui tem caixas, material de um negócio, de outro. É bem a propósito de ela ser maior. Então se aproveita e soca coisas aqui. Para você ver que maravilha. Aqui é assim. Mas... você queria saber mesmo... Ah! Sobre fatores que influenciam os tratamentos que eu indico”! (A)

“Deixa eu só evitar (fecha a porta)... senão... Aqui é complicado, as interrupções acontecem”. (D)

E a criatividade do psiquiatra, compartilhada pelos demais integrantes da equipe de saúde mental, também começa a se mostrar para dar conta de falhas que, pela não contratação de mais psicólogos, faz com que os existentes trabalhem com agendas abarrotadas. Por exemplo, a fim de auxiliar a que o paciente não precise arrastar por mais tempo suas dores mentais em filas de espera contando, enquanto aguarda uma vaga, apenas com o auxílio da medicação ocorreu, em uma Unidade, a criação do cargo que nós denominamos de *Psicoterapeuta Ocupacional*. O psiquiatra encaminha o paciente para atendimento em psicoterapia com a T.O., embora procure justificar dizendo que não é bem psicoterapia, que é só um ajudar nessa parte, mas, pelo contexto, entendemos que o conteúdo implícito na fala *nesse sentido* e *na parte* trata de atendimento em psicoterapia de grupo:

“... então a terapeuta ocupacional ajuda *nesse sentido* e ela costuma aqui também... é... ajudar *na parte*... não é bem psicoterapia, né, mas muitos pacientes, assim, neuróticos, são encaminhados pra ela também. Ela acaba fazendo grupos, ela... ajuda um pouco também *nesse sentido*, né...”. (H)

Mas não é apenas o fator institucional quem responde sozinho pela fila de espera. Os fatores relativos ao psiquiatra também fazem face à formação destas filas, pela dinâmica de cada um frente ao critério *tempo para atendimento*. Esta dinâmica é bastante pessoal. Todos eles dispõem do mesmo tempo para atender ao paciente, em torno de meia hora de consulta, o que dá dois pacientes por hora. A princípio, é uma norma institucional a ser respeitada, mas, pudemos entender que não é necessariamente o que acontece:

“Então, por exemplo, aqui eu tenho meia hora pra atender cada paciente. Pode não parecer grande coisa, mas, por exemplo, o pediatra trabalha com quatro pacientes por hora. Outro trabalha com três pacientes por hora. Eu trabalho com dois por hora”. (A)

O *eu trabalho com dois pacientes por hora* passa a significar uma atitude que serve bem para ilustrar a falta de homogeneidade quanto a este critério. Enquanto alguns cumprem com o horário de maneira disciplinar, outros abrem espaços emergenciais dentro deste limite, manejam seus horários de maneira que possam dar conta de um número maior de pacientes, abrem janelas individuais para pacientes que estão necessitando de uma atenção mais direta:

“E fica em aberto pros pacientes, em qualquer emergência, qualquer alteração mais violenta, qualquer necessidade, vir aqui, e eu estarei encaixando o paciente pra atendimento imediato... Então *eu não deixo* ... fechado aquele... atendimento, só dentro da data dele. E não me prendo, também, àquele número x de pacientes que eu devo atender”. (E)

“*Eu trabalho* aqui todo dia à tarde, se você começar a passar mal, você pode vir aqui que eu te atendo mesmo você não estando agendado. Então eu abro esse espaço aí, né”. (A)

A referência a como cada um lida com o tempo de atendimento é clara no *eu não deixo, eu trabalho*. Alguns deixam bem claro o que pensam quanto ao aproveitamento do tempo ou das horas de que o psiquiatra dispõe para atendimento:

“Você não leva todo o tempo pra atender todos os pacientes. Então isso cria alguns hiatos. Se nesses hiatos você abrir pra aqueles que estão necessitando você vai estar atendendo a toda a demanda... Às vezes é um atestado médico pra ônibus uma coisa assim que ele quer... mas teria que esperar dois meses. E ele passa, você em... cinco minutos conversa, atende, dá uma palavra...”. (E)

“A consulta ali, ela é marcada, agendada de meia em meia hora, né... mas isso, de certa forma, é teoricamente. Porque é... há encaixes”. (C)

As *urgências do paciente* são levadas em conta, sem dúvida. Exercem influência sobre esta articulação do horário, mas, na convergência, os fatores relativos à pessoa do psiquiatra é que estabelecem como será o manejo do tempo destinado à consulta. Por exemplo, se ele vai encurtar o tempo do paciente agendado:

“Às vezes chega... chega paciente que precisa de medicação... acabou o remédio, né, daí eu tenho que atender. Quer dizer, então, aquela meia hora que teria pra um determinado paciente eu tenho que... reduzir pra atender um outro que chegou...”. (C)

Ou se ele vai esticar o tempo, entrar nos trinta minutos de outro paciente, para proceder a um tipo de tratamento que atende a uma questão também de seu interesse. Esta observação que fazemos pode ser ilustrada a partir do exemplo que ocorre com uma psiquiatra que está fazendo uma determinada especialização. Ela intervém no tempo instituído para a consulta em função de que a sua nova especialidade requer um tempo maior do que apenas a meia hora prevista. E neste momento, não são fatores limitantes e nem influentes sobre sua decisão o fato de se a sala de atendimento oferece condições físicas para que ela proceda a estes atendimentos, se a Unidade conta com um número reduzido de profissionais, se existem pacientes aguardando em lista de espera e a sua

atitude vai favorecer a manutenção desta situação, inclusive por sobrecarregar outras agendas da equipe:

“E... atendo, assim, em psicoterapia uma vez por semana... Ofereço, e que tem a possibilidade de vir toda semana, né,... dispor de um certo tempo... em média quarenta minutos. Aí eu tenho horário fixo, né, na agenda...”. (F)

“E acrescido que eu estou fazendo curso de formação também, né, em ‘...’... ” (F)

Para alguns psiquiatras, a possibilidade de atendimentos nestes moldes faz parte de um ideal distante da possibilidade de concretização:

“Que o ideal pra mim, por exemplo, seria se todos esses pacientes, essas famílias, podiam ter uma psicoterapia semanal... Isso é o ideal, mas não tem como, porque é uma demanda muito grande”. (B)

Através de um outro exemplo podemos ilustrar esta questão, da maneira como a colocamos, como estando na dependência primeira de fatores relativos ao psiquiatra quando surge a necessidade de cuidados temporais diferenciados favorecidos por alguma especialização de seu interesse:

“Como eu fiz... o curso de... de homeopatia, eu, eu... eu passo também medicamento homeopático... eu vou precisar de mais dados, mais informações, pra chegar num medicamento. E isso vai um tempo”. (C)

No contexto tanto desta entrevista quanto de outras fica claro que o manejo temporal é mais ostensivo frente a necessidades que atendem a interesses do psiquiatra, mesmo que as necessidades do paciente sejam relevadas e/ou atendidas. Por exemplo, talvez seja improvável que um paciente consiga um tempo maior de atendimento em função de suas necessidades quanto a orientações que necessitem de um tempo maior para serem dadas. Ele pode até conseguir, talvez, consulta extra, encaixes, mas não um prolongamento de sua consulta. As exceções são estabelecidas ou pelas urgências, delimitadas por parâmetros clássicos, ou pelos parâmetros estabelecidos pelas especializações ou áreas de estudo de interesse do psiquiatra.

5.1.3. Convergência de Fatores Institucionais, da Pessoa do Paciente e da Pessoa do Psiquiatra.

Os atendimentos começam a partir da anamnese feita na primeira entrevista com o paciente, com o objetivo de uma formulação diagnóstica:

“Então, eu acho assim... Eu pensei a respeito do que você escreveu lá na cartinha... eu acho que o primeiro, a primeira coisa que influencia é você ter... os critérios... pra formular um diagnóstico... do paciente, né. A partir daí, você vai... é orientado para a terapêutica do... do paciente...”. (H)

“A princípio, fazer uma aproximação diagnóstica. Eu acho que isso é o mais importante. Pra todo paciente que vem aqui. Primeiro, uma história bem feita...você tem que entrar perguntando. Aí você tem que ver a idade, sexo, doenças anteriores, doenças familiares, que tudo isso é importante. Como começou? Quando começou? De que jeito? Foi devagar? Foi de repente? Quais eram as características principais? A senhora, o senhor, a senhora nunca melhorou? Já melhorou? Isso, levantar tudo”! (A)

“Tem que levar em consideração... os tratamentos anteriores que esse paciente fez... ou em outras clínicas, ou em outras instituições, ou... internações que esse paciente já teve... Todo o histórico anterior, né. Se ele se deu bem com determinadas medicações, ou com outras não, né, e que dosagem da medicação que ele se deu bem. Então tudo. Se ele teve efeitos colaterais com determinadas medicações... Então tudo isso tem que ser avaliado pra você estar... é... se direcionando, né”. (H)

O psiquiatra também se referiu à triagem como sendo o primeiro contato com o paciente. Mas pudemos perceber que esta é realizada com o mesmo objetivo de identificar qual o problema do paciente antes de destinar-lhe um tratamento. Nela o psiquiatra vai, igualmente, tentar estabelecer um diagnóstico:

“Bom, em primeiro lugar, eu gostaria de colocar que... é... nesta Unidade... como é comum nas outras Unidades da rede Pública de Campinas, o nosso trabalho na área de Saúde Mental é um trabalho de equipe”. (G)

“A... a porta de entrada dos pacientes para a área de saúde mental nesta Unidade é o que nós chamamos de triagem. Essa triagem é feita em rodízio pelo psiquiatra, pela... psicóloga e... pela assistente social. A triagem busca identificar a necessidade de tratamento na área de saúde mental. E nessa oportunidade, a pessoa é encaminhada para o atendimento psiquiátrico, ou, atendimento psicológico”.(G)

Neste primeiro momento podemos delinear a evidência da falta de comunicação entre os profissionais da Rede. Esta falta de comunicação gera a desinformação tanto em relação a como se dá o trabalho nas Unidades como quanto à presença, de fato, de profissionais da equipe mínima nas Unidades. E este trabalho integrado da equipe, esta possibilidade interdisciplinar, teoricamente deveria ser respeitada e deveria caracterizar o atendimento em toda a Rede, mas, não foi exatamente o que encontramos até onde fomos. O favorecimento ao compartilhar está muito mais nas mãos do psiquiatra do que de outro fator, como podemos observar no exemplo onde uma psiquiatra coloca, inclusive, que quando era a única a atender em psiquiatria na unidade, ela *deixava* que a psicóloga e a T.O. fizessem este trabalho mas que, agora, como não está mais sozinha porque outra psiquiatra foi contratada, ela mesma faz a triagem dos pacientes e decide os encaminhamentos. Então não é por um procedimento fundamentado na proposta de um funcionamento integrado da equipe, mas, sim, fundamentado no circunstancial:

“É... tem o serviço de triagem... que às vezes a minha agenda está tão... cheia, né, que não dá pra... de pronto eu fazer um atendimento. Então a... quando eu estava sozinha, eu não fazia a triagem, né. Eu *deixava* que... a T.O. e a... psicóloga fizessem... essa triagem... pra saber... determinar se era uma coisa... que tinha a ver com... o uso da medicação, ou se era mais pra participar de grupos... Elas faziam a triagem e aí eu... e eu ia recebendo mais os casos de medicação...” (F)

A outra psiquiatra faz a parte clínica e ela atende em psicoterapia, que é a área na qual está se especializando:

“É que aqui a gente tem uma outra psiquiatra... que está aqui tem pouco tempo... a gente pode fazer assim: ela... dá a medicação e eu acompanho, né... no grupo, ou... ou em psicoterapia, né”. (F)

E a maneira como cada psiquiatra procede ao levantamento da história do paciente sofre variações. As anamneses são feitas seguindo desde o clássico padrão formal, que orienta questionamentos mais diretivos a fim de se estabelecer critérios diagnósticos, até uma tentativa de seguir um modelo mais aberto, quando o psiquiatra procura entender melhor o paciente a partir da história de vida deste, uma história que chega às vezes com seus capítulos desconectados uns dos outros:

“Quando você recebe um paciente, vem desde uma história... que você monta a história clínica junto com o paciente... onde você ouve um relato de vida e ali vai determinando, né, muitas coisas: o que você pensa, o que você... acha junto com o paciente, que pode ser feito, né...”. (F)

“Primeiro... uma história bem feita, porque as pessoas chegam aqui com, com queixas às vezes muito desconexas, muito desligadas umas, umas das outras, sem conseguir associar as coisas”. (A)

“O que eu chamo de padrão formal é assim, é, é, é, por exemplo: tem muita comorbidade, né. Então as pessoas chegam aqui com uma queixa... “eu estou deprimido e tal”. Bom, será que essa depressão é só um quadro reativo? Será que é uma doença afetiva? Será que essa pessoa, por exemplo, não tem sífilis que pode causar transtornos afetivos? Será que essa pessoa não tem hipotireoidismo que pode causar um quadro parecido com depressão? Será que essa pessoa não tem um outro tipo de situação”? (A)

“Você parte da premissa, da avaliação, do quadro básico que se nos apresenta. Então eu vou fazer uma anamnese, eu vou ouvir a história do paciente, eu vou ver de onde veio a sua patologia, qual foi o início, qual foi a... a evolução,

quantas internações ele já teve, se é que teve, se o quadro já é antigo, se o quadro é residual, se o quadro é novo, então nós vamos estar avaliando tudo isso. (E)

E às vezes existe um conflito entre seguir condutas protocolares impessoais ou condutas mais personalizadas da relação médico-paciente:

“As informações básicas, né. Então, num primeiro contato, assim... na realidade não, não tem um direcionamento. A anamnese não é dirigida, né. Então eu procuro obter o maior número de informações possíveis que seguem aquele padrão formal mesmo, né”. (A)

O conflito acaba impedindo a possibilidade de abertura de um espaço para a escuta mesmo dentro do tempo e da intenção do psiquiatra em entender melhor o que se passa com o paciente. Pensamos que, na dúvida, pode ser mais fácil ou seguro ele voltar o olhar para os sintomas do paciente a fim de ter um norte sobre a depressão, sobre a sífilis, sobre o hipotireoidismo. A pessoa do paciente acaba sendo a ‘muita coisa que ele recebe lá’:

“Porque aparece muita coisa. Eu recebo muito paciente encaminhado da clínica, por exemplo, pacientes que têm muitas outras patologias. Pacientes com problema cardíaco, com problema respiratório, com problema isso, problema aquilo e tá, tá, tá”. (A)

A anamnese objetiva pode atender à função tanto consciente quanto inconsciente de proteger o psiquiatra que então não se perde frente às comorbidades do paciente como o clínico se perde. Ela permite que o psiquiatra não se confunda ante às necessidades das pessoas que vão em busca de uma escuta para a qual ele, assim como o clínico, talvez não esteja treinado. Aliás, os encaminhamentos feitos pelo clínico, segundo o relatado pelos psiquiatras, confirmam a noção que é alimentada pelos profissionais da saúde quanto à amplitude da área da saúde mental. Em virtude desse continente imaginado, o psiquiatra se torna o profissional incumbido de proceder ao jogo de adivinhações sobre a doença que é percebida através dos sintomas, mas, que não permite que sinais físicos sejam apalpados.

Mais que força de expressão ou vício de linguagem, as doenças do ‘ tá, tá, tá’ confirmam a angústia que emerge do fato de não se poder nomear o que se evidencia, às vezes, por histórias confusas. E aí, novamente, a escuta objetiva sobre o discurso subjetivo é adequada por possibilitar um encaixe dos sintomas em categorias já identificadas e nomeadas por siglas exatas. O paciente ganha uma identidade-clínica através de um diagnóstico. O psiquiatra cumpre com seu papel clínico de atender a esta necessidade de nomear um mal mental.

“Porque as pessoas vêm, geralmente, com uma demanda de falar logo de cara aquilo que as motivou a vir aqui, né... eu procuro fazer uma coisa mais ordenada pra não me perder. É mais por uma coisa, pra me organizar mesmo, né, pra não me perder... Acho que você tem que digerir e clarear o que o paciente às vezes traz pra você tão confusamente, tão misturado e cheio de sentimentos, assim. Organizar isso um pouco...” “Ah, eu sinto dor, nervoso, de vez em quando eu caio, num sei o quê, os outros me bate, num sei o que”. Assim, uma coisa muito confusa, geralmente né... então... você precisa primeiro desbagunçar, ahm, o que a pessoa está falando. Então aí você tem que entrar perguntando. Aí você tem que ver a idade, sexo, doenças anteriores, doenças familiares, que tudo isso é importante. Como começou? Quando começou? De que jeito? Foi devagar? Foi de repente? Quais eram as características principais? A senhora, o senhor, a senhora nunca melhorou? Já melhorou? Isso, levantar tudo. Aí vê o que faz”. (A)

“Ahm... se o paciente é agressivo... com a família, dentro de casa, né; então, e nisso, a entrevista objetiva se torna muito mais importante também... pra família poder estar dizendo o que que está acontecendo dentro de casa... e você estar se direcionando melhor quanto ao risco da família, quanto ao risco do paciente...” (H)

A escuta objetiva pode permitir, também, que o psiquiatra não corra o risco de repetir um procedimento que fundamenta sua crítica aos psiquiatras que fazem das pastas dos pacientes verdadeiras listas telefônicas onde existem, às vezes, mais de dez diagnósticos. Isso se dá pelo fato de que, em todos os lugares por onde o paciente passou,

houve um pensamento e uma avaliação sobre ele e, a cada avaliação, foi formulado um diagnóstico, atribuída uma identidade clínica. Ficam confusos o paciente e seus familiares. Fica confuso o psiquiatra:

“Quer dizer, sabe, isso é uma coisa! Se você começa a juntar o que as pessoas relatam de dez diagnósticos possíveis, é uma coisa extremamente confusa!... pensaram não sei o que na “...”, em todo lugar pensaram, num lugar pensaram outro, num lugar fizeram exame, noutra não fizeram, sabe! Então você pega o paciente e os familiares, eles estão completamente perdidos, eles nem sabem o que pensar direito. É tudo mexido, sabe”. (A)

Então é preciso que tudo esteja muito claro, só que a clareza é buscada através dos mesmos critérios diagnósticos clássicos que são reproduzidos nas pastas, mas, a partir da entrevista clínica com o paciente e familiares, onde ele tenta reorganizar o caos segundo a sua visão, porque é esta a que vai decidir os futuros direcionamentos dos tratamentos:

“Muito claro... assim... um paciente que desde criança ele era retraído, conversava pouco, não gostava de brincar com criança, ficava lá num canto, depois fez quinze anos e fez uma crise, um... um quadro para paranóide agudo, foi internado, passou a ter alucinações e não sei o que, é... Então está claro que é uma esquizofrenia”. (A)

Portanto, a partir da anamnese, a possibilidade de que cada caso se torne um caso fica sob a predominância de fatores relativos à visão do psiquiatra sobre o paciente e a doença mental. Caso prevaleça a visão mais integrada, o caminho tomado será um. Se prevalece a visão mais organicista, o caminho tomado será outro:

“Então, é... é difícil, né, é difícil te dizer, assim... o que a gente faz com ... cada paciente tem uma certa... uma certa... necessidade, um certo nível de habilidade, a gente vai julgar isso, é difícil generalizar”. (D)

“Eu acho que você não pode fazer Saúde Mental se você quiser... separar a pessoa. Então você... não pode tratar como cabeça e corpo... e alma. Então se você quiser fazer alguma coisa por alguém, você tem que tratar esse alguém como um todo”.(E)

“Mas o que é mais comum é que haja uma intervenção medicamentosa mesmo que temporária, no caso de neurose ou distúrbios afetivos, né...”. (G)

“... umas decisões que vão sendo baseadas na sua experiência teórica, né, e a sua experiência prática... e sua vivência no serviço... Desde você estar numa escuta, né, que... que favorece ao paciente falar de si, né, ter um tempo diferente de outros... atendimentos”. (F)

Quando a primeira entrevista não suficiente para o psiquiatra chegar a um diagnóstico por questões relativas tanto a ele, na condução da anamnese, ou relativas ao paciente que, por alguma razão, não foi capaz de informar objetivamente sua história, ocorre a entrada da família como co-adjuvante para a obtenção das informações objetivas necessárias:

“Então feito isso... se você não fez isso, você tem que chamar o paciente pra uma outra entrevista ou chama familiares... que possam estar complementando a história... do paciente de maneira objetiva, né, pra você poder chegar a um diagnóstico mais preciso... do que o paciente tem... Aí eu peço sempre que venha com a família, né, pra não ter muito... inclusive uma... uma avaliação correta... de... do que o... familiar vê daquela pessoa, né, se realmente está melhor ou não”. (H)

“Entrevistar o paciente muitas vezes, chamar familiares, às vezes mais de um... Então, é... eu vejo com frequência”. (A)

É comum este procedimento de recorrerem aos familiares não apenas no início do tratamento. A família aparece como co-adjuvante importante, também, durante todo o tratamento, como uma garantia de que este será cumprido, principalmente se é um paciente com diagnóstico de psicose. O vínculo é mantido para que o psiquiatra possa também ter a certeza de que a medicação prescrita será tomada adequadamente:

“O suporte familiar, também, o suporte familiar desse paciente. Se ele não tiver, ele não... você não vai estar podendo... ter uma certeza do... do tratamento. Você preci... dependendo da... da patologia, né... ahm... você precisa ter a

família do lado do paciente pra poder... pra ele poder estar saindo daqui com uma medicação, a certeza do tratamento, a certeza de estar tomando a medicação, né. Então a família nisso tudo é muito importante”. (H)

“É uma solicitação que eu faço com freqüência, né, dado que o paciente... psicótico, muitas vezes, não... não vê a necessidade de usar medicação, né. Essa crítica geralmente não existe, né, e muitas vezes eles abandonam a medicação, e chegam aqui agudizados novamente. E, às vezes, muitos chegam depois de já ter feito... ocorrido uma internação desnecessária... se tivesse usando medicação, né”. (E)

Ocorre a solicitação da presença do familiar, também, quando estão existindo problemas de relacionamento entre casais, situações muito comum, por exemplo, onde um dos cônjuges está comprometido com o alcoolismo:

“Tanto é que quando eu chamo os... por exemplo, tem um paciente que é casado... uma paciente casada, que eu chamo um dos... companheiros pra participar aqui... fica muito receio... de que... porque vai chamar o companheiro porque que vem aqui... um certo medo, né, assim, que se eu vou dar bronca... Eu costumo escrever... nesse papel aqui mesmo, de receituário, costumo por assim: pra comparecer... nessa data, no horário tal, pra tratar de assunto referente à saúde da pessoa que está em tratamento aqui”. (F)

“... quando é uma solicitação do paciente, né... quando eu vejo que é necessário... porque tenho no grupo pacientes que são esposas de alcoolistas... e é uma reclamação freqüente... do companheiro, às vezes da agressividade... da falta de tolerância... problemas no relacionamento sexual...Aí... procuro chamar... atendo o casal”. (F)

Se nosso trabalho abrangeu algumas grandes questões, a maior delas talvez seja relativa ao uso da medicação e aos significados a ela atribuídos pelos psiquiatras. A partir do significado clínico de uma função, a prescrição de medicação ocorre em larga escala mesmo mediante a informação passada pelos psiquiatras de que a maioria dos pacientes atendidos na Rede é constituída por pacientes avaliados como neuróticos e psicossomáticos.

Saem os muros hospitalares feitos de concreto e entram os muros terapêuticos feitos de química quando alternativas associadas, como psicoterapia, um espaço onde o paciente pode estar se re-construindo a partir de reflexões e elaborações sobre si e sua história de vida, não são oferecidas como tratamentos simultâneos. E mesmo pela atitude de que, seja o que for, a princípio medica-se.

Mas o uso da medicação como um fator que pode intervir no sentido de evitar a internação de alguns pacientes, pensamos ser legítimo, já apresentando resultados inequívocos quanto à sua eficácia. Cremos que esta função é indiscutível. Mesmo que por um lado a medicação ocasione algumas perdas, os ganhos possibilitados pela vivência do paciente junto ao sócio-familiar, respeitadas as suas condições de complementar as variadas demandas, suplanta as eventuais perdas:

“E aí eu passo a atender aqui, né, medicar e... no sentido de... evitar internações... tenho deixado sem internação porque eu... a gente tem medicação de depósito... os neurolépticos de depósito. Então... você pode aplicar uma vez por mês... injetar e dar exame, e você sabe que durante aquele mês a pessoa tem um... nível sanguíneo mais ou menos compatível da medicação... os neurolépticos de depósito, né... eu acho que o nosso nível de internação aqui é muito baixo”. (F)

“Mas, de uns anos a esta parte, não é, o controle de pacientes mediante as chamadas drogas de depósito... então tem-se minimizado... um nível, assim, importante, as indicações de internação, né”. (G)

Mas insistimos que é preciso auxiliar o paciente a transformar o seu sofrimento em experiência. Ele continuará não aprendendo com o sofrimento se entender que calando os sintomas, através da medicação, a sua doença será calada.

A evidência do significado clínico da função torna-se ainda mais clara quando os psiquiatras começam seu trabalho em uma nova Unidade, vindo a atender pacientes que já tinham vínculo de tratamento com o profissional anterior, ou, pacientes que vem de outros serviços. A tendência é da manutenção da medicação porque concordaram com ela,

ou acrescentaram alguma outra medicação à anterior, ou mudaram a medicação anterior trocando-a por outra. Mesmo com pacientes que estão procurando os serviços de saúde mental pela primeira vez, a medicação é utilizada:

“Eu comecei, tem um pouco mais de... meses. E muitos ali, a maior parte, quase todos, já vinham vindo em tratamento lá. E, e, o, ... em geral eu mantenho a mesma medicação porque eles estão se dando bem, a maior parte se dá bem com aquela medicação que já vinha tomando... E, às vezes, faço alguma modificação, vou tentando alguma modificação, acrescentando um tranquilizante quando está só tomando um antidepressivo, por exemplo. É isso que eu tenho feito, basicamente, né ... Agora, os casos novos... tem uma parte que é a primeira vez, né... nunca fez tratamento em... psiquiatria, em Saúde mental. Daí eu tento começar com me... com uma... em geral, é claro, eu vou passar uma medicação... isso em geral acontece, né. E nesse caso, um... quando não, nunca usou nenhum medicamento psiquiátrico eu começo com um tratamento mais leve, mais suave. Com medicação mais suave”. (C)

“Quando eu cheguei aqui, aqueles pacientes já estavam todos em atendimento psiquiátrico e a maioria já com a medicação... e eu concordei”. (F)

Deixamos claro, portanto, que estamos nos referindo ao que consideramos um uso indiscriminado da medicação, o que constitui uma crítica feita também pelo psiquiatra:

“Tem paciente que eu preciso retirar medicamento indicado há dez anos, por exemplo... e sem justificativa científica nenhuma”. (A)

“Na maioria dos casos, a gente usa a farmacologia. Então se usa o neuroléptico em grande escala, o anticonvulsivante, o... ansiolítico, o anti-depressivo”. (E)

“Olha, eu basicamente vou usar um tratamento medicamentoso”. (B)

As condições financeiras do paciente para adquirir a medicação são fatores fundamentais não quanto a se o psiquiatra vai ou não medicá-lo, mas sim, quanto a qual medicação lhe será prescrita:

“Olha, tem muito a ver... o tratamento que a gente vai instituir... as condições financeiras, sócio-econômicas... você não pode estar medicando com determinado... produto, quando ele não vai ter condição de comprar”. (E)

“Eu estou lá fazendo uma avaliação do paciente e tal. Se eu for indicar um tratamento clínico mesmo, só medicamentoso, eu vou estar vendo a parte financeira, sem dúvida, né”. (B)

“... na prescrição da medicação você tem que levar em conta, por exemplo, a própria condição econômica do paciente comprar a medicação. Então, quer dizer, isso é um fator que de repente influencia na indicação do tratamento, né. Você está limitado em relação ao uso da medicação”. (D)

O psiquiatra busca, então, uma adaptação entre o que ele considera ideal prescrever e aquela disponível na farmácia da Unidade que mais se aproxima da ideal:

“Às vezes eu quero indicar um remédio pro paciente e aí não tem esse remédio aqui e esse remédio é que seria o melhor. Daí eu vou lá e vejo o que é que tem aqui mais próximo do que eu quero e dou aquele...”. (A)

Alguns consideram que a lista básica mantida pela Prefeitura atende suficientemente às necessidades dos pacientes.

“A maioria desses pacientes são de um poder aquisitivo baixo, né. Então a Unidade de Saúde está... equipada com... uma linha medicamentosa básica, né... que é... mantida pela Secretaria da saúde de tal forma a garantir praticamente uma cobertura... de amplo espectro das necessidades medicamentosas... do, do paciente, não é”. (G)

“E a gente decide então o uso do... dos antidepressivos que a gente tem aqui na Rede, né, que de maneira geral têm funcionado bem... de maneira geral o que resolve são as medicações daqui”. (F)

Outros não pensam assim. Consideram que as medicações disponíveis na farmácia da Unidade nem sempre são adequadas para prescrever ao paciente justamente em função de serem pacientes polissêmicos, pacientes encaminhados pelos clínicos, com patologias associadas que requerem cuidados específicos quanto à terapia medicamentosa. Mas eles são medicados, apesar disso, com o que se dispõe na Unidade, caso não tenha condições de comprar ou mandar fazer a medicação fora:

“Uma dificuldade que eu tenho aqui, é... com relação à medicação... como a gente pega pacientes, muitas vezes, que tem: pressão alta, cardiopatia, outras patologias associadas, né... deveriam estar tomando outros remédios, né, os antidepressivos mais novos, de nova geração”. (H)

E a experiência com medicação de Centro de Saúde pode ser avaliada como um fator importante para a prescrição:

“Outra coisa, ahm... a minha experiência... de Centro de Saúde, né. O manejo com determinadas medicações, com outras não, né. Então tem umas que você acaba tendo mais prática do que outras medicações. Então isso tudo também influencia no... no que você vai... vai colocar ali pro paciente, né”. (H)

A obviedade da função médica, portanto, fundamenta a tendência a medicar sem que, às vezes, seja feita uma investigação mais minuciosa e profunda do que se passa com o paciente e que está sendo contado através de seus sintomas:

“Porque quando também, quando encaminha para o psiquiatra é porque já é pra, mais ou menos, é como se já... mostrasse isso, né?... Quando vai parar com o psiquiatra é porque, provavelmente, vai ter que entrar mesmo com a medicação”.(C)

O uso da medicação aparece, também, como uma linguagem de vinculação do paciente ao serviço, conseqüentemente, ao tratamento:

“... e os pacientes... eles costumam... faltar muito no Centro de Saúde. Eles faltam demais, principalmente se eles têm um resto de medicação em casa, então eles não vêm no dia da consulta, eles vêm... é... alguns dias depois quanto termina a medicação, entendeu? Pela própria necessidade de estar tomando o remédio, então... você se... acaba sendo obrigada a fazer uma receita... certinha... com contagem de... comprimidos, pra que isso não aconteça assim com tanta freqüência”. (H)

“Isso realmente se faz porque são pacientes que têm necessidade da medicação para conseguir segurar o seu fator de estabilidade. Então, a maioria dos pacientes da Rede, eles necessitam do medicamento, quer os pacientes convulsivos, quer os pacientes psicóticos, quer os pacientes neuróticos. Em determinados casos a gente até diminui muito o medicamento específico e põe um medicamento tipo placebo. Então põe um complexo B, põe um polivitamínico, tal, mais para ele sentir que ele está tomando aquele remédio e que o remédio está melhorando, porque eles sentem um apoio muito grande a nível medicamentoso ... Eu não vou lá porque eu não preciso pegar remédio, então se eu não preciso pegar remédio, eu não preciso de consultar. Se eu não preciso consultar eu não vou voltar”. (E)

Observamos que este artifício usado para segurar o paciente vinculado à Rede apóia-se, também, além das óbvias necessidades do paciente, num fator que diz respeito à necessidade do psiquiatra, louvável e idônea, de ganhar tempo até ele conseguir a aderência do paciente a outra alternativa terapêutica também tentada por ele. Então, ele vai mantendo a medicação até que consiga que o paciente entre na proposta de estar em tratamento mesmo sem estar medicado. E durante este tempo, o paciente está recebendo uma atenção mais intensiva do psiquiatra, está sendo cuidado, também, através da palavra e pensamos que este fator deve exercer uma grande influência sobre o sucesso do tratamento, principalmente se considerarmos que, como o próprio psiquiatra disse, alguns casos são mantidos pelo placebo. Isto só vem a reforçar a eficácia de tratamentos associados:

“... E esses grupos, a gente criou na... a intenção deles é exatamente você manter o doente mais próximo a você”. (E)

“Mas o que é mais comum é que haja uma intervenção medicamentosa mesmo que temporária no caso de neurose ou distúrbio afetivo... concomitante... a intervenção medicamentosa e abordagem psicoterápica, e à medida que o paciente progride na abordagem psicoterápica a gente vai fazendo um desmame... progressivo da medicação até suspendê-la”. (G)

Foi interessante notar que quando o psiquiatra questiona o poder que a medicação exerce sobre o paciente e decide retirá-la por considerar que ela não está mais fazendo efeito, ou não é adequada e o paciente resiste e não aceita esta proposta, ele atribui a resistência a fatores próprios da cultura sócio-familiar do paciente, à crença desenvolvida de que não pode ficar um dia sem o remédio senão tudo pode voltar. E no decorrer de outras entrevistas, encontramos a crença atribuída ao popular contemplada pelo próprio poder médico:

“Aí são aqueles pacientes que chegam de hospitais tradicionais... tem seis, sete medicações e sem justificativa científica nenhuma, né, é, é... não existe... Só se cria no paciente um temor de tirar um miligrama de não sei o que lá que pode voltar tudo. É porque o vizinho falou, ou porque a comadre... “Nossa! Se você parar com esse remédio volta tudo e tal”. Então tem essa coisa cultural também que fica forte, né. E aí é terrível, né...” . (A)

“É... há, também uma parte, que... há pessoas que ficam preocupadas... com o remédio... daí fazem umas perguntas: “Mas será que eu num vou ficar dependente”?... E... daí eu mostro: “Ó, ou fica... desse jeito, sem o remédio, num dormindo, né... chorando, com angústia, ou, usa o remédio, e... usa o tranqüilizante pra melhorar essa parte e... suporta... E algumas pessoas acabam deixando mas, daí percebem que num dá; ficam uns quinze dias sem tomar mas aí volta tudo. Volta a sentir tudo... aí procura novamente, quer tomar no... percebe que tem que tomar novamente o remédio... e assim vai”. (C)

“E daí regride tudo... Então ele volta. Então nível de abandono de tratamento é pequeno”. (E)

Não que a cultura sócio-familiar e seus valores de referência não sejam fatores fundamentais de influência sobre a demanda pela medicação por parte do paciente, que busca nela abrigo a seus anseios de melhora. Mas, a alimentação da crença, dada pela autoridade oficial, o poder médico, até via a imposição de um temor, faz com que, no mínimo, a crença seja potencializada.

Pensamos, também, se essa visão clínica de uma função não é um dos pilares que sustenta a tão sentida falta da T.O. para proceder a trabalhos de grupos mais operativos, mais nos moldes clássicos, formatados dentro dos espaços hospitalares, sem tirar os créditos e nem a necessidade do trabalho compartilhado por esta especialização, principalmente em um momento em que ela está em busca de novas propostas:

“Por exemplo, a nossa terapeuta ocupacional... pra botar um alambrado aqui pra fazer uma hortinha comunitária que vai rolar...”. (A)

E apareceu, também, um dado que foi comum nas entrevistas: a atribuição de significados comuns à condição social do paciente e a sua condição econômica. Social, a camada referente à sociedade à qual pertence o paciente, na visão do psiquiatra, parece ser sinônimo de financeiro, relativo a um dado concreto referente a dinheiro que pode favorecer a compra de uma medicação melhor. A condição financeira é ordinariamente concebida como o fator determinante da camada social à qual pertence um cidadão, sem dúvida. Mas podemos pensar em quantos pacientes da clínica particular, de outro nível social e mesmo cultural, e com condições financeiras privilegiadas, também não vão comprar a medicação mais cara. Vão procurar trocá-la pelo genérico, que fica a metade do preço ou decidem não tomar, ou começam e param. Mas quando se fala de paciente da Rede parece que estes aspectos se associam segundo uma mesma conotação. Podemos pensar na possibilidade de um preconceito? Talvez sim. É, de certa forma, uma subestimação geral da pessoa do paciente:

“O, o nível sócio-econômico do paciente. Se ele tem condições de estar comprando uma medicação fora ou não, né. Se você tem que usar, obrigatoriamente, os psicotrópicos existentes no Centro de Saúde, ou se você pode estar... é... receitando um... mais caro, que ele pode estar... estar fazendo fora ou mandando fazer ou comprando na farmácia, né”. (H)

Existem duas situações bastante específicas relacionadas ao uso da medicação que devemos destacar. Uma se dá por via de fatores institucionais: não tem neurologista na Rede. A outra podemos dizer que está diretamente ligada à pessoa do paciente: é quando a pessoa com problemas de alcoolismo adere ao tratamento.

A falta de neurologista na Rede remonta à clássica polêmica quanto aos limites imprecisos de uma especialização. Os pacientes com comprometimento neurológico são encaminhados para serem atendidos pelo psiquiatra. Nenhum outro especialista da área da saúde acha que é sua especialidade. É da psiquiatria:

“Tem crescido um pouco o número de atendimento a pessoas acima de sessenta à sessenta e cinco anos... Tem alguns com... doenças degenerativas, ou então com... envelhecimento precoce... Alzheimer... ou então complicações... neurológicas... após derrame... Porque é aquele limite... onde começa a psiquiatria e onde começa a neurologia? Quando vêm... são pacientes com crises convulsivas... epilepsia... Então, passar medicação... depois sempre retorna, né, porque eu tenho que renovar a receita dos anticonvulsivantes. São pacientes que já estão bastante crônicos no uso da medicação”. (F)

Quanto à manutenção da medicação prescrita para o paciente alcoólatra ela está na dependência, em primeiro lugar, da aderência do paciente ao tratamento. Porque se ele não o segue, não adianta, e a providência tomada será a da internação ou do encaminhamento para o CRIADE. Mas pensamos se aqueles pacientes que aderem ao tratamento pela medicação, também não encontraram na atitude acolhedora do psiquiatra um forte fator motivacional mantenedor do vínculo médio-paciente. Quando o psiquiatra não desiste, ele consegue alguns retornos. Embora raros, mas consegue:

“Alguns alcoolistas... que a gente consegue... manter... só medicamentoso... só na medicação... e geralmente ficam bem e não estão precisando de... de psicoterapia, nada. Ficam bem. Na medicação”. (H)

É uma unanimidade que o encaminhamento para internação se dá quando os pacientes não se encontram com a menor condição de serem mantidos sob nenhuma outra alternativa terapêutica, pelo menos temporariamente:

“... existe algumas, algumas patologia... alguns momentos de... determinadas patologias que fazem com que os pacientes necessitam ser internados, né”. (D)

Os psiquiatras tentam de tudo antes de internar. Medicação, associação de atendimentos, mas, mediante questões que passam, também, por fatores relativos à sua visão quanto à internação além dos fatores de risco eminente para o paciente ou familiares:

“De internar, né? Olha... é muito difícil de eu internar. Eu sou assim meio (riso)... hammm. Eu interno quando o paciente está em risco de vida... dele se matar, dele se machucar, dele machucar a família... interno muito pouco, né... Eu sou meio contra a internação psiquiátrica mesmo... Eu acho que não é por aí... O que eu... acabo internando... pacientes alcoolistas e são eles que eu acabo internando, né. Em geral insisto um bom tempo pra tentar com um suporte de terapia aí, de medicação... de um ou dois meses tentando... alguns pacientes que usam drogas também... está usando demais mesmo... ou pacientes... em franco surto psicótico... que a família não consegue segurar com medicação em casa... E, segundo, estar querendo se livrar um pouco dessa pessoa... ficar longe”. (B)

“... Não se deixa de considerar o risco... é... eventual, especialmente da conduta psicótica para o próprio paciente... em termos de tentativa de suicídio ou então risco para a família ou para a vizinhança em termos de... uma conduta... perigosa... prática de... homicídio ou danos físicos ou a pessoas... periféricas... no... em torno do paciente”. (G)

“Eles muitas vezes, quando procuram, é pra internação, junto com algum da família... Ou os pais... ou irmãos, ou parentes mais próximos, né... a família acha que a situação está insuportável... que a pessoa está muito agressiva em casa... que está vendendo as coisas da casa... roubando... dentro da própria casa, vendendo esses... bujões de gás da casa pra... adquirir a droga... Até próprio mantimento... arroz, feijão... vende tudo, né”. (F)

Portanto, se a família não se mostra em condições de assumir seu papel de coadjuvante no tratamento do paciente ela se torna co-responsável pela sua internação.

E foi considerado por um psiquiatra um fator institucional maior. Trata-se das condições que não são favorecidas pelo próprio governo aos familiares de pacientes em estado grave, que necessitam de um cuidado mais intensivo. Não existe uma cobertura do governo ou mesmo a possibilidade do abono de faltas para o familiar. Estas questões tornam-se, assim, fatores que podem colaborar para que o psiquiatra se decida pela internação:

“O de sempre. A indicação de internação decorre mais de... é... pressões ou condições sociais do que propriamente, é, de motivos técnicos, não é... Se você dispusesse de cobertura... no domicílio, na casa do paciente... a possibilidade da intervenção da equipe de Saúde Mental... no tratamento domiciliar... se... um quadro mental agudo no seio de uma família não viesse em prejuízo da rotina de vida familiar... por exemplo, no caso da mãe de família que adocece mentalmente, do marido ficar impedido de ir trabalhar... essa intervenção... poderia ser feita no próprio domicílio... Ocorre que, não tendo equipe que atue à nível domiciliar... e aí a angústia da família é muito grande... em lidar com o doente e aí a exigência ou a pressão da internação... porque o doente tem... se ele é trabalhador, tem direito a licença médica, mas aquele que presta cuidado, não”. (G)

“Quando a situação familiar está muito crítica... que eu vejo... é difícil para o familiar, por exemplo, se for o caso de um filho, né, de... e os pais trabalham, e eu vejo que... o uso da medicação... não vai poder funcionar, não vai ser dado

adequadamente... você tem que optar muitas vezes pela internação, pelo menos por um curto período, até a pessoa... melhore um pouco e possa, de certa forma, se responsabilizar por vir aqui... pelo menos sozinha... e... usar a medicação adequadamente”. (F)

Quando se trata de encaminhar para psicoterapia, os fatores relativos à pessoa do psiquiatra são preponderantes. Não encaminha porque não encaminha mesmo e é até mais fácil mudar de assunto; porque sua visão é de que psicoterapia é para atender os males menores e, também, porque ele pode ter o desejo, manifesto ou latente, de atender como psicoterapeuta. Então ele vai atender e não vai encaminhar para o psicólogo:

“Agora, eu encaminho pra... psicoterapia... primeiro depois de uma conversa com o paciente... na verdade, eu encaminho bem pouco, né. Acho que um caso só”. (C)

“Enca... é, é, é... E eu tenho também um grupo de dependência química, né”.

Existe ainda uma grande resistência, um conflito passado pelos tropeços da linguagem, mesmo e apesar de todo humanismo presente no discurso:

“Nós temos a psicóloga que ela faz, a... u... uma psicoterapia... é... e a gente trabalha de comum acordo. Então, aqueles casos em que não é necessário, vamos dizer, um... uma medicação... mas é necessário um aprofundamento, apenas...” (E)

Ainda existe o *apenas*, o *não são tão importantes*, o *tratamento pode ser dispensado*, se lermos nas entrelinhas do discurso:

“Quando... o quadro apresentado é... vamos dizer, puramente psicogênico e o nível de... ansiedade ou grau de depressão do paciente não são tão importantes, então, eu dispenso o tratamen... o... o tratamento me... ou intervenção medicamentosa, e encaminho o paciente exclusivamente para a abordagem... psicoterápica”. (G)

As psicoterapias são tanto individuais quanto grupais. E mesmo frente à grande demanda que abarrotava as agendas, o psiquiatra não abre mão de seus desejos. Ele dá um jeito para que eles sejam satisfeitos:

“Então... esses eu já atendo... individualmente e atendo... uma vez por semana... em média quarenta minutos. Aí eu tenho horário fixo... na agenda, que eu... atendo essas pessoas”. (F)

“Tem um paciente que eu estou fazendo... estou acompanhando em psicoterapia... Um jovem de... dezesseis anos... em psicoterapia individual”. (B)

“Eu comecei também a organizar, atender em grupos... aqui, né. Tenho dois grupos que eu acompanho, basicamente de pacientes neuróticos... e... atendo eles... um vez por semana, em média de oito a dez pacientes em cada grupo, um grupo aberto, sem tempo definido... pra terminar... As pessoas, de certa forma... quando se sentem melhor... elas se dão... por melhores, elas... deixam de comparecer ao grupo... o grupo é geralmente uma hora, uma hora e meia, mais ou menos, de duração... uma vez por semana... É claro que muitas vezes eles procuram que eu dê a resposta... mas aí eu... jogo pra eles, na medida do possível, né,... pra gente poder pensar junto... pra... chegar a alguma... conclusão”. (F)

“Faço grupos, assim, de adolescentes que eu não medico, que eu só entro como... faço sozinha como terapeuta mesmo, né”. (B)

“E tenho sob... os meus cuidados, um grupo de pacientes neuróticos... dez pacientes por grupo... de uma hora ou de cinquenta minutos”. (G)

A psicoterapia pode ocorrer associada à medicação. O psiquiatra fica, então, responsável pelos dois cuidados, tanto nos atendimentos individuais quanto nos atendimentos grupais:

“Associo, né. Tem casos que, que, na verdade, eu... eu acredito que tem que ser os dois... Eu faço esses grupos com pacientes que eu medico, também. Então eles trazem a problemática, eles trazem conflitos, né. Não é que eles vão falar só do sintoma e da medicação. Eles trazem... eles vêm inteiro pra esses grupos”. (B)

Entra com a psicoterapia buscando, através de uma escuta diferenciada, ajudar o paciente dar voz aos seus sintomas para, quem sabe, compreender os sintomas como uma formação pertinente à sua própria história de vida. E é inegável que o desejo do psiquiatra acaba por reverter-se em grande benefício à pessoa do paciente:

“A indicação... é... geralmente são pacientes neuróticos que eu vejo, assim, que a medicação... pouco resolveria, né, porque... ocorreria, de certa forma, um alívio da ansiedade... se eu receitasse um... um ansiolítico, mas aquela situação... persiste, né... baixa alta estima... ansiedade intensa... uma depressão, assim, não muito característica... e que... apresenta uma... somatizações diversas... que com problemas de relacionamento... em casa... com o esposo... com os filhos... que estão sempre vindo aqui... e... repetindo essa história...”.(F)

Aparece a referência à condição social, cultural e financeira dos pacientes, mas, não como sendo um fator impeditivo. A psicoterapia acontece, é possível, ‘apesar’ do nível cultural:

“E... a participação... das pessoas é boa, né, e... apesar do nível cultural... ser bem deficitário, eles... na medida que vão se sentindo mais... livres no grupo, né, vão participando bem”. (F)

“Que às você pega pessoas, isso eu acho interessante, porque geralmente os grandes (ri) acho que os psicanalistas, o pessoal que está às vezes muito ali na Faculdade, não pensa muito. Mas às vezes você acha uma pessoa com o nível econômico ali muito baixo, muito sem preparo nenhum, sem estudo nenhum, mas que ele entra numa psicoterapia... aproveita muito (ênfase), entendeu, que você pode oferecer pra ela, né”. (B)

Mas a condição de simbolizar é atribuída à leitura equivocada que ela parece identificar como sendo dos grandes, lá da grande instituição formadora dos grandes saberes que vão ser aplicados aos pequenos saberes, mas que parece ser sua opinião pessoal projetada. Senão vejamos:

“Ham... O, o nível cultural do paciente. Se o paciente for de um nível cultural muito baixo, você p... provavelmente não vai estar podendo encaminhá-lo, assim... uma psicoterapia. Ele não vai ter capacidade de abstração... você entendeu”? (B)

Enfim, quando o psiquiatra passa atender em psicoterapia, procura desmistificar junto ao paciente o conceito de que psicoterapia é coisa de gente louca e de que procurar pelo psicólogo é menos ameaçador. A psiquiatra, no caso, procura desmistificar isso mostrando ao paciente que o psiquiatra também pode ter a função de psicoterapeuta e auxilia o paciente a entender essa questão, lidando na contratransferência. Vai se beneficiando e acalmando o conflito que existe entre a sua identidade médica e a sua identidade de psicoterapeuta:

“Tem uma procura... espontânea. Eles chegam ali na... na recepção e começam a falar que... vieram porque... estão com uma série de problemas, ou já vem muitas vezes já com o sentido de procurar a psicóloga... Geralmente eles não falam psiquiatra... É com a psicóloga... ou alguns já vem procurando o psiquiatra espontaneamente, mas com muito receio, né, porque... o psiquiatra é aquele que lida com a loucura, né... se eu procuro o psiquiatra, portanto eu sou um louco... procuro... desmistificar um pouco isso da loucura e... como é que eles se sentem ...” (F)

Quanto aos atendimentos grupais, eles são citados de várias maneiras. De uma certa maneira, as diretrizes básicas estabelecidas pela Secretaria de Saúde como sendo prioridades para os pacientes das Unidades, estão sendo cumpridas. Parte do próprio psiquiatra esta organização do serviço. Ele agiliza seus atendimentos através destes grupos que não demandam muito tempo, que estão mais ligados à prescrição ou retirada de medicação e, também, grupos onde os pacientes desenvolvem trabalhos manuais, tem uma duração maior e contam com a sua presença para uma eventual emergência que possa ocorrer e que implique em interferir na medicação. Este é também um dos fatores que influenciam a visão do psiquiatra relativa à sua atitude de assumir a direção de trabalhos grupais que poderiam estar a cargo de outro profissional da equipe, como a T.O., por serem grupos mais operativos:

“... há vinte dias atrás, ela começou a entrar em... surto delirante, começou a falar muito, ficar eufórica, muito agitada tal... eu percebi muito rapidamente. Daí conversei... “Olha, vamos rever a tua medicação, eu acho que esse remedinho vai ser bom”... Se mudou a terapêutica, aliás, reforçou... não é que mudou, os sinais regrediram e ela não chegou a entrar em surto maior... acomodou e está bem, participando... Mas... eu estou tentando criar dispositivos novos dentro do, do grupo, que antes não ... teria como ser feito, porque era uma terapeuta ocupacional que fazia o grupo... então é diferente quando você está ... conduzindo o grupo... e você é da área a fim... ou quando você é o profissional médico... então ela tinha um caminho a seguir ... e dentro da parte de terapia, de atividade... laborativa”. (E)

Pareceu-nos, embora tenha ficado claro a sua explicação, que implicitamente existe a questão que passa pelo poder médico e, na área da psiquiatria, é melhor deixar claro quem é que responde por esta função junto a pacientes mais comprometidos, que necessitam também de criatividade do profissional, esta, também, uma crítica implícita:

“Então por exemplo ... a maio... todos eles ... manifestaram, assim, muita vontade de saber alguma coisa mais a respeito da cabeça, de corpo humano, de funcionamento... cerebral e tal. ... A gente está... fazendo algumas reuniões e colocando esses assuntos”. (E)

De qualquer maneira, os atendimentos grupais garantem que os pacientes não fiquem sem assistência. Um exemplo onde podemos observar isto é no grupo de medicação de pacientes convulsivos e pacientes psicóticos, mesmo eles tendo atendimentos intercalados:

“É... então esses grupos... são... grupo de medicação... de convulsivos e... psicóticos. Esses grupos são realizados de... duas em duas semanas, quer dizer, nós temos um grupo de convulsivo cada duas semanas e um grupo de psicóticos cada duas semana. Intercalado. É... sendo que o retorno do paciente, em média, é de sessenta dias. Então cada sessenta dias ele vai retornar... num desses grupos”. (G)

Nas iniciativas pessoais do psiquiatra, que destacamos por sua relevância, os fatores de influência falam por si só.

Por exemplo, a busca de maiores informações em pastas de pacientes em outros locais nos quais eles foram atendidos:

“Muitas vezes eu faço... porque, por exemplo, muitos pacientes já em algum momento da vida já se internaram na “...”... Porque aqui era uma Unidade Psiquiátrica de Emergência, né... Então, assim, a passagem dos pacientes tanto para ficarem aqui como para serem reencaminhados era muito grande e pela facilidade de ser próxima... “Ah! Fiz exames lá uma época que deu não sei o que de alterado, não lembro, eu tava esquisito na minha cabeça, ninguém sabe contar”. Então, assim, eu pego, eu passo na “...”, vou no arquivo, pego a pasta e faço... Mas isso, assim, é uma iniciativa minha... Aí eu posso tentar mandar uma carta pra lá via assistente social, faço algum resumo de pasta, alguma coisa assim, se for muito necessário”. (A)

Ele não tem recursos propiciados pela Unidade, interrompe os atendimentos e usa seu próprio carro para ir até o local onde o paciente foi atendido, porque o paciente não sabe informar melhor sobre o que já se passou com ele. E as pastas são confusas, e existem muitas dificuldades para se estabelecer uma comunicação entre os profissionais da Rede, dificuldades que poderiam ser, talvez, sanadas mediante a obrigatoriedade da regionalização e da informatização da Rede:

“Ah! A gente vem cinco vezes no “...”, dez no “...”, oito no “...”... e eu fui paciente lá do “...”. Então isso é uma falta de... evitar a poli-vinculação, ou seja, regionalizar a coisa, né... Então o cara é paciente daqui ele vai ter que procurar o veredicto de resolução aqui... falta de um prontuário único, que isso só vi acontecer quando informatizar a Rede”. (A)

Muitas vezes, o psiquiatra encontra dificuldades para lidar com os pacientes normalmente atendidos na Unidade:

“Pode-se dizer assim que, por baixo, oitenta por cento são quadros de depressão, depressão com ansiedade, depressão com ansiedade e fobia... Acho que você tem que digerir e clarear o que o paciente às vezes traz pra você tão confusamente, tão misturado e cheio de sentimentos...”. (A)

“Então, essa pergunta que você fez é muito interessante porque antes de vir pra cá eu trabalhei... num CAPS e que atende pacientes mais graves”. (A)

Ele também realiza exames em pacientes dependendo da queixa que este lhe apresenta:

“Eu atendi aqui uma senhora de quarenta e poucos anos que tinha uma queixa de ansiedade. Mas era uma coisa que vinha junto com uma queixa de, de ausência psíquica, uma coisa estranha. E uma coisa periódica, tal. Então fiz um raio X de crânio dela, veio um ponto de calcificação... eu falei “olha, isso pode ser uma, aquela doçzinha do, do verme, né, mas pode ser outra coisa, né”. (A)

A partir do raio X, encaminhou a paciente para realizar mais exames e, posteriormente aos resultados, prosseguiu com os atendimentos:

“Pedi uma tomografia dela, e veio um baita dum tumor, né. Um tumor no cérebro estava causando alterações, né. E ela não estava tão sintomática ainda, né... Está razoavelmente bem, o prognóstico não é bom, né. Está fazendo radioterapia, ela ainda faz retorno aqui comigo... Eu faço eu faço um atendimento de apoio aqui, né”. (A)

E há o profissional que repassa ao paciente seus hábitos pessoais:

“... eu fiz macrobiótica, há uns anos atrás... depois deixei a macrobiótica, mas continuo comendo... o arroz integral, as verduras... A carne praticamente eu não... carne eu não como”. (C)

“Eu tento também entrar na parte da alimentação... posso até marcar no receituário os alimentos que devem ser evitados (limpada de garganta). Quando eu fiz a macrobiótica, eu percebi uma... modificação... no estado mental... e cheguei a tratar uma esquizofrênica com macrobiótica... isso faz tempo, né... eu fui tirando a medicação dela e só usando macrobiótica”. (C)

Nos espaços compartilhados, a visão do psiquiatra sobre a patologia mental e o funcionamento multidisciplinar, são predominantes. E é um aspecto positivo, segundo nossa visão, que alguns já admitem que a estruturação do serviço de atendimentos na Unidade tem a ver, também, com a formação da equipe multidisciplinar em função da multideterminação da patologia mental:

“Um outro fator, é... é a questão de que a equipe de Saúde Mental, do Centro de Saúde, ela... multidisciplinar... existe um espaço pra diversos profissionais, que são espaços, que devem ser complementares, né, principalmente... psiquiatras, psicólogos, Terapeutas Ocupacionais e Enfermeiros Psiquiátricos... também Assistente Social, na medida do possível... é um grande número de problemas sociais associados... a questão... da... da própria doença mental, né... A gente constata que, numa situação ou noutra... há uma preponderância... em determinados casos, de fatores orgânicos. Em outros... de fatores psicogênicos... e há casos em que a... releva a importância de fatores sociais... e numa visão... que a gente tem da... patologia mental é de que ela é multi... determinada. E nessa multideterminação é... sobreleva a importância hora fatores... basicamente orgânicos... ou endógenos... psicoses esquizofrênicas ou as psicoses afetivas, né, ou fatores psicogênicos como nos... nos transtornos neuróticos... sempre há uma interveniência associada de vários fatores... e a indicação do tratamento... psiquiátrico, particularmente me... medicamentoso, não ignora a importância de outras intervenções. Por isso é que nós trabalhamos em equipe, não é”. (G)

Mesmo admitindo que cada um vai lidar com a patologia mental a partir de sua própria visão, o psiquiatra vê como possível acontecer o trabalho integrado:

“É claro que, dentro de uma equipe... multidisciplinar, cada um vai ter seus referenciais teóricos, cada profissional vai ter... o seu... o seu... plano, o seu projeto de psiquiatria ou de saúde mental, né”. (D)

Mesmo que ele vá lutar pela inserção da sua visão de interesse sobre a visão da equipe:

“Aqui na, na nossa equipe, é, eu tento inserir algumas coisas relacionadas... à ‘...’, né ” (D)

Mas essa visão, refletindo uma compreensão multifatorial, não é unânime.

Nem sempre o fato de ter profissional da equipe na Unidade significa que o psiquiatra o incluirá no planejamento terapêutico ao paciente. Os que estão conseguindo este salto, não são todos. E o não compartilhar às vezes está justificado por uma certa crítica ao profissional de outra especialidade, como psicologia, por exemplo:

“Ela tinha problema também de... doença física, né. Aí encaminhei pra... psicoterapia e... ela me fez várias perguntas, né ...que se percebe que ... criando uma série de... obstáculos... talvez por experiência de... passada, né, porque ela comentou que ela conversou com uma psicóloga... é, jovem, né, e a psicóloga falou uma coisa pra ela... daí aquilo ficou... marcado e... ela não aceitou... pode até ter sido o certo, assim, ... mas não sei o que... ela falou... Bom, é, é, é, ... certo ou não, né, aquilo chocou a... ela ficou chocada com aquilo, de alguma forma. Então ela começou a rejeitar”. (C)

São visões pessoais evidenciam, também, um desconhecimento quanto à psicoterapia:

“Então seria mais ou menos esses casos que eu... quer dizer: isso me leva também a encaminhar à psicoterapia, né...que eu percebo que ... que a pessoa pre... precisa de uma... orientação também... nessa parte.... uma... psi... na

psicologia, quer dizer... não só uma psicoterapia, mas uma orientação também... de como ela... agir... percebendo que a pessoa precisa dum preparo pra enfrentar a situação”. (C)

Agora, quando as associações de tratamento ocorrem, ainda que capengas, em função das equipes mínimas incompletas e da fase ainda de adaptação do psiquiatra quanto ao funcionamento multidisciplinar, os resultados são evidentes. Os atendimentos ocorrem mediante uma divisão de trabalhos funcional e criativa, que trazem benefícios a ambos, pacientes e psiquiatra:

“Eu sou responsável pelo atendimento dos pacientes... tem uma psicóloga que faz um trabalho em grupo com os familiares dos psicóticos”. (D)

“Essa triagem é feita em rodízio pelo psiquiatra, pela... psicóloga e... pela assistente social”. (G)

“E... por exemplo... grupos de pacientes psicóticos:- Eu tenho grupos, assim, que eu faço junto com a psicóloga ou com a T.O., né. Que a gente dá, assim, uma ... É uma psicoterapia ali... no que eles ... pra pacientes psicóticos comprometidos. Então, na medida do possível... a gente tenta dar uma abordagem... né... E no final do grupo eu faço a medicação deles, né”. (B)

“Tem algumas famílias que eu oriento quando a psicóloga ou a T.O. estão atendendo a criança... eu... eu acabo fazendo a orientação, né. A gente tenta dar uma divisão, né... mas a gente tenta dar uma orientação geral, né”. (B)

Existe o psiquiatra que está, inclusive, delegando a elaboração da prescrição da receita ao paciente a outros profissionais da equipe e ele só assina. Podemos pensar até num certo exagero e, também, em complicações éticas resultantes deste procedimento. E talvez o psiquiatra saiba disso, pois, sua fala foi picotada, cheia de lacunas e ele referiu-se ao médico, à terceira pessoa, ao outro, quando trata-se dele mesmo:

“Então há os pacientes que vem aqui uma... pra uma seção de grupoterapia por semana, fazem sua revisão... semanal psiquiátrica... Esses grupos vão ter a participação da assistente social, estão tendo, né, a participa... estão tendo da assistente social e de uma auxiliar de enfermagem. E... o médico, então, da uma

repassada na, na, na situação clínica dos pacientes, né, e... a, a, a assistente social e a ... e a auxiliar de... de enfermagem... é, se encarregam de fazer a receita que será assinada pelo médico, mantendo... aquele esquema já... que... que... que sustenta... a estabilidade do paciente”. (G)

Um outro grande salto institucional sobre os cuidados para com a pessoa do paciente são as visitas domiciliares. Convergem os fatores institucionais com os do paciente e do psiquiatra, mas, sem dúvida, o benefício é para o paciente. As normas são institucionais para que o paciente seja procurado quando se afasta do tratamento ou quando está impossibilitado de ir até à Unidade:

“São pacientes que não podem vir aqui, ou porque estão em surtos agudos... problemas... social grave... crescido de doença física, limitação física mesmo... e que a gente tem que avaliar se isso se... se é caso... que precisa de internação ou não... às vezes nem vem aqui... já vai direto pra... pra internação, pra... pronto-socorro...”. (F)

“Ela tem um caráter de busca de pacientes egressos, a gente chama. São pacientes que foram internados em hospitais psiquiátricos e acabam sendo reencaminhados para o Centro de Saúde... para seguir o tratamento”. (D)

“Ela abrange aqueles pacientes que por uma razão qualquer... deixam de repente de comparecer ao atendimento, deixam de comparecer à consulta, faltam ou deixam de vir ao grupo, ou têm algumas alterações que a gente detecte que não está bem”. (E)

Mas alguns psiquiatras não fazem as visitas alegando a agenda apertada, quando fica claro que não vão porque não consideram que *fazer essas coisas* seja uma função sua:

“Mas, de maneira geral, como a agenda está sempre cheia, quem tem feito essas coisas é a... terapeuta ocupacional... e tem a psicóloga também,... né” (F)

Alguns psiquiatras vão em busca de notícias do paciente, mas vão, também, em busca de concretizar o abstrato fornecido pela linguagem imprecisa. É como uma checagem física dos sintomas. Como se o paciente falasse de um órgão que dói, o fígado, o estômago e, depois dos exames clínicos, o médico precedesse aos exames de laboratório. O laboratório do psiquiatra é o campo natural do paciente. Ele busca confirmar informações presentes nas entrevistas sob influência, também, de seu interesse de estudo. Ou seja, será que é mesmo verdade a realidade conforme vivida pelo paciente e trazida em sua fala? Será que procede, de acordo com parâmetros externos de validação, ou seja, dos parâmetros ‘do outro’ a história de vida do paciente conforme sua visão? Foram perguntas que nos ocorreram embora tenhamos entendido que este estudo procura se aproximar das referências culturais do paciente para melhor poder entendê-lo a partir dessas suas próprias referências:

“Então, nós fazemos estas visitas querendo conhecer, também, a realidade do paciente, como que ele vive, se o que ele falou é mesmo... A gente faz algumas visitas pra complementar a entrevista, pra tentar, entender melhor... é claro, a gente... pede o consentimento do paciente, pra fazer essa visita. A gente acaba... é... tentando compreender melhor qual que é o contexto sócio-cultural do paciente, né. É muito interessante, por exemplo, algumas visitas... dentro dessas ocupações, é... são... lugares... dentro do, do... do espaço urbano, né, uma cidade como Campinas, uma cidade bastante desenvolvida, que... apresenta carências, assim, muito intensas, né, e... e isso leva a... que haja um... um... um contexto sócio-cultural ali... envolvido, né, quer dizer, como que esse paciente... ele... se relaciona com os familiares, ele está empregado?”. (D)

Nos encaminhamentos para o CAPS e CRIADE, as falas são muito parecidas e os encaminhamentos são quase unânimes:

“... a gente tem o CRIADE que também atende usuários de droga, a gente faz encaminhamentos pra lá também...”. (D)

“Então os casos de alcoolistas ou drogaditos, os casos assim mais complexos, e... então esses casos nós encaminhamos pra o CRIADE...”. (G)

“... alcoolismo... a grande maioria acaba sendo... é... encaminhada no CRIADE...” (F)

São feitos, também, encaminhamentos de pacientes alcoólicos para os serviços prestados pelo A.A. em função da própria experiência dessa organização e do índice significativo de sucesso no atendimento a pessoas com problemas de alcoolismo

“Ou encaminhado para o ‘A.A.’”.

Observamos, assim, que é grande a dificuldade do trabalho com pacientes alcoólicos e drogaditos. Podemos falar sobre os inadequados que não aderem à especialização não adequada:

“E em Centro de Saúde não especializado em alcoolismo... como esse aqui, por exemplo, você também não tem condição de estar... fazendo o tratamento dos alcoolistas de maneira adequada, né... Teria que estar fazendo um grupo, mas só que esse grupo é... difícil de ser montado. Então é a... a grande maioria acaba sendo... é... encaminhada no CRIADE:

“Já foi tentado várias vezes, e, e, é uma coisa muito difícil mesmo. Você percebe a dificuldade... em manter um paciente bem... num Centro de Saúde... não especializado”. (H)

É difícil e nada é adequado. O que é oferecido ao paciente comprometido com o álcool não é adequado. O paciente não é visto como adequado. Os profissionais não são adequados e a medicação, talvez, não seja também a mais adequada:

“Porque ele acaba voltando uma vez por mês, devido à nossa demanda, né. A agenda está sempre cheia... então ela acab... a gente não... sobra muito tempo pra estar vendo esse paciente uma vez por semana, né. E esses pacientes acabam voltando a beber, depois de um tempo, e... fica... quer dizer, não adere ao tratamento, né, de maneira adequada”. (H)

Quando perguntamos à psiquiatra se ela encaminhava o paciente com problemas de alcoolismo para psicoterapia individual, ela tossiu duas vezes e mudou de assunto:

“Não... (tosse)... (tosse)... não. Uma outra coisa também... olha, criança... praticamente a gente não atende”.(H)

Retomamos a pergunta logo a seguir, após ela haver mudado novamente de assunto, sendo que então incluímos o fator do não encaminhamento. Ela respondeu com o que interpretamos como sendo o verdadeiro fator que influencia o encaminhamento do paciente para o CRIADE mais que a especialização ou não especialização dos profissionais:

“Olha... (respira fundo)... eu acho que... eu acho que o fator, assim, do próprio profissional mesmo, que atende... Eu, eu não indico, porque eu sei que a psicóloga está... cheia de... está com uma demanda grande... e ela não gosta de alcoolista. Então isso já é um fator contra. Você tem que estar aceitando o paciente pra estar fazendo um... pra estar fazendo um acompanhamento psicoterápico com ele, né... Então um horário que poderia ficar com uma pessoa que realmente está... preocupada com o tratamento, acaba sendo desperdiçado com outra pessoa, e com profissional que não... não quer ficar com aquilo. Então acabo nem indicando aqui no serviço, né”. (H)

E a observação foi confirmada na fala da outra psiquiatra da equipe:

“Eu acho que o que é mais difícil a gente acompanhar aqui é alcoolistas... Não sei se é porque eu acho difícil tratar alcoolistas... Já trabalhei com grupos de alcoolistas... e é uma coisa assim, que eu acho difícil... é baixa adesão porque é programa, né... Mas de maneira geral, eu acho que eu tenho uma certa resistência para tratar alcoolistas, eu acho muito difícil...E tem aquele outro serviço aí da Prefeitura... que atende é... alcoolistas e drogaditos... às vezes eu encaminhava para lá também”. (F)

E o mesmo foi dito quanto ao encaminhamento de pacientes drogaditos:

“É difícil, é muito difícil... você conseguir... um tratamento em... em... nível de Centro de Saúde. Esse paciente teria que estar sendo acompanhado praticamente, assim, duas, três vezes por semana, e mesmo assim, difícil... Não... não adere, não adere, é muito difícil... Geralmente vem a família, desesperada, né... querendo uma orientação. É isso que costuma acontecer mais vezes aqui, o paciente praticamente não vem... nem quer se tratar... né”.(H)

“E drogaditos... são... poucos que me procuram aqui... Tem alguns que...a gente sabe que a droga corre solta... pelos próprios pacientes que procuram aqui... são pais ou são irmãos, né. Pessoas que... fazem uso de droga, eles raramente procuram aqui espontaneamente, a não ser forçado muitas vezes pela família. E quando vem, é... logo depois abandona também, né, não dá segmento, não dá... E eu sei que esse é um problema de Saúde Pública... um problema sério... mas é... eu não conheço nenhum, assim, trabalho, né, com resultados realmente... inspiradores... pra eu conti... dar continuidade a qualquer trabalho ... eu acho que eles escapam muito da gente, alcoolistas e drogaditos. Eu cho que tem muito influenciado com que... o retorno que a gente tem, né, sem dúvida”. (F)

Alguns encaminhamentos são únicos e parecem mais ligados à própria dificuldade do psiquiatra em lidar com suas dores mentais. É mais fácil buscar a cura para o paciente através dos recursos naturais do organismo, de tratamentos mais concretos, menos subjetivos, que começam pela medicação e passam pela yoga, acupuntura, antiginaástica, homeopatia, macrobiótica, todos já experimentados pelo psiquiatra. Apenas não soubemos quanto à medicação, se ele já havia vivenciado. E sua visão sobre os problemas psiquiátricos faz com que ele deseje proceder a outros tipos de encaminhamentos. Não os faz, porque não sabe onde estão esses serviços, como eletrochoqueterapia e sonoterapia:

“... o seu organismo mesmo, é... resolver o problema”. (C)

“Agora, tem casos que eu já em... que eu já encaminhei pra acupuntura. Porque tem acupuntura lá. São casos que eu percebo que... pode segurar, né... É, é, é... porque eu fiz o curso de acupuntura”. (C)

“E aí tem outras também que eu já encaminhei... e pra homeopatia, também.. é, é, é... tem... porque na Prefeitura tem o serviço... de homeopatia... Eu fiz o curso de homeopatia, também”. (C)

“Então... ahm... Bom, é, é, é... já encaminhei, quer dizer, encaminhei não, indiquei, né, pra antiginástica... É que eu já fiz a... eu já (engole) me submeti à antiginástica, vamos dizer, né... E eu preferi a antiginástica do que a yoga” (C)

Por fim, é indubitável que os psiquiatras valorizam muito a necessidade de orientar o paciente e seus familiares sobre os problemas de saúde do paciente assim como aos cuidados que devem ser tomados em relação ao seu tratamento. E procedem a esta orientação também em atendimentos grupais no que chamam de Grupo de Verbalização ou Grupo de Orientação Verbal. Alguns consideram que dão uma verdadeira receita de bolo no sentido de que é um trabalho bastante dirigido em cima de questões específicas dos pacientes e/ou familiares. Mas não caracterizam este atendimento como uma psicoterapia por não conduzi-lo sob uma orientação mais psicodinâmica, embora possamos entender o sentido implícito de uma psicoterapia sob uma forma mais dirigida.

“É isso, orientação, orientação, orientação”. (A)

“Às vezes você até faz um atendimento ali quinzenal, mas que você não caracteriza como uma terapia. Você dá um suporte orientativo pra pessoa... você escuta um pouco a pessoa, né, dá uma orientação”. (B)

“Eu tenho um Grupo de Orientação, eu chamo de Orientação Verbal, né. Não chega a ser um grupo com características assim terapêuticas, é, utilizando, assim, alguma técnica psicoterapêutica definida... quer dizer, é, é, do ponto de vista formal ele não seria terapêutico porque ele não segue uma linha com pressupostos e, vamos dizer assim, não existe uma preocupação em fazer a emergência de conteúdos inconscientes, assim... Então... acaba sendo um trabalho de orientação...”. (A)

“Tem grupos de orientação de famílias mesmo, que a gente, ham... acaba mesmo, às vezes, dando uma (engasgo)... tentando dar uma orienta... uma receita de bolo... como é que essa família pode conviver melhor com o doente mental, com o paciente alcoolista... né”. (B)

5.2. A PESSOA DO PACIENTE COMO UM FATOR ENTRE FATORES.

“... fosse na semana passada, viu, ia ser impossível. A gente ia ficar fugindo dos pingos. Você estaria ocupada me ajudando a distribuir vasilhas pela sala e é nessa sala que eu atendo, viu”?

É nesta sala que os pacientes ocupam papéis co-adjuvantes, sujeitos a uma fala no texto geral que lhes é atribuída tanto pelo psiquiatra quanto pelo descaso político-institucional. Se houver algum problema com a sala pequena, com goteiras, entulhada de caixas, o paciente terá que aceitar por absoluta falta de opção, pois, mudar horário de sua consulta, agendada há algum tempo, pode comprometer o espaço já tão apertado da agenda dos psiquiatras. É correr o risco de ser atendido tempos depois. E muitas vezes, ele tem que dar conta de entender muito mais do que o que está acontecendo com ele. Ele precisa ter claro quais são as opções de tratamento que ele pode ter ali na Unidade, por exemplo:

“Aqui, é assim. A gente faz o que é possível”.

É quase como dizer ao paciente que suas necessidades tem que corresponder ao que é possível oferecer a ele na Unidade. Ou seja, primeiro veja quais são os tratamentos possíveis, depois, adoeça. Pelo menos, assim, ele poderá ter a certeza de que poderá ‘ ser enquadrado’ em algum esquema:

“A disponibilidade que a gente tem de organização do Serviço, não é... pra onde que esse paciente, dentro da nossa disponibilidade, dentro da, da estruturação que a gente...é... colocou no serviço, aonde que ele pode ter um... melhor planejamento terapêutico”. (D)

Mas o que é possível ele ter tanto devido a fatores institucionais quanto aos fatores do psiquiatra. E há uma conveniência quando as resistências do paciente vêm de encontro às resistências do psiquiatra quanto a tratamentos que são estabelecidos pelas normas institucionais, tal como os atendimentos grupais:

“Tem que pensar no... na clientela, não é... E eles querem? Mais isso ninguém pergunta, hein. Ninguém pergunta pro... pros pacientes se eles querem... “Que tal, vocês querem um grupo ou querem ser atendidos assim como está, dessa forma individualmente”? Podia fazer um ques... um... um... questionário aí, né... perguntar... E se o paciente não quer grupo? E se ele não se sente bem em grupo? Eu não... não tenho experiência com grupo... Existem as normas para se fazer grupo. Mas eu não vou fazer grupo. Não é minha especialidade”. (C)

Mas, às vezes, fatores que jogam a seu favor:

“Eu estou aqui. Se ele precisar, pode vir mesmo não estando agendado”. (A)

“É tão pouco o que ele quer. Às vezes, só uma palavra”. (E)

“Eu acho que você tem que dar um mínimo... de a pessoa conviver, ali, na família”. (B)

Às vezes o paciente, insatisfeito, vai embora. Não aceita o que lhe foi destinado pelo psiquiatra e parte em busca de serviços melhores aparelhados. Por qual tipo de aparelho, será, pois, quando se defronta com o psiquiatra do *não sei que lá*, fica mesmo difícil saber sobre qual serviço melhor ele vai buscar. O psiquiatra deixa que o paciente vá e, por nenhum momento, se questiona se o paciente foi embora por um fator relativo ao seu atendimento. Culpa a polivinculação. Considera que ela permite ao paciente este direito de escolha. Se regionalizasse, este teria que se submeter ao veredicto de resolução do psiquiatra responsável pela área em que ele mora:

“Que às vezes o paciente não fica satisfeito ou acha que lá na “...” é melhor porque tem um parêlho ou não sei o que... sei lá. Então ele vai pra lá. Vai mesmo. E eu deixo que vá”. (A)

Portanto, em cada cabeça uma sentença. Ora fundamentada em classificação diagnóstica padrão, ora buscando a fundamentação em fatores provenientes da biografia de vida do paciente, da construção de sua subjetividade.

Olhando por este ângulo, as necessidades relativas ao paciente tornam-se fatores a serem acomodados entre fatores institucionais e fatores próprios da pessoa do psiquiatra, que ainda encontra espaço para responsabilizar a mídia. Esta influenciaria o paciente através da informação relativa aos seus direitos :

“Antes não era assim. Hoje em dia eles questionam ‘mas tal remédio... mas será que’... Antes ele aceitava e pronto... a culpa é da mídia” (C)

E em algumas Unidades existe apenas uma psicóloga para atender a toda a demanda de menor monta que não são do interesse da psiquiatra. Isso requer uma seleção dos casos mais urgentes, segundo o significado atribuído pela psiquiatra quanto ao que é urgente. A qual dor mental ela vai dar voz e escuta imediata e a qual vai silenciar na fila de espera, em um corpo deprimido, que vai aguardar sob os muros da internação química, até que chegue seu momento de ser ouvido:

“Então tem que estar selecionando os pacientes... de acordo com a gravidade mesmo. Se o paciente tem realmente necessidade de estar passando por um tratamento psicoterápico junto, né. Se ele pode aguardar numa fila de espera e, às vezes, ser chamado meses e meses depois... Eu acho que depende assim: o conflito que o paciente está vivendo no momento, né. Se aquele conflito que ele está vivendo no momento é, é... é essencial ... ser resolvido naquele momento, ele precisa ser encaminhado pra psicoterapia, se não; se são coisas assim... do passado do paciente que ele... ele vem carregando e arrastando durante a vida dele toda e isso acabou... desencadeando uma depressão, você pode estar tratando a depressão primeiro e depois esse paciente estar sendo encaminhado pra psicoterapia... mas não de maneira assim, mais imediata. Ele pode estar sendo levado pra uma fila de espera, né. Pacientes assim com., com risco de suicídio, é... devem ser encaminhados o mais breve possível, né; depressão recorrente... uma depressão atrás da outra... o paciente não consegue... ficar muito tempo bem... apesar de estar tomando... medicação, acabam voltando os sintomas depressivos, né ... uma depressão neurótica”. (H)

E não sei se encontraremos em uma situação particular ou mesmo de convênio, uma T.O. ocupando a função de psicoterapeuta. É o T.O. bricoleur pelo descaso institucional na contratação de mais profissionais para a equipe mínima. É mais provável não o encontrarmos nesta função, até porque tal oferta, provavelmente, seria rejeitada pelo paciente. O paciente fica entre a opção só da medicação e da escuta não treinada e talvez o raciocínio que fundamenta o encaminhamento seja o de que é melhor qualquer escuta do que nenhuma.

Poderíamos pensar se é aceitável ou mesmo conveniente encaminharmos um paciente com tensão na coluna para ser atendido por um dentista, já que o fisioterapeuta está com a agenda comprometida! Afinal, ambos são pessoas sensíveis e especialistas de partes do corpo!

Embora toda a boa intenção do psiquiatra e provavelmente da T.O. em desafogar a lista de espera, pensamos se esta visão não colabora para comprometer ainda mais a visão institucional sobre a área da saúde mental. Em função de sua subjetividade inidimensionável, a dimensão de suas necessidades pode ser acolhida pelo que se tem à mão. E pensamos se a herança organicista não compõe o material das lentes para esta visão.

A organização do serviço é toda voltada para um tratamento organizado sob os moldes clássicos, onde as atividades de um T.O. são largamente requisitados pelo psiquiatra na lida com o paciente. Assim, é dada a receita de funcionamento multidisciplinar, mas, não são fornecidos os ingredientes necessários para que a Unidade a processe. Podemos pensar se, até por conta disso, não existe uma supervisão de fato sobre os trabalhos. Como nos disse a Assessora, ninguém vai lá para ver o que eles estão fazendo. Talvez porque saibam, de antemão, que o que eles estão fazendo está sob seu próprio critério até que, de repente, surja um novo ofício, um novo “papelzinho”, dizendo como tudo terá que ser feito.

Mas o paciente, a partir de sua vivência, a partir de suas noções próprias, a partir de seus valores pessoais, também impõe sua defesa sobre questões que o ameacem, provenientes de quais fatores sejam. Se há regionalização imposta, ele irá burlá-la caso sinta necessidade. Irá buscar atendimento em Unidade de outra região se estiver ameaçado por fatores relativos ao social de sua região:

“Mas... o jovem é difícil... de procurar atendimento, a não ser quando ele já está numa fase muito difícil, ou, quando ele é preso pela primeira vez, tal, que ele fica com medo, então daí ele procura, um atendimento... E se ele procura, ele não pertence à região onde ele procura o atendimento. Ele vai procurar longe. Você normalmente não tem, regionalizado, o atendimento de drogadito... Assim como o apoio psicológico e psiquiátrico ao adético...É um paciente de outro lugar, que ele vem procurar o atendimento distante de casa, tal, pra não ser estigmatizado, pra não ser marcado”. (E)

E o paciente irá resistir à regionalização se já tiver sido formado o vínculo médico-paciente, confirmando-o como fundamental para a sua aderência ao tratamento:

“E muitos pacientes que... que periodicamente, é... alguns serviços entram em crise, porque... é... ou o psiquiatra sai, ou... pede demissão... e esses pacientes de... ou... da região “...”, né, vem pra cá... e aí... eu começo a atender... E aí, depois, uma vez formado o vínculo, ele não quer... eles não querem ir embora, né, não querem... voltar pra sua antiga... área de cobertura, né”. (F)

E o paciente irá também se defender caso sinta a sua privacidade invadida pela visão do psiquiatra:

“Muitas vezes são pacientes que estão no grupo, ou então estão fazendo acompanhamento individual aqui. Agora, tem pacientes que se recusam... Acham que... que venha o companheiro ou a esposa, né... conversar aqui, porque eles acham que é um assunto muito... hum (limpada de garganta) particular deles, né. Ou se sentem inseguros... Aí eu dou o tempo, se a pessoa... e deixo em aberto... quando quiser a gente pode fazer isso... Então tem pacientes, por exemplo, que já tem dois anos que está no grupo, agora é que vai trazer o companheiro... É que achou que... está no momento ... próprio eu pode trazer... e vai se valer disso ou que adquiriu mais confiança em si próprio, né... no tratamento em si”. (F)

5.3. A ENTREVISTA COMO UM ESPAÇO ABERTO

Através da entrevista o que é dele será mais dele.

Ele será mais ele.

R. Monzani.

O quanto se aproveita dos dados obtidos em uma entrevista semidirigida de perguntas abertas? Devemos nos limitar àqueles que contemplam exclusivamente os pressupostos e objetivos previamente estabelecidos na pesquisa?

Pensamos que não. Há uma riqueza de material que não precisamos necessariamente deixar de lado.

Assim, a entrevista foi um espaço que possibilitou a emergência de outras visões e significados nas falas dos psiquiatras quanto a questões importantes relativas à área da saúde mental, como por exemplo, as conseqüências da reforma psiquiátrica que levou à desativação de leitos em hospitais psiquiátricos, restringindo as internações e constituindo os serviços a nível de atendimento primário:

“Então, que que aconteceu? Quando você começou a fechar os hospitais psiquiátricos e jogar os pacientes na rua, se começou a ter esse nível de marginalização e de... de, de, de agressividade muito maior. Se você for verificar esse nível de... vamos dizer, de... criminalidade, de tudo... ele fez assim (**indicando que ele subiu**) exatamente, na mesma época... em que os hospitais psiquiátricos fecharam... e o número de internações diminuiu... e foram muito mais restritas. Você pode ver...qualquer pessoa pode ver... Então, hoje você tem uma série de critérios pra internar o paciente. Eu acho que essa série de critérios é muito importante. Agora, eu não acho que você possa deixar de estar internando o paciente”. (E)

“Até que ponto, é, a psiquiatria ou Programa de Saúde Mental podem ser complexos no Centro de Saúde? Essa é a grande questão. Qual o grau de complexidade de cada Serviço, você entendeu? Então, essa é uma questão em aberto ainda. Existem modelos, existem cidades... nesse espectro que eu falei de atendimentos fora do hospital, né.”. (D)

A entrevista abriu um espaço para queixas e denúncias quanto à interferência dos fatores institucionais sobre o trabalho do psiquiatra, sem levar em conta as necessidades do paciente e passando por cima da avaliação profissional especializada:

“Nós recebemos um comunicado, recentemente, que... vai... nós vamos ter que ampliar o número de grupos. Então quanto a isso, tudo bem, é pra ter uma abrangência maior, atender mais gente, diversificar, tudo perfeito. Daí, eu fui conversar com a Coordenadora e questionar. Nós vamos estar abrindo os grupos, tal, só que esses grupos vão tomar um tempo maior do que a gente... então o agendamento do paciente... individual vai ficar mais comprometido. Daí... eu perguntei:- “E os pacientes que não aceitam”? Porque ela disse:- “Todos os pacientes... terão que estar enquadrados em grupos”. Daí eu disse:- “Bom, e aqueles pacientes que não aceitam o tratamento grupal”? Se tem muitos. Então a resposta que eu recebi simplesmente foi:- “Se ele quiser ser tratado no Posto ele vai pro grupo, se ele não quiser ele não tem tratamento. Você simplesmente não vai poder atender individualmente”! Eu acho isso uma arbitrariedade, eu acho isso uma barbaridade, eu acho que. isso é tirar... o direito, o livre arbítrio, o direito de escolha da pessoa. Se ela não tem recursos financeiros pra bancar um tratamento particular, se ela não tem um Plano de Saúde, ela tem que ter dentro do Sistema Único de Saúde, um acolhimento... mas tem que ter o acolhimento dentro daquilo que pra ela seja importante”. (E)

E esta pressão influencia as decisões pessoais do psiquiatra quanto a sair da Rede:

“Agora, eu já vi que se isto for... imposto, eu não continuo na Rede! Porque eu não vou aceitar que um paciente desses... que você viu e o... um número bem grande de, dos meus pacientes tem esse vínculo que esses que vieram aqui têm comigo e tal, de conhecer, de mandar um abraço pra mãe, conversar... aqui e ali, porque eu acho que você cria uma... um ambiente mais familiar, melhor, não tão impessoal. Eu não vou aceitar dizer pro paciente:- “Olha, não te atendo”, se ele está precisando falar comigo, eu não vou dizer :- “Eu não vou te atender”! Se ele está com um problema que ele não quer colocar na frente de

todo mundo por escrúpulo ou por qualquer outra coisa, eu não posso obrigá-lo a falar na frente de todo mundo. Tem que ser resguardado o direito dele. Então se isso não for feito, que que eu posso fazer? Mudar a cabeça da chefe que fez isso? Não! Mais fácil eu sair da Rede. Daí... o problema ser grande, que é o, o... os pacientes... o que eles mais se queixam é isso... dessa alta rotatividade médica dentro da Rede. Então muitas vezes a alta rotatividade não se deve ao problema salarial". (E)

Esta visão foi confirmada na fala de outro profissional.

"Que que eu vou fazer? Então... tem que cair fora, né... quer dizer, isso aí! ... E... eu fico pensando nisso, eu vou ter que... sair de lá". (C)

São brios pessoais feridos. Não tem que mexer com quem tem experiência. É esse o recado dado, mediante uma visão pessoal crítica sobre tais finalidades institucionais e seu mando de poder:

"O que eles pretendem é isso, é grupo... em todo lugar, parece. Querem fazer grupo em todo lugar. Não só grupo Psiquiatria, ... eu sei que tem grupo na Ginecologia, tem grupo na Pediatria... Tão enchendo de grupo, em todo lugar... ó...só pode ser isso, né (indicando dinheiro com gesto dos dedos)... até dentista lá está com um grupo de bebê". (C)

"Complexo, é meio difícil. É... difícil principalmente porque... a pirâmide de, de mando é uma pirâmide muito... política! Então você... de repente você está fazendo um bom trabalho, ou um trabalho vamos dizer consciente, aquele que você sabe, como é que ele nasceu, como é que ele cresceu, como é que ele frutificou, e você sabe por que caminho você deve ir, e daí chega e vem assim um papelzinho escrito e assinado por alguém que tem o poder de mando maior do que o seu, dizendo: "Olha, a partir do dia tanto isso tem que ser feito assim". (E)

A entrevista foi um espaço para uma psiquiatra, superior à pesquisadora pelos anos de experiência na área, checar as credenciais desta assim como seus recursos para permanecer em uma área tão difícil, onde nada é preciso. A psiquiatra sabe que é difícil e está ali faz tempo. E é preciso ter paixão para sobreviver, continuar e não desistir:

“Olha, eu acho que a Saúde Mental é um negócio assim.. (risos) cativante. Eu não sei se você vai ficar nessa... nessa área especificamente ou se vai... Porque... quem entra... muito dificilmente, sai, né”. (E)

E em troca, houve a preocupação da pesquisadora, menos experiente, quanto a preservar a profissional experiente de possíveis malefícios que pudessem ocorrer-lhe em função de informações passadas em sua entrevista e que permitiriam sua identificação:

“Bom... Eu gostaria de lembrá-la que o direito de censura é seu. Então, mesmo sobre essa informações que você deu sobre aquele outro trabalho que... S. P não se interessou, tal, é... se você quer que isso conste, se você prefere que essa parte não entre... e outras... nome de Instituições e...”.

A ratificação da psiquiatra, assumindo-se por inteiro:

“Não! Tudo o que eu falei pode ser dito! O que eu falei foi aquilo que eu vivi, é aquilo pelo qual eu luto, é a idéia que eu defendo... Então isso que eu passei pra você é uma parte do meu conteúdo, de de de, de vivência dentro da Saúde Mental. Então se eu disser pra você:- “Corta metade”, eu estou me cortando à metade. Então, não há censura. Se tivesse alguma censura eu não teria falado(risos)... O que eu falei você está livre pra usar sem qualquer impedimento”. (E)

Foi um espaço para ouvirmos confissões e constatarmos a existência de divergências:

“Então, eu tento ver todas as coisas, e nesse ponto eu sou muito aberta. E uma das coisas que eu estou fazendo há muito tempo... eu estou fazendo algumas pesquisas a nível... espiritual, tá... correlação... de... alguns problemas psiquiátricos com... a espiritualidade. E tem... tido conclusões e coisas

interessantes... respostas, tal. É, agora, aquele negócio:- eu não posso, por exemplo, pegar... um doente de Posto... ...e dizer: “Escuta, eu te aconselho a, além do tratamento psiquátrico, tal, além disso que você está fazendo, vai procurar uma... terapia espiritual, que você está precisando de alguma coisa”. Eu não posso fazer isso. Tem alguns casos que as pessoas já tentaram tudo, à nível de... todas as instituições, médico e tudo e de repente vai pra lá (um Centro Espírita). E daí... você pode fazer... Ou então, são aqueles pacientes... que chegam, conversam, falam sobre o problema, de repente olha pra você e diz: “Mas a senhora acredita em espiritismo?” Daí simplesmente eu digo que acredito. E eu converso”. (E)

“Não tem essa de que é... encosto, sei lá o que... Centro espírita. Então é uma loucura”! (A)

“E por incrível que pareça... não foi nem um, nem dois, nem três pacientes... que começaram a ir e ter os trabalhos e começaram, de repente, melhorar, melhorar, melhorar, melhorar, melhorar... a medicação conseguiu ser diminuída, diminuída, diminuída, ficou praticamente com... zero... de medicação”. (E)

Foi um espaço para sabermos de expectativas pessoais quanto à cura do paciente com câncer mental:

“Então, é o paciente com câncer que está... desenganado e faz qualquer coisa, né? Assim eu julgo, o paciente, o psicótico agudo também... o câncer dele é mental. Porque... uma esquizofrenia você não sabe a causa até hoje. Você não sabendo a causa, você não tem a cura; não tendo a cura você vai ser um doente... permanente. Então”. (E)

“O remédio é... eu tento mostrar que o remédio não vai curar, não...é pra curar mas é pra amenizar, pra suavizar, pra... que pelo menos, supere... Ajude a superar aquela fase difícil. Porque também há essa... essa idéia deles, né... de que o... remédio possa curar. Acha que o remédio vai curar, daí pergunta:

“Quando que eu vou ficar boa? ... Quando que eu vou sarar? Eu estou tomando, não saro”. “Não, esse... o remédio não cura... não é pra curar, é pra ajudar”. É... talvez falte é... esse esclarecimento, né, a respeito de... da ação do medicamento mesmo (tosse)... do que vem a ser o remédio... porque... o que que a Medicina cura, né?... Porque curar seria... resolver definitivamente aquele problema. E... a pessoa sem medicamento nenhum, o seu organismo mesmo, é... resolver o problema e pronto. E não precisa mais de tomar remédio o resto da vida, vamos supor... ou durante um bom tempo, né? Mais isso não tem... não existe assim, é muito difícil na Medicina um caso assim...né ... isso na...na Psiquiatria não... não existe, assim, né... é difícil, não... é difícil”. (C)

“Paciente psicótico, e que você não vê tanta melhora... mas alguma melhora existe... Existe da inserção dele na família muitas vezes, né, de... quando está lidando... do contato com você mesmo”. (B)

Para manifestação de curiosidade fazendo com lembrássemos, também, da questão relativa à falta de comunicação entre os profissionais da Rede. Eles ficam fechados nas Unidades em que trabalham sem saber o que se passa com os profissionais nas outras Unidades além do que o papel sugere que esteja acontecendo:

“Eu num sei como que... como que foi assim a sua experiência com os outros psiquiatras... eu acho interessante... eu até tenho curiosidade depois... de... saber como que... como que o pessoal aí, os meus colegas, estão lidando com essas questões”. (D)

Um espaço para a crítica velada:

“O acesso... ao... à Unidade de Psiquiatria do ‘...’ é um acesso difícil porque a gente entende que... essa internação lá é seletiva, né, tendo-se em vista o interesse científico nos casos, né. Então, a gente compreende essa se-le-ti-vi-da-de”! (G)

E, então, o psiquiatra aproveitou para mandar um recado, onde ficou implícito seu desejo de que a Unidade onde trabalha faça parte do rol da se-le-ti-vi-da-de. Que se transforme em uma Unidade Escola, uma extensão da Instituição de ensino acadêmico, por considerá-la um exemplo que cumpre adequadamente a proposta interdisciplinar e da qual se orgulha:

“Eu aproveitaria a oportunidade pra dizer que essa Unidade de Saúde já tem um intercâmbio com a Instituição “...”, na área de Clínica Médica, é... Ginecologia, Obstetrícia... E eu acho que seria desejável que nós tivéssemos, também, um intercâmbio na área de Saúde mental... porque eu acho que há condição aqui... de oferecer treinamento pra... acadêmicos de medicina que estejam cursando... é... a disciplina de psiquiatria... Enfim, as disciplinas da área de Saúde mental, do curso de medicina... ou eventualmente, algum curso da “...” que tem a ver com Saúde mental... da nossa parte... há uma... predisposição de... acolher... algum interesse ... do Departamento de psiquiatria... em relação a treinamento ou de residentes, ou de acadêmicos de quarto, quinto ou sexto ano... que estejam... cursando... a disciplina de psiquiatria”. (G)

Um espaço para a confirmação da crítica implícita da psiquiatra ao trabalho da psicóloga uma vez que, na Unidade, a psicóloga era a responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes. A psiquiatra tentou desviar para necessidade de psicólogos especializados na área escolar, o que não deixa de ser uma necessidade, mas no contexto, pareceu mais a evidência da crítica:

“E eu acho que o que é grande, que a gente poderia melhorar muito aqui, era o atendimento em crianças, né. Ter profissionais pra atender crianças, né, ou nas escolas tivesse profissionais pra atender criança e adolescentes, né. Psicólogos, né. Mas é, evitaria até de ter um grande fluxo, né, de... de encaminhamento pra cá, que ... não dá co... não... a pessoa não consegue atender toda essa demanda... parece que só um... local aqui tem uma pessoa que atende mesmo crianças e... e que tem uma especialidade nesse sentido de atender crianças, né. Se a gente sabe que a infância... é onde... dela é que parte toda problemática... futura... na sua grande maioria, seria de se priorizar mesmo... Mas eu não vejo um... não é feito... na Rede Pública não... de maneira geral, não...”. (F)

E onde vivemos confrontos transferenciais e contratransferenciais quando a psiquiatra quis saber porque iríamos entrevistar somente os psiquiatras e não toda a equipe.

Após a análise posterior dos dados, desenvolvemos outras compreensões. Uma: se o porque da pergunta foi para que pudéssemos checar que, realmente, as outras profissionais, no caso T.O.e psicóloga, não desenvolviam um trabalho com competência por não terem especialização. Outra: quando falou a respeito de sua identidade profissional comprometida, pareceu-nos não ser apenas a questão de checar suas razões para a crítica implícita. Houve, também, este fator mais preponderante sobre seu incômodo atual. Não fomos entrevistar a “,,,” (sua nova formação), que ultimamente tem mais certezas que questionamentos. Fomos entrevistar a psiquiatra que ultimamente tem mais questionamentos que certezas. E talvez pelo fato de termos feito o contraponto, de termos respondido, deixando claro que pelo menos por enquanto não tínhamos dúvidas quanto aos nossos interesses de pesquisa, isso tenha auxiliado para que ela pudesse se colocar:

“Não sei porque você optou por trabalhar só com psiquiatra... porque a gente trabalha em equipe... É um trabalho onde... a gente divide um pouco, o trabalho, né”. (F)

“Porque eu optei? Foi minha escolha para esta pesquisa... do que é que eu ia buscar no Mestrado... Eu elegi, pelo menos nesse primeiro momento, ouvir...”

“O psiquiatra”?

“O psiquiatra! Buscar a visão do psiquiatra”.

“É. Eu acho que... a visão minha de psiquiatra tem se modificado, não é... por... pela própria... pelo próprio percurso que eu tenho feito, né, primeiro de procu... pra... grupos, depois essa de... de... formação em “...”, né... Então vai modificando... Mas, é claro,... tem a outra parte... que é a parte medicamentosa, que também acho importante, né. E não... falar a verdade, eu não sei estabelecer mais prioridades... Onde que... termina um, aonde que começa a outra, né... E eu vejo... estou... num momento onde eu vejo como... muito importante, né. Não sei qual é mais importante, mas que são importantes”.

E se, finalmente, não se tratou de questionar nossas credenciais para saber se éramos capazes de avaliar o que ela falou a respeito do tema. Ela estava brava com os psicólogos, esses profissionais sem especialização:

“É uma visão superficial essa que eu dei... não sei se você já trabalhou em Rede Pública... se você tem essa experiência... de como é... porque você falar de alguma coisa é... é você limitar... É diferente de você vivenciar, né, a coisa em si”. (F)

E pudemos, através da entrevista, entender a sobrecarga que pesa sobre algumas regiões. Deve-se, fundamentalmente, pela ausência de profissionais ou pela não contratação pela Prefeitura ou porque abandonaram seu trabalho na Rede, ou foram transferidos de Unidade.

“Porque a gente não atende só a nossa... região de cobertura aqui. Nós atendemos também do “...”, porque não tem psiquiatras lá. Não tem... não tem Saúde Mental... então vem pra cá. E muitos pacientes que... que periodicamente... alguns serviços entram em crise, porque... ou o psiquiatra sai... ou pede demissão... e esses pacientes de... da região... vem pra cá, certo, e aí eu tenho... eu começo atender... E aí depois, uma vez formado o vínculo, ele não quer... eles não querem ir embora... não querem... voltar pra sua antiga... área de cobertura”. (F)

Um momento para sabermos que, fora da teoria, em campo real, a psiquiatria ainda está na luta pela conquista de seu espaço junto à área da saúde. Que a saúde mental, ainda marginalizada, tem que estar integrada ao projeto maior de atendimento à saúde. Precisa ter um programa que seja do conhecimento dos outros profissionais a fim de que eles façam encaminhamentos mais pertinentes ao psiquiatra:

“Então, eu acho que... tem... eu acho uma pena... que a Saúde Mental ainda seja uma especialidade meio marginalizada. Quer pela população, quer por aqueles que precisam dela; porque as pessoas precisam, mas muitas vezes têm vergonha. Já melhorou muito, quer dizer, já cresceu muito... hoje já está uma

maravilha, mas ainda está... Então eu acho isso muito importante, sabe? Eu acho que a gente tem que, tem que ver, tem que lutar e... e vai, vai criando. Cada um vai fazendo o seu próprio espaço e vai variando as suas alternativas e vai marcando presença”.(E)

“Por exemplo, a psiquiatria, né. Faz parte da saúde pública, é considerada uma grande área assim como clínica, pediatria, ginecologia, né. Nos países desenvolvidos é entendido assim. Aqui ainda é uma coisa à parte, que você tem que brigar. A locação de psiquiatras em determinados Centros de Saúde: muitos coordenadores eram favoráveis, mas muitos eram contra, achando que trabalhar com doente mental ou o que quer que o valha é uma coisa de... de... de hospital apropriado, psiquiátricos, não sei o que, tal. Mas felizmente está mudando, né, ainda bem”. (A)

“Os profissionais estão chegando estão se instalando, não somente os psiquiatras, mas também psicólogos, terapeuta ocupacional, assistente social que trabalha na área da saúde mental. Então está se criando já uma história. E no atendimento, as próprias pessoas que se servem do serviço estão respaldando o serviço”. (A)

E um importante espaço para falar dos sonhos. Para falar que a população precisa saber que os psiquiatras não tem respostas para tudo, que muitas vezes atiram no escuro. A população precisa inteirar-se desta área, ter mais conhecimento. Não adianta aumentar apenas a quantidade de profissionais. O conhecimento tem que ser trabalhado de forma comunitária. Só o profissional não mobiliza consciências políticas. Ele sozinho não conscientiza para as necessidades básicas, para a questão primordial de que Saúde mental tem que estar presente com estatuto de prioridade nos cuidados da saúde. Não basta aumentar o número de profissionais. Não basta mexer no tamanho da equipe sem mexer na qualidade da informação que se veicula. A população tem que ter um papel mais ativo nas ações de Saúde Mental. A saúde mental precisa ir para as ruas para conscientizar o povo sobre a doença mental que domina as deliberações resolutivas gestadas nos limites dos gabinetes fechados, longe de quem vive em meio à realidade, por vezes, ilimitada do campo natural.

“E eu acho que a... a grande carência ainda na... na área da psiquiatria, ou da Saúde mental, é a politização das ações em Saúde Mental, né... eu acho que a Saúde mental deverá, pra cumprir melhor os seus objetivos... caminhar na direção... da democratização não só do conhecimento... da área de saúde mental, mas também, das práticas de saúde mental. Eu estou me referindo especialmente a uma participação... mais ativa da população, nas ações, na discussão das políticas de Saúde Mental. Eu acho que Saúde Mental é um campo muito complexo que, desborda os limites, é, da atuação técnica. Porque, por muitos psicólogos e psiquiatras que nós tenhamos, nós nunca daremos conta do volume da problemática... psíquica... humana. Também deve ter a participação... da comunidade como um todo e, a exemplo da, da própria ajuda religiosa, né... e das áreas afins... com a Saúde Mental... os sociólogos, os antropólogos, que também são... é... gente da área Acadêmica, têm a ver com Saúde Mental... Acho que a filosofia tem a ver... Economia tem a ver com a Saúde Mental ou com os aspectos de política de Saúde Mental e a Saúde Mental tem a ver com os leigos... é... enquanto religiosos ou simples cidadãos...esse é um sonho que eu acalento... os técnicos de Saúde Mental atuando juntos com pessoas... leigas... que no quarteirão, no bairro... que participe da intervenção... com pacientes... do domicílio... minimizando mais ainda .. a internação nos hospitais... psiquiátricos”.

E, finalmente, um espaço que permitiu ao psiquiatra desejar boa-sorte à psicóloga.

“Espero que tenha... te ajudado, e que tenha sido suficiente, e desejo sucesso à você”. (E)

“Tudo de bom aí no seu trabalho”. (A)

“Bom, Gláucia. Não sei se eu pude contribuir com o que você gostaria, mas é isso aí”. (D)

“Eu espero que dê tudo certo para você”. (B)

6. CONCLUSÕES

Doutor:

*O senhor que é entendido de tratar dores lascadas
que a gente não vê, nem toca, se espicha mas nem encosta
não dá pra ninar, nem nada,*

*que só sabe que está ali, fora da gente e dentro
pintando de uma cor cinza o que antes brilhava à toa,
deixa o direito virado e o avesso exposto, rasgado,
por pedaços de aço, doutor, que socam qual boxeador
na boca dos dentes da frente, na boca esquisita da mente
na boca vazada do ventre, nas frestas da alma que sangra
um vazio saindo da gente...*

*Você, doutor estudado, me presta atenção, me apruma,
me conta o que eu faço com os olhos, que querem fechar,
cegados de água por todo lado*

*escorridas do rio da infância que eu cultivei com cuidado
e que agora querem roubar, falando que não é minha
que essa eu tenho inventado.*

*Mas se eu inventei, cuidei dela, e cuidei bem direitinho.
não deixei faltar um detalhe um diazinho sequer.*

*Voltava e, se lá faltava, se precisava de algo
mais algos eu punha nela, mais ela eu completava.*

*Mas agora, doutor, vem uns outros, e querem levá-la de mim
pra por outra no lugar,*

*que é dessa do lugar, que eles falam que eu preciso, careço mexer, ir a fundo,
pra um dia poder sarar, pra um dia não mais chorar.*

*Mas se eu ficar sem chorar, se eu sarar, doutor, como faço?
Ponho EU o que no lugar?*

Eles falaram de mim e chamaram

*uma tal depressão, que disseram, ela vai me ajudar.
Que do fim do fundo dela, eu saio pra melhorar.*

*O senhor, bem recomendado, me explica se isso é bom:-
tirando o que eu construí, caí, e tombei pra um lado
e também com o que me deram, não consigo enxergar mais
meu quintal, minha varanda e nem reconheço meu pai!*

*E quando eu me olhei no espelho,
com a tal a me acompanhar,*

o que eu vi foram órbitas ocas, sem ter olho no lugar.

Está certo isso, doutor? É direito?

Porque eu só sei que roubaram

os olhos que eu tinha antes e por eles caminhava.

*Agora, com esses que deram, falando meus, mas não são
não são nem do meu agrado, me conta doutor, me fala
com esses olhos só emprestados, caminho, doutor, pra que lado?*

Gláucia Telles Sales

“Quais são os fatores que influenciam suas indicações de tratamentos na Unidade Básica?”

“Bem, depende, né. Porque é trabalhar com entidade. Eu tenho que fazer o que é possível”.

E a partir destas falas iniciamos nossas conclusões a respeito do recorte que fizemos de uma realidade complexa, onde a indicação de tratamento psiquiátrico está sujeita à influência de uma multiplicidade de fatores provenientes da pessoa do psiquiatra, da pessoa do paciente e das condições institucionais. Tal multiplicidade caracteriza o fenômeno da indicação como um processo em constante negociação. Existem as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Saúde quanto aos atendimentos e condições para que estes se cumpram, mas, entram em jogo: carências relativas à formação profissional dos psiquiatras, seu tempo de experiência em atendimento na Rede Pública, suas características de personalidade, suas concepções pessoais e capacidade criativa; carências multifatoriais relativas à população assistida; carências institucionais que, somadas, referendam as Unidades Básicas como um continente inadequado à contenção das demandas de todos os que se encontram nelas envolvidos, sejam pacientes, sejam profissionais.

Podemos pensar, portanto, que na multiplicidade de influências os fatores institucionais se constituem em influências preponderantes sobre as indicações de tratamento, tal como sugerimos em nosso primeiro pressuposto básico (pg.45). Porém, sob as particularidades da amostra que investigamos, mesmo sem perdermos de vista a referência a um processo dinâmico, as nossas reflexões relevam que as falas dos psiquiatras tenderam ao endosso de nosso segundo pressuposto básico (p.45). Quando há, por exemplo, impedimentos institucionais, eles criam opções, tem iniciativas individuais, se posicionam contra ou a favor das normas e, a partir deste posicionamento, tomam suas decisões. Se, por outro lado, há resistência dos pacientes às suas indicações, eles as contornam também segundo habilidades próprias podendo, inclusive, deixar que o paciente vá embora à procura de outros serviços, ou encaminham o paciente para outros serviços por não gostarem de lidar com determinadas dificuldades como, por exemplo, pacientes com problemas de alcoolismo e drogadição.

Quanto às indicações de tratamento, a terapia medicamentosa constitui a base da relação psiquiatra-paciente, segundo significados próprios atribuídos a ela.

Mesmo considerando a função simbólica da medicação, nem sempre esta é prescrita mediante sua adequação ou não adequação ao paciente atendido, mas sim, por que medicar pode constituir-se na premissa básica que fundamenta a função clínica psiquiátrica. Não estamos nos referindo ao uso conveniente, necessário e complementar da medicação no tratamento do paciente, mas sim, ao uso indiscriminado da medicação, motivado por fatores que nem sempre são relativos às necessidades do paciente.

Resumindo nossas conclusões, temos a dizer que:

1. O espaço real da prática psiquiátrica nas U.B. ainda está aberto. As terapêuticas seguem desde um padrão da clínica clássica até a associação desse padrão a outras alternativas de tratamentos. As diretrizes da Secretaria de Saúde são respeitadas segundo concepções pessoais dos psiquiatras. Caso não se abra um espaço para adaptações nos atendimentos, alguns psiquiatras preferem sair da Unidade e consideram que a imposição dos fatores institucionais é, às vezes, a razão do grande rodízio que ocorre na Rede.
2. Se a Unidade Básica é a porta de entrada sobre quem recai a expectativa da resolução de grande parte da demanda na área da saúde mental, para os pacientes a palavra *entrada* perde o seu sentido existencial e torna-se, por um tempo indeterminado, a porta de *permanência*. E os pacientes precisam entender além do que está acontecendo com eles como, por exemplo, quais são os tratamentos possíveis a eles na Unidade e qual é a visão dos psiquiatras sobre a patologia que eles, pacientes, apresentam. Em muitos atendimentos, eles são ouvidos segundo uma escuta obstacularizada pelos critérios diagnóstico clássicos e não a partir de suas histórias pessoais.
3. Os fatores que influenciam as indicações e procedimentos terapêuticos percorrem desde os institucionais, à medida que não provêem recursos como melhores salas de atendimento, contratação de profissionais da equipe mínima de saúde e fornecimento de medicações adequadas às necessidades individuais dos pacientes; os fatores dos pacientes, a partir de aspectos relativos às suas características bio-psicosociais e econômicas; e os fatores relativos às características próprias do psiquiatra, mais prevalentes sob algumas indicações, mesmo considerando todas as convergências de fatores.

4. A equipe mínima de saúde completa e em pleno funcionamento existe apenas no campo ideal do organograma da Prefeitura e nos discursos políticos. A interdisciplinaridade é ainda uma possibilidade caminhando para sair do papel. As alianças com outros profissionais independem da disponibilidade ou não da agenda destes e mesmo da presença dos profissionais na Unidade. Os fatores de resistência a essas alianças passam, primordialmente, pela pessoa do psiquiatra, principalmente no que diz respeito a encaminhamentos aos psicólogos. Eles, por vezes, sobrecarregam as já tão apertadas agendas e encaminham após verem esgotadas todas as suas alternativas, inclusive medicamentosas. E nem sempre eles estão preparados para desenvolverem outras formas de atendimento, contudo arriscam, reforçados pela intermitência de erros e acertos. Existem encaminhamentos, mas que poderiam seguir uma dinâmica mais ágil e imediata, aumentando as chances de benefícios aos pacientes em função dos recursos terapêuticos associados.

Se essa resistência se deve, entre outros, a fatores fundamentados na falta de confiança na qualidade e/ou especialização dos psicólogos da Unidade, talvez fosse possível abrir um espaço para discutir a questão nas reuniões que ocorrem nas Unidades. Os psiquiatras poderiam discutir, também, sobre suas necessidades quanto a terem uma supervisão especializada na qual eles possam buscar orientações para suas dificuldades em seus trabalhos na Unidade. E poderiam aprofundar suas considerações e posicionamentos, fundamentados na experiência prática, quanto até que ponto a Unidade Básica tem condições de cumprir com as expectativas delineadas pela reforma psiquiátrica. Essas reflexões são fundamentais e devem ser ouvidas pelos dirigentes, para nortear o direcionamento dos atendimentos em saúde mental na Rede Básica, mesmo e apesar das propostas estarem sujeitas a alterações a cada mudança de governo.

5. A formação humanista pode ser um fator de desorganização do setting interno, confundindo a identidade médica, mas, quando os psiquiatras estão bem resolvidos quanto à sua função clínica, os tratamentos e encaminhamentos transcorrem sem conflitos, mesmo que alguns tratamentos e encaminhamentos sejam questionáveis quanto à adequação, sendo motivados pelo fator pessoal da vivência do psiquiatra com a especialidade indicada.

6. Mas existem os que sonham com a democratização do campo de saber da saúde mental à comunidade leiga para que ela possa, inclusive, ser uma voz de pressão sobre as instâncias governamentais, médicas, paramédicas, sociais, filosóficas e antropológicas. Uma voz de pressão para que a saúde mental não seja mais tão penalizada pela doença mental maior que eclode das razões políticas e do preconceito gerado pelo desconhecimento e ignorância que ainda persiste na sociedade como um todo.

Por fim, lembrando POPPER (1980), podemos estar errados em nossos esforços de nos aproximarmos mais da verdade da qual fomos um porta-voz, mas alimentamos a esperança de que nossas observações possam ter nos aproximado mais do fenômeno estudado e que as argumentações venham a contribuir, de alguma forma, para a discussão sobre esta questão que consideramos de grande importância.

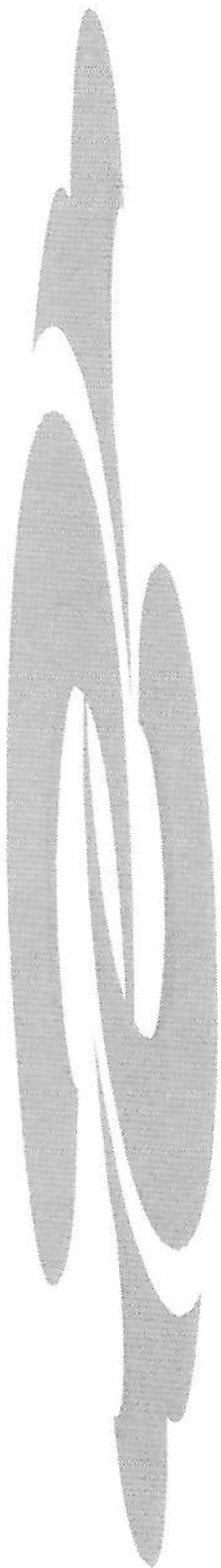
“Eu agradeço a você pela sua colaboração e... há mais alguma coisa que você gostaria de comentar relacionado ao assunto da entrevista”?

“Não, eu acho que... que eu falei pelo menos o essencial”.

A fala não deve calar-se aqui. Ela deve continuar, enquanto o interlocutor for um ser humano em busca de atendimento para sua saúde mental ou um ser humano em busca do melhor destino a este atendimento.

Enquanto o fator essencial for o resgate do sujeito da dor, da depressão. O sofrimento sem nome de um ser histórico, biopsicosocial, que necessita mais do que gramas de medicação, segundo uma visão dicotomizada, para que as dores mentais possam, um dia, sair das filas de espera.

Que elas possam sair não pelo risco do suicídio, mas pela compreensão da visão integral do médico responsável pela área: o psiquiatra.



7. SUMMARY

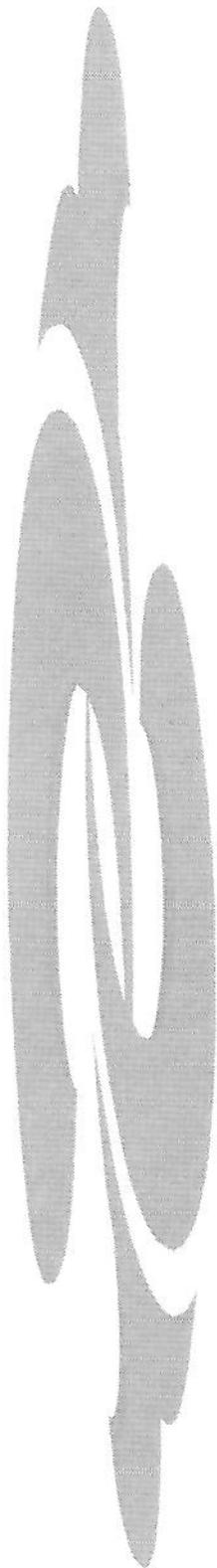
This current work aimed to analyze, understand and discuss the viewpoints of a sample of psychiatrists and the meaning attributed by them to the influencing factors about their treatments prescriptions in the health city service of the city of Campinas. The specific aims were: 1) identify and describe the prescriptions of treatments given by psychiatrists in the basic units of the city health service; 2) identify and describe the conceptions and meanings psychiatrists had concerning the multiple factors influencing on these prescriptions. This study assumed that the psychiatrists views would confirm the great influence of the institutional factors in the treatments but it also considered that the psychiatrists personal traits would be the most important factors that could influence on some prescriptions given. The reasons for this research indicate the importance of to qualify the doctor-patient relation in the basic health care; to know the psychiatrist's view in order to contribute for the organization of the service; the social medical importance of prevention and therapeutic mental health approach in the basic care and the possibility that results may contribute to reflections on these issues.

The method used was clinical qualitative, using the technique of semi-guided open-ended interviews.

The sample was of 08 psychiatrist of the basic care service defined according to inclusion criteria: to agree on participate of the interview about this topic; to accept the prior unknown extent of the interview; to accept the tape recording for later transcription; to agree about a second meeting if necessary.

The results indicate that psychiatric treatments in the units follow patterns ranging from the standard clinic to the combination of this pattern with others alternatives of treatment able to be offered in the institution or even in others services of care system. The influencing factors for referrals of treatment are those of the patient, institution and personal traits of the psychiatrist but, in general, they are mainly based on the personal traits of the psychiatrist than the others they indicated.

The patient is just one factor among the others.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, M.E.D.A. - Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. *Cad. Pesq. São Paulo*, **45**: 66-71, 1983.
- APPLETON, J.V. - Analysing qualitative interview data: addressing issues of validity reliability. *J. Adv Nurs*, **22**: 993-997, 1995.
- ARAÚJO, M.P.R. - A psicoterapia na rede pública: um estudo exploratório no Município de Campinas. Dissertação de mestrado, PUCCAMP, 1997.
- AVILA, L.A. - A alma, o corpo e a psicanálise: psicologia, ciência e profissão. **17(3)**: 35-39, 1997.
- BALINT, M. - O médico, seu paciente e a doença. 2ª ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988.
- BARDIN, L. - Análise de conteúdo. Lisboa, Edições 70, 1995.
- BARRETO, F.P. - O nascimento da clínica. *Jornal O Risco*, Associação Mineira de Psiquiatria, Ano XI, nº II, p.8-9, Belo Horizonte, julho de 1999.
- BERLINCK, M.T. - PULSIONAL. *Revista De Psicanálise*, Ano XI. Número 114. Outubro, 1998.
- BERNARD, H.R. - Unstructured and semistructured interviewing. In: ____ *Research methods in cultural anthropology*. Newbury Park, Sage, 1988.
- BIRMAN, J. - A Psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.
- BLEGER, J. - Temas de psicologia: entrevista e grupos. São Paulo, Martins Fontes, 1980.
- _____ - Simbiosis y ambigüedad. Buenos Aires, Paidós, 1967.
- _____ - *Psicología de la conducta*, 3ª ed. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1969.
- BOCK, A.M.B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M.L.T. - *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo, Editora Saraiva, 1999.

- BOGDAN, R.C. & BIKLEN, S.K. - Qualitative research methods for education. Thousand Oaks, Sage, 1998.
- BOGDAN, R.C. & TAYLOR, J.J. - Introduction to qualitative research methods: a phenomenological approach to the social sciences. N. York, J. Wiley, 1975.
- BOTEGA, N. J. - Serviços de saúde mental no hospital geral. Campinas, SP, Papirus, 1995.
- BRITTEN, N. - Patient's ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *Br J Gen Pract*, **44** (387): 465-468, 1994.
- BRITTEN, N.; JONES, R.; MURPHY, E. et al. - Qualitative research methods in general practice and primary care. *Fam Prata*, **12**(1): 104-114, 1995.
- BRITTEN, N. - Qualitative interviews in medical research. *British Medical Journal*, **311**(6999): 251-253, 1995.
- CASSORLA, M.S.R. - Avaliação de disciplinas com produção qualitativa. Palestra proferida na Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2000.
- CASTEL, R. - A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1978.
- CASTIGLIONI, A. - História da medicina. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1947, v.1.
- CASTIGLIONI, A. - História da medicina. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1947, v.2.
- CHAUÍ, M. S. - Convite à filosofia. 3ª ed. São Paulo, Ática, 1995.
- COSTA, J.F. - História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 3ª ed. Rio de Janeiro, Campus, 1981.
- DARTIGUES, A. - O que é a fenomenologia? Rio de Janeiro, Eldorado, 1973.
- DEMO, P. - Educar pela pesquisa. 2ª ed. Campinas, Autores Associados, 1997.

- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. - Handbook of qualitative research. England, London, Sage, 1994.
- ETCHEGOYEN, R.H. - Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- FERRAREZI JR., C. - Discutindo a linguagem com professores de português. São Paulo, Terceira Margem, 2001.
- FERREIRA, A.B.H. - Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- FORD, J.S. & REUTTER, L.I. - Ethical dilemmas associated with small samples. Journal of Advances Nursing, 17: 747-752, 1992.
- FOUCAULT, M. - História da loucura na Idade Clássica. 3ª ed. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1993.
- _____ - Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro Ltda, 1975.
- FREUD, S. - Artigos sobre metapsicologia. In: Obras Completas. 1ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1977b, v.XIV, p.121-245.
- _____ - A dinâmica da transferência. In: Obras Completas. 1ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1977b, v.XIV, p.129-245.
- _____ - Inibições, sintomas e ansiedade. In: Obras Completas. 1ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1977b, v.XX, p. 93-201.
- GALENDE, E. Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica. Paidós, Buenos Aires, Barcelona, México, 1994.
- GAY, P. - Uma vida para o nosso tempo. São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

- GIGLIO, J.S; VIZIOTO, M.M. & YOSHIDA, L.A.M. - Avaliação dos serviços de saúde mental nos centros de saúde de Campinas, a partir da visão dos profissionais atuantes. Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Saúde Mental da Finlândia, 1997.
- GINSBURG, C. - Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história. São Paulo, Editora Schwarcz Ltda., 1990.
- GOLDENBERG, M. - A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 2ª ed. Rio de Janeiro, Record, 1998.
- HUSSERL, E. - Investigações lógicas, sexta investigação: elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento. São Paulo, Abril Cultural, 1980.
- JOLIVET, R. - Vocabulário de filosofia. Rio de Janeiro, Agir, 1975.
- KLEIN, M. & RIVIERE, J. - Amor, ódio e reparação. São Paulo, Imago Editora LTDA., 1975.
- KOIZUME, M.S. - Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. Escola de Enfermagem, USP, 26 (nº especial): 34 – 47, 1992.
- KÜBLER-ROSS, E. - Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
- KVALE, S. - Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. London, Sage, 1996.
- LADRIÈRE, J. - A articulação do sentido. São Paulo, EPU EDUSP, 1997.
- LAKATOS, E.M. & MARCONI, M.A. - Fundamentos de metodologia científica. São Paulo, Atlas S.A., 1991.
- LALANDE, A. - Vocabulário técnico e crítico da filosofia. 1ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1993.

- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. - Vocabulário da psicanálise. 10ª ed. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1976.
- LÉVI-STRAUSS, C. - Os pensadores: a noção de estrutura em etnologia, raça e história. Totetismo Hoje. São Paulo, Abril Cultural, 1980.
- _____ - O pensamento selvagem. Campinas, Papirus, 1989.
- LÓPEZ, E.M. - Psiquiatria: psicologia médica y psicopatologia. 4ª ed. Buenos Aires, 1952, tomo I.
- LUDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. - Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.
- MACFADDEN, M.A.J. - Breve histórico sobre a contribuição da psicanálise para a medicina psicossomática. Artigo publicado no Jornal da Sociedade Brasileira de Psicossomática, 1998.
- MALINOWSKI, B.K. - Argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné, Melanésia. 2ª ed. São Paulo, 1978.
- MARTINS, J. & BICUDO, M.A.V. - A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 1ª ed. São Paulo, Moraes-EDUC, 1989.
- MARTY, P. - A Psicossomática do adulto. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1993.
- MCDOUGALL, J. - Corpo e linguagem: da linguagem do soma às palavras da mente. Revista Brasileira de Psicanálise. Órgão Oficial da Associação Brasileira de psicanálise. Volume 28, nº 1, 1994.
- _____ - Teatros do Corpo. O Psicossoma em Psicanálise. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
- MELLO Fº, J. - Psicossomática hoje. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

- MELLO Fº, J. - Winnicott em trânsito: Limites da psique-soma. Artigo publicado na Revista Brasileira de Medicina Psicossomática, nº 3, 1977, v.1.
- MELO, A.L.N. - Psiquiatria: psicologia geral e psicopatologia. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, FENAME, 1979, v.1.
- MINAYO, M.C.S. - O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro, Hucitec-ABRASCO, 1996.
- MORSE & FIELD, P.A. - Qualitative research methods for health professional. 2nd ed. London, Sage, 1995.
- MUELLER, F.L. - História da psicologia: da Antigüidade aos dias de hoje. São Paulo, Nacional, 1978.
- NIETZCHE, F.W. - Os Pensadores. São Paulo, Abril Cultural, 1978.
- PAIDEIA - Projeto PAIDÉIA de saúde da família, Campinas 2001. Colegiado de gestão da SMS/Campinas, diretrizes para debate e reelaboração. Campinas, janeiro de 2001.
- PERESTRELLO, D.A.A. - Medicina da pessoa. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Atheneu, 1996.
- PICHOT, P. & FERNANDES, B. - Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal. Roche Farmacêutica Química, Ltda., Lisboa, 1984.
- POPE, C. & MAYS, N. - Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. B M J, 311 (6996): 42-45, 1995.
- QUINET, A. (*org.*) - Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2001.
- REUCHLIN, M. - Métodos na psicologia. Lisboa, Teorema, 1986.

REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL. v.IV.
Março de 2001.

RIVIÈRE, E. P. - Teoria do vínculo. São Paulo, Martins Fontes, 1998.

ROBERT, P. - Petit Robert: dictionnaire de la langue Française. Paris, Société du Nouveau Littré, 1977.

ROCHE. Enciclopédia Concisa de Psiquiatria. Roche Farmacêutica Química, Lda, Lisboa, 1981.

RUBIN, H.J. & RUBIN, I.S. - Qualitative interviewing: the art of hearing data. London, Sage, 1995.

SANDELOWSKI, M. - Sample size in qualitative research. Res Nurs Health., **18**(2): 179-183, 1995.

TRINCA, W. - O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade. Petrópolis, Ed. Vozes, 1983.

TRINCA, W. - Diagnóstico psicológico: prática clínica. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1984.

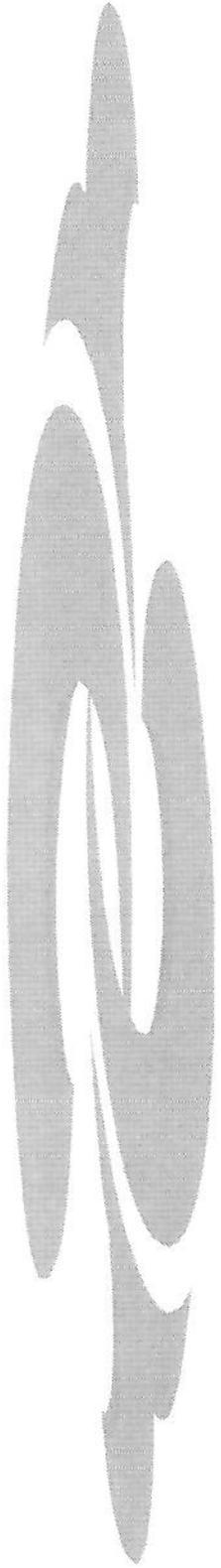
TRIVIÑOS, A.N.S. - Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987.

TURATO, E.R. - Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. Revista Portuguesa de Psicossomática, nº 1, Jan-Jun 2000. MEDISA, Edições e Divulgações Científicas, Lda, 2000, v.2.

UCHOA, E. - Além das verdades absolutas. Jornal O Risco, Associação Mineira de Psiquiatria. Ano X, nº 8, agosto de 1999.

VOLICH, R.M. - O corpo psicossomático. Insight: psicoterapia e psicanálise. Ano X , nº 109, agosto de 2000.

- _____ - *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo, Casa do psicólogo, 2000.
- WEBSTER, N. - *Randon House Webster's unabridged dictionary*. CD-Rom version 2.1, New York, Prentice Hall, 1997.
- WHYTE, W. F. - *Interviewing in field research*. In: BURGESS R. G., ed. *Field research: a sourcebook and field manual*. London: George Allen and Unwin, 11-22, 1982.
- WINTER, T. R. - *O enigma da doença: uma conversa à luz da psicossomática contemporânea*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.
- YAKOBSON, R. *Lingüística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1969.
- ZEFIRAN, E. - *Um diagnóstico em psiquiatria: para que?* In *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1986, pp 45-51.
- ZIMERMAN, D.E. - *Fundamentos Psicanalíticos. Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre, Artmed, 1999.



9. ANEXOS

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

**FATORES QUE INFLUENCIAM AS INDICAÇÕES DE TRATAMENTOS
PSIQUIÁTRICOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CAMPINAS**

Entrevista N°:

Data da Entrevista:

Duração da Entrevista:

1. Eu gostaria que você me falasse a sua visão a respeito dos fatores que você considera que exercem influência sobre os tratamentos psiquiátricos que indica aos seus pacientes nas Unidades Básicas de Saúde.

2. Além dos fatores de influência que você citou existem outros que, na sua visão, também podem influenciar suas indicações de tratamento? Quais são?

3. Além dos tratamentos sobre os quais você já falou existem outros que você não citou? Quais são?

4. Há mais alguma coisa que você queira colocar relacionada ao assunto da entrevista?

**MODELO DE CARTA ENDEREÇADA À ASSESSORA DA
SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**



UNICAMP

Campinas, julho de 1998

Sr.(a) Assessora(a)

Vimos, por meio desta, solicitar sua permissão para que possamos realizar uma entrevista com os psiquiatras que dão atendimento nas Unidades Básicas de Saúde que estão sob os cuidados de sua assessoria. Esta entrevista faz parte de nosso projeto de Pós-graduação em Mestrado na Área de Saúde Mental, que está sendo feito na UNICAMP, sob orientação do Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato e tem como objetivo buscar a visão do psiquiatra acerca dos fatores que exercem influência sobre as indicações de tratamento para o paciente psiquiátrico nas Unidades Básicas de Saúde.

Esperamos esta pesquisa possa trazer alguma contribuição para esta área tão importante e básica de atendimento à saúde na rede primária, que é a área da saúde mental. Mais precisamente neste momento em que após a 4ª Conferência Municipal de Saúde coube aos Centros de Saúde a função de ser a porta de entrada do atendimento, onde, espera-se, sejam resolvidos aproximadamente 85% dos problemas de saúde dos usuários.

Atenciosamente,

Gláucia Telles Sales
Psicóloga CRP nº 06/7196 - Mestranda

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato
- Orientador -
Curso de Pós-graduação em Saúde Mental
FCM / UNICAMP

**MODELO DE CARTA ENDEREÇADA AOS COORDENADORES DAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**



UNICAMP

Campinas, julho de 1998

Sr.(a) Coordenador(a)

Vimos, por meio desta, solicitar sua permissão para que possamos realizar uma entrevista com os psiquiatras que dão atendimento nas Unidades Básicas de Saúde que encontram-se sob sua coordenação. Esta entrevista faz parte de nosso projeto de Pós-graduação em Mestrado na Área de Saúde Mental, que está sendo feito na UNICAMP, sob orientação do Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato e tem como objetivo buscar a visão do psiquiatra acerca dos fatores que exercem influência sobre as indicações de tratamento para o paciente psiquiátrico nas Unidades Básicas de Saúde.

Esperamos esta pesquisa possa trazer alguma contribuição para esta área tão importante e básica de atendimento à saúde na rede primária, que é a área da saúde mental. Mais precisamente neste momento em que após a 4ª Conferência Municipal de Saúde coube aos Centros de Saúde a função de ser a porta de entrada do atendimento, onde, espera-se, sejam resolvidos aproximadamente 85% dos problemas de saúde dos usuários.

Atenciosamente,

Gláucia Telles Sales
Psicóloga CRP nº 06/7196 - Mestranda

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato
- Orientador -
Curso de Pós-graduação em Saúde Mental
FCM / UNICAMP

MODELO DE CARTA A SER ENDEREÇADA AOS MÉDICOS PSIQUIATRAS



UNICAMP

Campinas, julho de 1998

Prezado (a) Dr.(a) _____
Médico (a) Psiquiatra da
Prefeitura Municipal de Campinas - SP

Vimos, por meio desta, convidá-lo(a) a participar de nossa pesquisa intitulada "FATORES QUE INFLUENCIAM AS INDICAÇÕES DE TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS: UM ESTUDO QUALITATIVO DA VISÃO DO PSIQUIATRA". Esta pesquisa faz parte de nosso projeto de Pós-graduação em Mestrado na Área de Saúde Mental, que está sendo feito na UNICAMP, sob orientação do Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato.

Nosso convite a você é para que nos fale sobre sua visão acerca dos fatores que exercem influência em suas indicações de tratamentos psiquiátricos nas Unidades.

Atenciosamente,

Gláucia Telles Sales
Psicóloga CRP nº 06/7196 - Mestranda

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato
- Orientador -
Curso de Pós-graduação em Saúde Mental
FCM / UNICAMP

ENTREVISTAS**9.5.1. Entrevista Nº 1**

ENTREVISTADORA: Eu gostaria que você me falasse a sua visão a respeito dos fatores que você considera que exercem influência sobre os tratamentos que você indica ao paciente nas Unidades Básicas de Saúde.

ENTREVISTADO: Além da goteira? (risada). É que agora não está pingando porque hoje não está chovendo, então não tem perigo de atrapalhar a gravação (risada). Não vai sair o barulhinho pingando na gravação. Aliás, você deu sorte de fazer a entrevista hoje que está uma tarde bonita, sem chuva, porque se fosse na semana passada, viu, ia ser impossível. A gente ia ficar fugindo dos pingos, você estaria ocupada me ajudando a distribuir vasilhas pela sala e é nessa sala que eu atendo, viu. Aliás, ela é meio que um depósito. Aqui tem caixas, material de um negócio, de outro. É bem a propósito de ela ser maior. Então se aproveita e soca coisas aqui. Para você ver que maravilha. Aqui é assim. Mas... você queria saber mesmo... Ah! Sobre fatores que influenciam os tratamentos que eu indico! Bem, depende né, porque é trabalhar com entidade. Eu tenho que fazer o que é possível. Às vezes eu quero indicar um remédio pro paciente e aí não tem esse remédio aqui e esse remédio é que seria o melhor. Daí eu vou lá e vejo o que é que tem aqui mais próximo do que eu quero e dou aquele, fazer o que né. Às vezes eu quero ir na casa do paciente, ele não pode vir aqui, precisa que a gente vá lá. Às vezes eu preciso de um carro, um motorista pra ver o paciente, quer dizer um carro, um motorista né! É isso aí. Eu não sei, né, assim, as prioridades assim... da Prefeitura, às vezes são muito difíceis de compreender, né (risadas). Então é isso que eu chamo de trabalhar com entidade. Por exemplo: tem um monte de coisas assim, que a gente necessita né. Por exemplo, a nossa terapeuta ocupacional; daria para ela estar fazendo uma série de trabalhos com os pacientes a nível de oficina de trabalho, oficina terapêutica e coisas assim que também foram definidas como prioridade nesse último seminário e que não acontece, né. Por exemplo: pra botar um alambrado aqui pra fazer uma hortinha comunitária que vai rolar aqui, né, é um negócio!!! Uns cinco meses pros negos virem botar o alambrado aqui. Não tinha terra, não

tinha gente, não tinha nada. Quer dizer, então?! São aquelas coisas que você sabe teoricamente como... como trabalhar, né, porque ela tem uma experiência em oficina de trabalho, só que na hora de viabilizar, né, sei lá... é... um passo de tartaruga com reumatismo, sabe, devagar quase parando. É isso aí né, isso que eu chamo de trabalhar com entidade.

ENTREVISTADORA: Hum!Hum!

(tempo)

ENTREVISTADORA: Me conta uma coisa: assim como você citou neste último exemplo de proposta de atendimento que é ir até a casa do paciente, tem outras que eventualmente podem ocorrer?

ENTREVISTADO: Olha, eu...eu...eu...eu acho assim, que de uma forma geral, essas...essas seriam as mais importantes, né.

ENTREVISTADORA: Hum!Hum!

ENTREVISTADO: Eu acho assim que... outras coisas que a gente precisava ter e também já foram **todas** (ênfase) detectadas, todas pensadas mas... é ... assim... por exemplo: você interna o paciente temporariamente. Você acaba sabendo do que aconteceu, mantém um contato assim... mais por sorte, às vezes, ou se você conhece um outro profissional que está lá, tal... porque assim (tosse) ... uma população... uma certa parte da população que a gente atende aqui ela é poli-vinculada, entendeu. Você pega um esquizofrênico:- “Ah! A gente vem cinco vezes no “...”, dez no “...”, oito no “...”; “eu fui também paciente lá do “...”, sabe, não agüentava ficar lá na cidade, lá no “...”; “fui em “...”, depois vim aqui”. Quer dizer, sabe, isso é uma coisa! Se você começa a juntar o que as pessoas relatam de dez diagnósticos possíveis (risada), é uma coisa extremamente confusa! Então isso aí é uma falta de... evitar a poli-vinculação, ou seja, regionalizar a coisa, né. Então, por exemplo, o cara é paciente daqui ele vai ter que procurar o veredicto de resolução aqui. Que às vezes o paciente não fica satisfeito ou acha que lá na “...” é melhor, porque tem um aparelho ou não sei o que, sei lá. Então ele vai pra lá. Ou ele se interna lá não sei aonde e some daqui e daqui a seis meses ele volta com uma cartinha de que ficou

internado cinco meses lá não sei aonde, entendeu. A perda de contato, essa poli-vinculação, falta de um prontuário único, que isso só vai acontecer quando informatizar a rede, que também tem um projeto pra isso já pensado(risada). Então, por exemplo, você vai pegar pacientes aqui que tem pastas imensas, né, listas telefônicas, nunca é... Pensaram não sei o que na "...", em todo lugar pensaram, num lugar pensaram outro, num lugar fizeram exame, noutra não fizeram, sabe! Então você pega o paciente e os familiares, eles estão completamente perdidos, eles nem sabem o que pensar direito. É tudo mexido, sabe.

ENTREVISTADORA: Hum! Hum! Mas quando ele vem aqui e te conta estas histórias todas de reincidência de internação, de busca, tal... aí você vai levar em conta o quê? Quais são os fatores para você resolver, então, o que indicar para o paciente?

ENTREVISTADO: Por exemplo,; muitas vezes eu faço... porque, por exemplo, muitos pacientes já em algum momento da vida, já se internaram na "...", porque aqui era uma Unidade Psiquiátrica de Emergência, né. Então assim, a passagem dos pacientes tanto para ficarem aqui como para serem reencaminhados era muito grande e pela facilidade de ser próxima, com frequência param pacientes da "...". Aí, "ah! Fiz exames lá uma época que deu não sei o que de alterado, não lembro, eu estava esquisito na minha cabeça, ninguém sabe contar". Então, assim, eu pego, eu passo na "...", vou no arquivo, pego a pasta e faço... Mas isso, assim, é uma iniciativa minha, não é. Eu acho que eu deveria ter, por exemplo, pra tentar clarear o que aconteceu, o que se pensou lá. Então eu acho, assim, essa é outra questão: dificuldades para você ter informações. Por que, por exemplo, aqui, se for na "...", é uma coisa, entendeu, porque a "...", é aqui pertinho, mas se for lá em "..."?!

ENTREVISTADORA: E você faz o que a partir das informações da pasta?

ENTREVISTADO: Aí eu posso tentar mandar uma carta pra lá via assistente social, faço algum resumo de pasta, alguma coisa assim, se for muito necessário, né. Alguns casos, eles estão assim muito claros o que que é, o que que você precisa fazer, né. E outros, assim,...

ENTREVISTADORA: O que é estar muito claro?

ENTREVISTADO: Muito claro, assim, um paciente que desde criança ele era retraído, conversava pouco, não gostava de brincar com criança, ficava lá num canto, depois fez quinze anos e fez uma crise, um... um quadro paranóide agudo, foi internado, passou a ter alucinações e não sei o que, é... apresentou sintomas mais depressivos, sintomas negativos, isolamento, transtorno de afeto. Então está claro que é uma esquizofrenia. Então o que é que eu preciso fazer? Medicar adequadamente e orientar a família. Encaminhar para a T.O. fazer um trabalho é, é, é, é próprio, né, da T.O. Reorganização, reestruturação. Isso é que eu chamo de claro, assim. Agora, às vezes, chegam aqui uns pacientes assim que, por exemplo, passou um tempo na “...” e eu vou ter que... há dez possíveis diagnósticos, sabe,...

ENTREVISTADORA: Na pasta?

ENTREVISTADO: ... Na pasta.

ENTREVISTADORA: E aí você faz o que? Você pega a pasta, tem dez possíveis diagnósticos, e o que você faz com isso?

ENTREVISTADO: Então, né. Aí eu vou ter que ser bem chato, bastante criterioso, entrevistar o paciente muitas vezes, chamar familiares, às vezes mais de um.

ENTREVISTADORA: E nesse intervalo em que você vai entrevistando várias vezes, o que você faz com esse paciente?

ENTREVISTADO: Então, é... eu vejo com frequência. Tem paciente que não dá para fazer uma aproximação diagnóstica só com ele. Você precisa ver familiares, você precisa algum um contato, não tem jeito mesmo para saber o que fazer.

ENTREVISTADORA: E você mantém nesse período sob medicação? Não?

ENTREVISTADO: A grande maioria já chega medicada aqui pra gente. De algum outro serviço, de alguma outra... Já tem uma ligação forte com medicação, né. Tem alguns pacientes aqui que eu preciso retirar medicamento indicado há dez anos, por

exemplo, e ele não fica bem com isso. E ele tem que começar a entender, né. Eu falo:- “Eu trabalho aqui todo dia à tarde, se você começar a passar mal você pode vir aqui que eu te atendo mesmo você não estando agendado”. Então eu abro esse espaço aí, né. Aí a questão começa a criar essa tendência e...às vezes dá certo. Alguns não se adaptam, né, poucos pacientes, uns dois ou três, quer dizer, que eu tive que encaminhar para outros serviços não se adaptaram em termos, assim... com a retirada da medicação, né. Aí são aqueles pacientes que chegam de hospitais tradicionais, né, tem seis, sete medicações e sem justificativa científica nenhuma, né, ééééé... não existe! Só se cria no paciente um temor de tirar um miligrama de não sei o que lá que pode voltar tudo. É porque o vizinho falou, ou porque a comadre, é porque não sei o que... “Nossa! Se você parar com esse remédio volta tudo e tal”. Então tem essa coisa cultural também que fica forte, né. E aí é terrível, né, assim... até você lidar com essas coisas. Por que? Não é só porque eu quero tirar medicamento. Porque a grande maioria deles tem efeitos colaterais até importantes. Alguns efeitos são cumulativos, vai piorar a qualidade... e depois de certa idade você não vai poder usar o medicamento. Então, eu acho que a obrigação minha é...é...é... Agora, alguns pacientes, eles ficam tão adictos psicologicamente àquilo ali, né. Eu acho que de alguma maneira foi colocado de uma forma errônea para eles que, assim... Ele diz:- “Olha, achei legal, não sei o que, coisa e tal, mas não vai dar para continuar aqui”.

ENTREVISTADORA: Se você quer retirar a medicação ele...

ENTREVISTADO: ...Vai mesmo. E eu deixo ir, pode ir, ué. Porque aí escapa da questão da regionalização um pouco porque, assim... existe a regionalização, existe essa lógica, né, mas assim... Se o paciente nessa data comigo ou vice-versa, sei lá, não há porque. Você tem que ver mais vezes, né. Aí, assim, sei lá, né. Vai para Terapia Ocupacional, quem sabe você vai se dar melhor, assim, não sei... o direito é seu, sei lá. Ele quer ir, ele vai. Eu acho que deve.

ENTREVISTADORA: Eu queria entender melhor essa proposta de Regionalização. Essa é uma deliberação, é uma proposta já da Rede?

ENTREVISTADO; É, é proposta da Rede, né. A idéia é uma coisa já importada. Por exemplo, na Grã-Bretanha, se você mora num determinado bairro, numa região, e naquela região tem o emprego, o trabalho, você tem que ser atendido

primariamente naquela região. Se precisar de uma complexidade maior, aí vão procurar o serviço de referência que passa no hospital, passa noutra clínica. Mas não essa confusão que está aí, né. “Ah! já me internei na “...”, me internei no “...”; cinquenta no “...”; vinte no”...”, né. Lá isso não acontece. Não tem lógica, né, Não é preditível. É um horror. Confunde o paciente, o profissional, a família, quando se está tentando trabalhar na lógica de Secretaria de Ação Regional mas ainda com muita coisa centralizada. Devia descentralizar administrativamente a questão de trabalho, as regiões, né, quer dizer. A idéia é criar um Distrito Sanitário porque Distrito Sanitário é uma organização muito mais autônoma, né. Porque as Secretarias de Ação Regional, embora tivessem alguma autonomia, tinha mil e um detalhes que tinha que se reportar lá na Coordenadoria Central, lá na Prefeitura. Lá você espera a Coordenadora e... ficava uma coisa meio confusa, né, porque a pessoa não está ali conhecendo a realidade, a realidade, a realidade. Não está lá. Então, assim, a idéia é descentralizar, né, dizem, né (risada), não sei, diz a lenda. Descentralizar o poder, a ter direito, dinheiro, grana, né.

Então, por exemplo, quantas vezes a gente precisa de alguma coisinha extra, mas a burocracia pra você pedir, sei lá, o medicamento extra que eu estava tentando para o paciente agora mesmo, né, vai ter que fazer um pedido especial, relatório, está vendo esse papel aqui? Aí liga pra farmácia lá na sala e fica esperando, esperando. Então, se você tivesse uma autonomia administrativa e até financeira, como é a proposta, né, não tem esse negócio aqui? Eu pego o carro, vou lá, busco eu mesmo ou eu arrumo de algum jeito, sei lá. Mas aqui, vai memorando pra cá, memorando pra lá, espera alguém ir lá abrir o malote. Então isso cria um monte de, sei lá, de taxa de desistência. Então o pessoal está trabalhando nessa lógica; tem o profissional aqui? Então você vai ser atendido aqui. Dá pra atender? Tem que dar conta? Tem! Alguma coisa está acontecendo que não está dando pra dar conta? Então a gente tem a supervisão. Pra isso a gente tem supervisor, né. Alguma coisa está escapando da possibilidade, não está dando certo, não está dando pra resolver aqui, então a supervisão vai vir tentar, vai discernir aí em cima disso

ENTREVISTADORA: Me dá um exemplo disso.

ENTREVISTADO: Por exemplo: Eu quero trabalhar com um paciente de uma determinada forma e a família é totalmente contrária, né. Então eu deixo claro a opção que eles têm, né. Mas aí eu posso com isso estar preocupado com o paciente que esteja aí

envolvido numa história triste e que não tem condições de decidir por si nada, né. Então, por exemplo, assim, eu posso acionar a supervisão e falar “olha, está acontecendo isso, e isso, e isso, e isso”. Por exemplo, às vezes é um paciente grave, está psicotizante, está doido em casa, só que a família não aceita medicamento e acha que não tem que levar não sei aonde. Acha que não tem que internar, tem que levar... quer dizer, assim: até que ponto a família, no caso, né, tem direito de decidir estas questões?

Esse país é assim mesmo, né. Então pra isso você tem que ter as supervisões. Pra ‘n’ casos. Família é complicado, na realidade, né. Eu já atendi uma paciente aqui com depressão psiquiátrica gravíssima, tentou se matar. Cheguei lá na casa, no final de semana, estava lá na residência, né. “Ah! A gente têm que levar a fulana num centro de umbanda”. “Hei! Vocês estão loucos?! Que isso?! Tem que internar. Não importa se ela dá risada, não é assim!” A pessoa não tem condições de decidir nada sobre si mesma. “É! Mas ela tem alta pedida!” “Alta pedida não é bem assim. É uma questão também de responsabilidade liberar. Paciente jovem, a depressão é grave, o risco de suicídio é pra valer, há muitos problemas próprios, né, aí envolvidos”. “Ah! Mas”... Dá vontade de dizer : - “se você quiser pode tirar então, mas o risco...”.

Então, assim, se precisar... Você precisa de alguém aí dentro, na supervisão, pra lidar com essas pessoas. Você tem que trabalhar cientificamente, não tem essas coisas de “esquisito!”, “nossa!”. Tem pessoas que você não tem o que fazer, tem que internar! Agora, acho que isso também vai da especialidade de cada um e do tempo de experiência. Eu estava me lembrando das dificuldades que o pessoal têm, tanto na área médica quanto paramédica, em lidar com as coisas que não são exatamente o concreto, né. Eu estava lembrando quando da instalação da “...” na “...”, da proposta de se fazer um muro com porta de ferro, as dificuldades de aceitar até que houvesse uma enfermaria ali. Houve uma briga e teve uma briga feia porque até então a Psiquiatria não era no Hospital, o ambulatório acontecia numa casa alugada na cidade. Era uma coisa assim bem diferenciada, à parte, né. Tudo isso foi muito interessante. E o “X”, né, fez a tese de mestrado dele em cima disso, da instalação da “...”. Ele fala das “...” em “...”. Mas fala muito da instalação da “...”. Então ele resgata essa história, eu acho super interessante. E muita coisa assim. Mas acho que o que eu estava comentando é a questão da formação, né. Eu acho que o problema

surge nas Faculdades. Por exemplo, a Psiquiatria, né. Faz parte da saúde pública, é considerada uma grande área assim como Clínica, Pediatria, Ginecologia, né. Nos países desenvolvidos é entendido assim. Aqui ainda é uma coisa à parte, que você tem que brigar. A locação de psiquiatras em determinados Centros de Saúde: muitos coordenadores eram favoráveis mas muitos eram contra, achando que trabalhar com doente mental ou o que quer que o valha é uma coisa de... de... de hospital apropriado, psiquiátrico, não sei o que, tal. Mas felizmente está mudando, né, ainda bem.

ENTREVISTADORA: Está mudando de que maneira?

ENTREVISTADO: Ah! Eu acho que pela própria realidade, né. Os profissionais estão chegando, estão se instalando, não somente psiquiatras, mas psicólogos, terapeuta ocupacional, assistente social que trabalha na área da saúde mental. Então está se criando já uma história. E no atendimento, as próprias pessoas que se servem do serviço estão respaldando o serviço. E as pessoas que eu acho que estão vindo e se formando há menos tempo já estão encarando isso com mais naturalidade do que quem, por exemplo, se formasse há quinze anos atrás, né. Psiquiatria era aquele estágio que todo mundo queria fugir (risada), ir o menos possível, né. Geralmente não era na própria faculdade porque quase nenhuma, praticamente nenhuma, tinha enfermagem psiquiátrica. Se não me engano no começo, nos primórdios aí, só a "...", e era tudo em manicômio. Quer dizer, então assim, a questão já começava com uma aversão já no próprio curso e eu acho que isso está mudando, né, felizmente. Tem que mudar, né! Eu acho que essa aversão à psiquiatria está começando a desaparecer. Eu não sei em outros Estados mas aqui em São Paulo, pelo menos, a maioria das escolas já estão lidando com a questão de uma forma mais objetiva.

Teve uma reforma aí, não psiquiátrica, vamos dizer assim, mas uma reforma na Saúde Mental que vem vindo aí já de alguns anos e que está tentando colocar a saúde mental como saúde, né, faz parte da saúde. Não é uma coisa à parte.

ENTREVISTADORA: Certo. Mas me conta uma coisa, A. Mais especificamente eu queria que você me falasse sobre quais são os tratamentos psiquiátricos que você usualmente indica ao paciente na Unidade Básica. Então, quais são as indicações usuais e o que é que você acha, que fatores você leva em conta para proceder a essas indicações?

ENTREVISTADO: Então, essa pergunta que você fez é muito interessante porque antes de vir pra cá eu trabalhei “...” e meio num CAPS e que atende pacientes mais graves, né. Então a grande maioria era esquizofrênico ou que tinha doenças esquizoafetivas ou doenças afetivas, transtornos mentais orgânicos e coisas assim bem graves, né. Então era um tipo de população bem selecionada. Aqui já é uma Unidade Básica, é bem diferente. Então, por exemplo, o tipo de população com a qual eu entrei em contato é muito diferente da que eu trabalhava antes. Pode-se dizer assim que, por baixo, oitenta por cento são quadros de depressão, depressão com ansiedade, depressão com ansiedade e fobia, transtornos neuróticos, somatofóbicos. Assim, esse é o grosso da coisa, né. As psicoses funcionais, as esquizofrenias, não sei o que, é um número menor, tem um número bem menor em termos de pacientes, né. Então o interessante é que desde o início eu já senti uma diferença, porque eu estava acostumado a lidar com um tipo de população e aqui esta população é bastante, é bem mais variada, né. Mas mesmo assim a gente pode englobar a grande maioria dos casos dentro de depressão e ansiedade com fobia, quadros reativos e transtornos neuróticos os mais variados possíveis, né. Então, assim, como você perguntou qual o tipo de atitude que eu tenho, né? Eu sempre procuro fazer, primeiro, uma anamnese, uma história bem completinha, dentro do limite. Então, por exemplo, aqui eu tenho meia hora pra atender cada paciente. Pode não parecer grande coisa mas, por exemplo, o pediatra trabalha com quatro pacientes por hora. Outro trabalha com três pacientes por hora. Eu trabalho com dois por hora. Então eu procuro obter o maior número de informações possíveis. Eu tento ser assim.

ENTREVISTADORA: Que tipo de informação?

ENTREVISTADO: As informações básicas, né. Então, num primeiro contato, assim, na realidade não, não tem um direcionamento. A anamnese não é dirigida, né. Então eu procuro obter o maior número de informações possíveis que seguem aquele padrão formal mesmo.

ENTREVISTADORA: O que você chama de ‘padrão formal’?

ENTREVISTADO: O que eu chamo de padrão formal é assim, é, é, é, por exemplo, tem muita co-morbidade, né. Então as pessoas chegam aqui com uma queixa... “eu estou deprimido e tal”. Bom, será que essa depressão é só um quadro reativo? Será que

é uma doença afetiva? Será que essa pessoa, por exemplo, não tem sífilis que pode causar transtornos afetivos? Será que essa pessoa não tem hipotireoidismo que pode causar um quadro parecido com depressão, que aliás, causa depressão? Será que essa pessoa não tem um outro tipo de situação? Porque aparece muita coisa. Eu recebo muito paciente encaminhado da clínica, por exemplo, pacientes que têm muitas outras patologias. Paciente com problema cardíaco, com problema respiratório, com problema isso, problema aquilo e tá, tá, tá, tá. Então isso, assim, aqui no Brasil não tem estatística, né, mas nos Estados Unidos, por exemplo, mais de cinquenta por cento dos pacientes ambulatoriais da Saúde Mental tem algum transtorno orgânico associado. Então eu procuro ser chato nesse sentido. Então eu pergunto tudo que o indivíduo teve, não teve, deixou de ter, pá, pá, pá, e,e, e, ... porque as pessoas vêm geralmente com uma demanda de falar logo de cara aquilo que as motivou a vir aqui, né. Mas, assim, eu procuro fazer uma coisa mais ordenada pra não me perder. É mais por uma coisa, pra me organizar mesmo, né, pra não me perder. E assim, tentar sentir né, num primeiro contato, se é um paciente que vai ficar mais à vontade só em consultas ou se ele pode se adaptar num Grupo de Orientação que eu faço aqui, né. Eu tenho um Grupo de Orientação, eu chamo Grupo de Orientação Verbal. Não chega a ser um grupo com características assim terapêuticas, é, utilizando assim, alguma técnica psicoterapêutica definida, mesmo porque muitas pessoas aqui ainda não estão no ponto disso, né. As pessoas têm queixas assim muito básicas, dúvidas muito básicas, né. Então eu faço um grupo basicamente de orientação, né. Quando a pessoa está necessitando de algo um pouquinho mais sofisticado ou mais aprofundado, né, tem o pessoal da psicologia aqui que faz o atendimento individual, em grupo, né.

ENTREVISTADORA: Então você encaminha para psicoterapia?

ENTREVISTADO: Enca...ééé.. E eu tenho também um Grupo de Dependência Química, né, pessoas dependentes de álcool, drogas e medicamentos, que também é um grupo de orientação só que destinado à essa população.

ENTREVISTADORA: E você faz esse trabalho de orientação e também medicação?

ENTREVISTADO: Isso! Eu faço ambas as coisas. A grande maioria das pessoas que freqüentam o grupo, assim, algumas conseguem, vamos dizer assim, resolver suas questões só no grupo. Eu tenho conseguido dar algumas altas. Tem sido interessante.

Transtornos do pânico, transtornos de ansiedade, transtornos fóbicos, tal, tal, tal, utilizando, assim, da medicação pertinente, né, e conseguindo até um objetivo legal em alguns meses, assim, até me surpreendendo com... Não é um número tão pequeno assim de pacientes. Alguns conseguem se adaptar bem ao grupo, não é, e vamos dizer assim, o tratamento deles é no grupo. É um grupo aberto, sem data pra terminar. As pessoas se utilizam dele da maneira como sente, como se acharem, acharem melhor, mas assim... Então eu basicamente trabalho com isso. Eu tento fazer um critério bem claro, né, um diagnóstico dentro do que tem o CID 10, o DSM 4. As pessoas têm uma demanda muito intensa pra medicalização, né. Isso não é só na área da Mental. Em todas as áreas. Então, assim, existe essa demanda mas eu trabalho com essa demanda dentro... Eu procuro fazer orientações e indicações bem claras, né, porque assim, qualquer transtorno do sono as pessoas já vêm aqui e já querem remédio pra dormir. Qualquer transtorno de ansiedade as pessoas já vêm aqui e já querem calmante. E eu, eu, eu não trabalho assim. Eu tento ser bastante criterioso: se preencher critérios pra transtornos de ansiedade, realmente, aí eu entro com medicação adequada. Já explico que é por um tempo definido, qual que é o objetivo, que a gente não vai usar só medicamento mas também vai ter um grupo de orientação ou orientação dentro da consulta, né.

ENTREVISTADORA: Deixa eu entender melhor o que seriam critérios pra medicação, critérios para orientar pra esse grupo que você está chamando de orientação verbal e por que é que você fala que esse grupo não tem, não é um grupo terapêutico?

ENTREVISTADO: Quer dizer, é, é, do ponto de vista formal, ele não seria terapêutico porque ele não segue uma linha com pressupostos e vamos dizer assim, não existe uma preocupação em fazer a emergência de conteúdos inconscientes, assim. Porque as pessoas chegam aqui com questões muito básicas... “ah! doutor, eu não estou dormindo direito, eu olhei pro meu marido à noite, ele estava com uma cara de monstro, aí, eu fiquei com medo e não sei o que e tal”. Então, assim, às vezes são questões tão básicas, não é, assim... “olha, quando a gente está na fase entre o adormecer e o semi-acordado, a gente por conta da maneira como o nosso cérebro funciona, a gente pode ter alucinações fisiológicas normais, que todo mundo tem mas que a maioria esquece, como um sonho, pá, pá, pá, pá”. Então, assim, acaba sendo um trabalho de orientação não é. Eu não estou trabalhando nenhuma técnica que faça, vamos dizer assim, o inconsciente se manifestar,

fazer apontamentos ou coisas do gênero, né. Porque realmente, é, é, essas questões são muito básicas, não é. Então, assim “ah! não durmo direito, eu tenho problema de insônia, eu tomo Diazepan há dez anos, meio comprimido à noite, e se eu não tomar eu não durmo, né”. Então, assim, aí eu tento mostrar, explicar que do ponto de vista farmacológico essa pessoa não está tendo benefício nenhum, esse medicamento não está nem funcionando mais porque já se criou uma tolerância e essas coisas todas podem ser colocadas numa linguagem que as pessoas entendam, né. E você pega pessoas assim, aqui, com as mais variadas dúvidas de questões assim básicas. Ahm, quadros reativos, né, por exemplo, depressão reativa. Então, por exemplo, morre um parente, não necessariamente de forma trágica, “ah”!, mas, mas um velhinho lá da família com noventa anos que já estava doente há quinze anos, de repente morre, as pessoas vêm aqui, com sentimentos de tristeza e depressão.

ENTREVISTADORA: E aí, o que é que você faz?

ENTREVISTADO: Então, o que eu queria dizer, também, que isso tem a ver até com a organização social da região, né, que é uma região, assim, que não tem nenhum equipamento social. As pessoas não têm lazer, é uma região violenta, né, que tem muita privação de tudo. Então o posto de saúde aqui, é interessante, ele acaba sendo o, o posto, igreja, local de debate, aqui acontece curso pra comunidade, aqui virou um lugar onde as pessoas recorrem assim, com muita, né...

ENTREVISTADORA: Muita facilidade?

ENTREVISTADO: Exato! É o único lugar da região onde as pessoas, realmente, acho que se sentem um pouquinho atendidas, acolhidas, cidadãs, sei lá. E eu acho que isso se reflete no atendimento também, porque assim, eu acho que isso tem a ver um pouco, Gláucia, porque assim, as pessoas vêm procurar aqui, por exemplo, me procurar por questões que são muito básicas, né. Então assim, por exemplo: morreu lá o meu avô que estava doente há quinze anos, então as pessoas vêm aqui com quadro de depressão reativa e viram no jornal, ouviram na TV, escutaram no rádio que agora tem um remédio miraculoso pra depressão, uma coisa aí qualquer, os Prozac da vida, não sei o que. Então é um trabalho mesmo de orientação. É mais isso do que qualquer outra coisa... “olha,

depressão, reações depressivas, todos nós temos, né, não precisa necessariamente ser um parente... é um negócio que não dá certo, ou sei lá o que, e, essas reações são normais, ninguém vai morrer por isso não, e não há indicação de usar medicamento, é natural que eu sinta um sentimento de tristeza, de inadequação, até uma leve perturbação do sono, que passa em alguns dias, tá tá tá”.

ENTREVISTADORA: Então este tipo de caso, por exemplo, você resolve ali na consulta?

ENTREVISTADOR: Eu, eu raramente faço uma única consulta. Isso é muito difícil, né, a menos que um ou outro caso, raríssimos, que a indicação pra consulta foi muito mal feita, né. Aí eu retorno, às vezes, a pessoa pro clínico de origem ou outro tipo de profissional que mandou pra cá, que às vezes uma ou outra indicação pra fazer uma consulta aqui é muito, muito mal orientada, né. Mas assim, eu costumo acompanhar as pessoas até sentir alguma melhora, né. Eu acho que as pessoas têm uma carência muito grande, eu não diria de informação, né, porque informação parece que se ligar a TV tem informação, né? É de orientação! Então qualquer coisinha que eles não entendam, já... Às vezes assume uma proporção, assim, que você na realidade acaba mais orientando as pessoas que qualquer outra coisa.

Mas eu atendo muitos deprimidos, aqui, que eu tenho realmente que, que medicar, vamos dizer assim, se incluem critérios pra depressão que tem que ser medicada, né. Ahm, muitos quadros fóbicos, muita doença do pânico.

ENTREVISTADORA: E aí esses pacientes você só medica, você encaminha para o seu grupo de orientação também... que fatores você leva em conta para resolver?

ENTREVISTADO: É, assim, eu acho que o primeiro ponto, isso é uma coisa que eu acho que desde o começo da, da especialização é assim, é procurar ser o mais claro possível, né. Acho que você tem que digerir e clarear o que o paciente às vezes traz pra você tão confusamente, tão misturado e cheio de sentimentos, assim. Organizar isso, um pouco, nem sempre você consegue numa consulta só, né, e ver, realmente com clareza, o que é que aquele paciente precisa, né. Assim, se ele realmente precisa ser medicado, buscar

isso, né. Alguns pacientes, por exemplo, a gama de medicações da prefeitura, embora tenha melhorado muito nesses últimos anos, ela ainda tem falhas. Então tem alguns pacientes que até um ou outro compra medicação fora, quando existe uma indicação maior ou coisas assim. E eu vou acompanhando, né. Alguns pacientes, assim, que eu percebo que vão se beneficiar de um outro nível de complexidade, como por exemplo, os CAPS., né, ou um Hospital Dia, eu encaminho. São raros, né. E atendo alguns pacientes com psicoses, né, assim, esquizofrenia e tal. E eu procedo exatamente da mesma maneira, né, assim, é, é, uma história bem fundamentada, clareza de diagnóstico, porque eu acho que um, um dos principais embates ou dificuldades na área mental, é a clareza de se fazer um diagnóstico, né. O diagnóstico ele tem que ser operacional, né, ou seja, não é só um nome. Ele tem que servir pra alguma coisa né. Ele tem que servir pra orientar o que é que você vai planejar para aquele paciente, que tipo de medicação você vai dar, que tipo de objetivo você quer alcançar enquanto o tem, não é, assim, é, é, eu, eu, devo ter a expectativa de ter poucos pacientes eternos aqui, né. Eu não devo ter esse tipo de expectativa.

ENTREVISTADORA: Hum, hum.

ENTREVISTADO: Eu posso ter alguns pacientes com patologias crônicas que, vamos dizer assim, eles podem ser pacientes eternos, mas, a grande maioria, oitenta por cento não. Esse paciente tem que melhorar em algum momento, porque se eu chegar à conclusão que eu não estou conseguindo é, é, é, é, trazer nenhuma modificação pro quadro do paciente eu vou encaminhar, eu vou procurar um, assim, um outro tipo de alternativa, eu tenho...

ENTREVISTADORA: Por exemplo?

ENTREVISTADO: Por exemplo, se eu tenho um paciente com, sei lá, um quadro depressivo que não melhora, né, eu tento o antidepressivo, em dose adequada. Não melhora, é, eu associo o antidepressivo com, sei lá, um tiroídiano pra potencializar. Não melhora, eu uso antidepressivo com estabilizador de humor. Não melhora, eu encaminho para o ambulatório de doenças afetivas. Isso é, assim, onde as pessoas têm mais experiência, mais tempo, maior possibilidade de encaminhar o caso, como por exemplo... mas assim, eu tenho que ter uma clareza do que eu vou...

ENTREVISTADORA: E nesses laboratórios são feitas as Psicoterapias?

ENTREVISTADO: Também. Também. Mas, assim, até da parte de, de, de medicamentosa ou de revisão diagnóstica, eu tenho que chegar à conclusão de que não consegui o objetivo mínimo, assim, né. Felizmente isso não é comum, né. E tem que ter a clareza também que vão chegar, ahm, casos aqui em que a melhora é muito pouca. E às vezes é difícil passar isso pra população. Por exemplo, pacientes demenciados, né, demenciados e depressivos. Pseudo-demência depressiva, ou demência verdadeira com depressão associada, né. Esses pacientes, a própria literatura diz, trinta por cento vai melhorar quase nada. E vão ter recaídas freqüentes, e tal. Então, às vezes, as pessoas vêm com uma expectativa, você não pode assustar as pessoas, né, falar “olha e tal”. Alguma melhora, alguma coisinha a gente têm que obter, mas alguns casos o prognóstico é ruim.

ENTREVISTADORA: E aí você...

ENTREVISTADO: Aí, assim, é, é, vamos dizer assim, quando eu falo em critério pra fazer diagnóstico né, é, é, o fundamental, você sabe,... (risos)

ENTREVISTADORA: Eu não sei de nada, eu quero que você me conte.(risos)

ENTREVISTADO: (Risos). Tá legal. O fundamental, é, é a história, o exame psíquico, o exame físico, juntar tudo isso, né, e se aproximar, pelo menos, de algum diagnóstico. Mas muitas vezes precisa lançar mão de exames como tomografia, como eletroencefalo, como... e isso a gente consegue aqui com razoável facilidade, não é tão difícil, não é. Muitas vezes eu preciso da, da ajuda de outros profissionais, do clínico, do neurologista, né, do pessoal da psicologia, então isso aí é, é um intercâmbio, uma coisa que, que eu tenho que fazer assim di, di, di encaminhar, né, de ter essa clareza, né, e, e, e assim, eu acho que é isso, né.... Cada caso é um caso, né, e a gente têm que tentar cercar ali dentro daquele caso o que é que, o que é que trará maior benefício pro paciente, né.

(tempo)

ENTREVISTADORA: No grupo de orientação, você está ali com pacientes que tanto estão medicados quanto não?

ENTREVISTADO: Alguns, outros não.

ENTREVISTADORA: Tá. Agora, na questão da Psicoterapia, que você também falou que às vezes você encaminha...

ENTREVISTADO: Hum, hum!

ENTREVISTADORA: Dá pra você me falar um pouco mais sobre isso?

ENTREVISTADO: Então, ahm, por exemplo. Ahm... nós temos aqui, nós temos, ahm... atualmente duas psicólogas, mas tem estagiários da psicologia, tem uma primoranda da psicologia, que é um número razoável de pessoas. Tem uma terapeuta ocupacional há quarenta horas. Então, assim, ahm... então, por exemplo, uma dessas psicólogas que faz quarenta horas aqui, ela trabalha muito com terapia focal, né, tipo terapia breve. E não só por causa da indicação clara de, do trabalho ser breve ou não, mas também um pouco por causa da demanda, né. Aí entra toda uma questão ideológica aí, mas assim, é, é, vamos dizer assim, é... Em outros locais eu já fiz um trabalho assim, mas di, di, di... di terapia, assim, de apoio, de orientação, né. Não tenho uma formação, assim, na área de psicoterapia de base analítica, nada assim, embora tenha estudado um pouco e tal, mas assim... então eu tento fazer aquilo que eu sei fazer melhor e não entrar numa de fazer tudo, mesmo porque têm um pessoal aqui... pra colaborar nessas outras áreas. Eu acho que é isso, eu acho que basicamente clareza, sabe. Clareza do que você pode fazer. Porque você recebe pacientes assim que você sente que eles nunca foram orientados, né, assim... “Ah! meu filho tem epilepsia há tanto tempo assim” . “Alguém já explicou pra senhora o que é epilepsia”? “Nuuunnca!” Sabe, você recebe essas coisas aqui, né. Eu, eu sou chato com diagnóstico há muito tempo, né. Eu já tive muita briga com clínico em tudo quanto é lugar que eu já passei por experiências pessoais, assim, muito, algumas muito desagradáveis, né.

ENTREVISTADORA: Por exemplo.

ENTREVISTADO: Assim, por exemplo, eu tive uma paciente de dezesseis anos que morreu, né. Que é, fez um quadro catatoniforme típico, né, é, é, eu estava ainda na residência e um dos possíveis diagnósticos diferenciais era uma doença chamada lobos. O diagnóstico não foi feito a tempo, a paciente complicou, foi a óbito. Uma menina de dezesseis, ta! Então, assim, essa é uma coisa, foi uma coisa que me marcou muito, eu estava no primeiro ano da residência. Então a partir daquele dia eu acho que me tornei o cara mais chato da psiquiatria, assim, porque realmente acontece muito mais do que a gente pensa. Então, por exemplo, eu atendi aqui uma senhora de quarenta e poucos anos que tinha uma queixa de ansiedade. Mas era uma coisa que vinha junto com uma queixa de, de ausência psíquica, uma coisa estranha. E uma coisa periódica, tal. Então fiz um raio-x de crânio dela, veio um ponto de calcificação, eu falei “olha, isso pode ser uma, aquela doencinha do, do verme lá, né, mas pode ser outra coisa né”. Pedi uma tomografia dela, veio um baita dum tumor, né. Um tumor no cérebro que estava causando alterações né. E ela não estava tão sintomática ainda, né. Então ela foi operada na “...”, está razoavelmente bem, o prognóstico não é bom, né. Está fazendo radioterapia, ela ainda faz retorno aqui comigo, mas assim, é... Eu acho que o mais importante do que eu posso fazer aqui em termos de trabalho é um diagnóstico aproximado o mais correto possível. Porque é isso que orienta o resto. Então essa senhora, essa senhora precisava operar o tumor! (ri) Ela foi operar o tumor (fala rindo) e eu faço um atendimento de apoio aqui, né. Porque também é uma prática comum de outras especialidades não fazer nada disso. Acaba sendo um trabalho da Mental. Então, por exemplo, o cara que operou o tumor dela, ela nunca mais viu né. É, coisas assim. As pessoas perdem muito o referencial, né. Não foram orientadas exatamente a respeito do que é o tumor, quais são os riscos. Deram uma carta pra fazer radioterapia lá no “...”. Então, assim, alguns papéis que não eram necessariamente os meus, né. Eu acho que, assim, pessoalmente, que o neurocirurgião tinha que sentar com a pessoa, conversar, falar... “Olha, a senhora tem um tumor no cérebro e o prognóstico é tal, a senhora vai ter que fazer tal coisa pra ver se melhora pá, pá, pá. E isso não é feito. O que foi feito lá foi a cirurgia e pronto! Então acaba sendo um papel que as pessoas elegem muito o psiquiatra e o psicólogo pra fazer, né. E essa coisa do transtorno mental-orgânico que é assim, é uma área de, de, de interesse minha também, né. É uma área que sempre me

interessou. Então eu sou muito chato pra essas coisas, né. Então, por exemplo, eu já peguei paciente com quadro típico de doença afetiva bipolar mas que tinha sífilis. Tratou a sífilis e desapareceu a doença afetiva bipolar, essas coisas, né. Então essas coisas eu fui vendo na residência e isso foi me marcando, né, me chamando muito a atenção. Então assim, a princípio, fazer uma aproximação diagnóstica. Eu acho que isso é o mais importante. Pra todo paciente que vem aqui.

ENTREVISTADORA: Se a gente fizesse agora uma chave nisso, aproximação diagnóstica...

ENTREVISTADO: Hum, Hum...

ENTREVISTADORA: Eu também estou sendo chata, né,....

ENTREVISTADO: Não, não,...

ENTREVISTADORA: ... mas é que eu preciso entender melhor a que você está se referindo.

ENTREVISTADO: Primeiro, uma história bem feita, porque as pessoas chegam aqui com, com queixas às vezes muito desconexas, muito desligadas umas, umas das outras, sem conseguir associar as coisas: “Ah, eu sinto dor, nervoso, de vez em quando eu caio, num sei o quê, os outros me bate, num sei o que”. Assim, uma coisa muito confusa, geralmente né. O nível sócio-cultural aqui da região é muito baixo, né, com algumas exceções, mas, então assim, você precisa, primeiro, desbagunçar... ahm... o que a pessoa está falando. Então aí você tem que entrar perguntando. Aí você tem que ver a idade, sexo, doenças anteriores, doenças familiares, que tudo isso é importante. Como começou? Quando começou? De que jeito? Foi devagar? Foi de repente? Quais eram as características principais? A senhora, o senhor, a senhora nunca melhorou? Já melhorou? Ahm, também vem criança aqui, eu atendo criança. Isso, levantar tudo. Aí vê o que faz. Aqui é mais ou menos o que dá pra fazer se for medicamentosa, né. É isso, orientação, orientação, orientação. Você quer ver: veio uma moça com o avô. E ele não dorme mais e coisa e tal. Fica acordado de noite. Daí, ah! Quer remédio pra dormir, quer pra depressão. Aí eu fiquei sabendo que onde eles moram, é, tem um barzinho com música e coisa assim, batuque,

samba, a noite toda. E a janela do avô dá pra rua. Eu também não dormiria! Não vou dar remédio! Quem vai dormir com um barulho desse? Não adianta, não vou dar! Procura quem dê se quiser! Quer dizer, é, é, é muito óbvio, né.

(tempo)

É isso Gláucia, eu acho que é isso. Faço o que dá, né, assim, indico o que é possível, viável aqui, né. A gente sabe o que seria ideal indicar, tem noção do que deveria ser para o melhor para o paciente, o que é que eu devo levar em conta com o paciente, mas... Eu espero que eu tenha podido ajudar aí no, no seu trabalho.

ENTREVISTADORA: Eu agradeço a você pela sua colaboração e... Há mais alguma coisa que você gostaria de comentar relacionado ao assunto da entrevista ou...

ENTREVISTADO: Não... Eu acho que, que eu falei pelo menos o essencial. É isso. Achei muito bom, é, bom falar essa coisa de Instituição. Acho muito importante.

A entrevista foi, aqui, encerrada.

9.5.2. Entrevista Nº 2

ENTREVISTADORA: Então, B, é isso. Na Unidade Básica, que fatores você leva em conta para indicar um tratamento ?

ENTREVISTADA: Mas, hum, de tudo? Amplo, geral e irrestrito? (sorriso)

ENTREVISTADORA: Isso! Amplo, geral e irrestrito (sorriso).

ENTREVISTADA: Olha, basicamente eu vou indicar uma terapia medicamentosa, né. Eu estou lá fazendo uma avaliação do paciente e tal. Se eu for indicar um tratamento clínico mesmo, só medicamentoso, eu vou estar vendo a parte financeira, sem dúvida, né. Na maioria das vezes eu acabo optando por uma medicação que tenha ali no Centro de Saúde, que tem na farmácia, que possa ser fornecida, né. E por exemplo, se eu preciso usar uma medicação que não tem, né, antes de perguntar qualquer outra coisa eu já pergunto a parte econômica, como é que está de trabalho a família, como é que está de grana, né, pra eu pensar já se vai dar pra comprar ou se eu vou ter que me virar com o que tem lá mesmo, né. Então, acho que basicamente nessa parte, é isso. Ham...às vezes influí também um pouco... vou falar só da parte de medicação, depois eu vejo a parte de terapia, né. Às vezes, também, o que influencia muito é, é, é... como que eu percebo a pessoa ali. Se ela vai ter um nível de compreensão que ela vai, ahm, como é que eu vou falar?... Como é que ela vai se responsabilizar pelo tratamento dela. Se ela vai tomar direitinho aquela medicação, o quanto que aquela medicação é tóxica, né, que por exemplo, alguém que não tem a mínima percepção, o mínimo entendimento de que aquela medicação vai poder matar se ela exagerar, né. Então eu procuro perceber um pouco isso também, que acaba influenciando no, no tipo da medicação que eu, eu vou estar escolhendo, né. Hum, na parte aí de psicoterapia, o que, que influencia, influencia... eu acho que um pouco o nível de compreensão que a pessoa tem, que eu acho que é diferente ali do nível econômico, né. Que às vezes você pega pessoas, isso eu acho interessante, porque geralmente os grandes (ri) acho que os psicanalistas, o pessoal que está às vezes muito ali na Faculdade não pensa muito. Mas às vezes você acha uma pessoa com o nível econômico ali muito baixo, muito sem preparo nenhum, sem estudo nenhum, mas que ela entra numa psicoterapia...aproveita **muito**(ênfase), entendeu, que você pode oferecer pra ela, né. Então eu acho que você tem

que perceber muito o quanto essa pessoa pode estar aproveitando desde uma orientação até uma, uma psicoterapia ali só...individual, em grupo, né. Eu acho que isso é bem importante. Às vezes influencia, o que influencia, acaba... (engasgo)... influenciamento (engasgo)...influenciando bastante é a demanda que está tendo que às vezes você tem uma pessoa que pode ter um nível baixo mas ela aproveitaria uma terapia, tal, mas você não tem vaga, você não tem vaga de jeito nenhum. Você não tem onde pôr, nem que seja um grupo. Individual às vezes é muito difícil mesmo, né. Então eu acho que a demanda...

ENTREVISTADORA: Você até gostaria, mas...

ENTREVISTADA:... não tem como, né. Às vezes você até faz um atendimento ali quinzenal, mas que não dá para caracterizar como uma terapia. Você dá um suporte orientativo pra pessoa, você escuta um pouco a pessoa, né, dá uma orientação, mas você não caracteriza como uma terapia mesmo, né. Não sei não, mas, acho que o que acaba influenciando mais é isso, né. Não sei se estou respondendo...

ENTREVISTADORA: (Sinalizo que sim com a cabeça e sorriso). Você falou que costuma prescrever medicação ou psicoterapia, e você também associa os dois?

ENTREVISTADA: Associo, né. Tem casos que, que, na verdade, eu muito particularmente, eu acredito que tem que ser os dois, no mínimo (ri), né! Eu só, por exemplo, eu só acabo deixando um paciente só com medicamento se ele é muito resistente a qualquer tipo de abordagem, entendeu, porque eu faço, eu atendo pacientes psicóticos, neuróticos, pacientes, familiares, adolescentes. Eu atendo quase tudo lá, né. E, por exemplo, grupos de pacientes psicóticos: eu tenho grupos assim que eu faço junto com a psicóloga ou com a T.O., né, que a gente dá assim uma, é uma psicoterapia, ali, no que eles, pra pacientes psicóticos comprometidos. Então na medida do possível que eles podem aproveitar, a gente tenta dar uma abordagem, e no final do grupo eu faço a medicação deles, né. Faço grupos assim de adolescentes que eu não medico, que eu só entro como, faço sozinha como terapeuta mesmo, né. Faço grupos de familiares de pacientes que estão em atendimento, que também não medico ninguém, que eu só oriento. Tenho grupos, assim, de pacientes neuróticos que eu faço a parte, assim, de psicoterapia, depois eu medico, né. Tem pacientes que eu só medico em consultas mensais e que eles têm grupos com a T.O. ou com a psicóloga. Entendeu? Então tem de tudo, né (ri).

ENTREVISTADORA: Tem grupo com a T. O. e com a psicóloga que você encaminhou?

ENTREVISTADO: Que eu encaminhei, que eu, ou vice-versa. Às vezes é um paciente que elas estão atendendo e que elas percebem que em determinado momento eles estão precisando, pelo menos, uma avaliação minha, né, pra medicar. Às vezes eu acho que tem que medicar, às vezes não.

ENTREVISTADORA: Por exemplo, neste grupo de adolescentes, que você falou que em grupos de adolescentes que você só trabalha mais com psicoterapia...

ENTREVISTADA: Hum! Hum!

ENTREVISTADORA:...como é que você chega à determinação desse tratamento?

ENTREVISTADA: Hum! Hum! Humm, como assim? Que eu percebo que eles vão se dar bem?

ENTREVISTADORA: Você resolve atender só em psicoterapia, não vai medicar,...

ENTREVISTADO: Não vou...olha, esses pacientes é que eu percebo assim que a, que a problemática está mais ali no conflito, geralmente um conflito pela própria adolescência mesmo que daí já vai contaminando a família, né, geralmente. Por exemplo, o adolescente que está nesse grupo, ele, o familiar está tendo no mínimo uma orientação, ou está num grupo de familiares, por que o conflito está muito junto ali, não é. Por exemplo, não é um adolescente que está só ali pra da... está deprimido precisando de uma medicação. Ele está com conflito ali que está permitindo ele interagir num grupo de psicoterapia e... está contam... a família está muito contaminada, né. Às vezes eu acredito muito que quando o adolescente está com sintoma, seja grave, médio, leve, a família está muito comprometida também, né. Então a gente tenta estar abordando essa família também. Crianças eu não atendo. Tem algumas famílias que eu oriento quando a psicóloga ou a T. O estão atendendo a criança... eu, eu que acabo fazendo a orientação, né. A gente tenta dar uma divisão, né,

mas a gente tenta dar uma orientação geral. Mas assim, a gente tenta achar basicamente o conflito, né, porque, principalmente adolescente, criança, porque é que eles estão indo procurar, né? Acontece muito da mãe estar levando o adolescente, o adolescente nem quer estar indo lá.

ENTREVISTADORA: Aí, qual que é o seu procedimento?

ENTREVISTADO: Eu tento assim, geralmente eu tento... eu atendo eles juntos, né, quando a mãe chega com a criança... com o adolescente, quero dizer. E, e, e, e faço um atendimento até os dois, na mesma sala, pra ver o que a mãe esta querendo, né, está trazendo. Daí eu pergunto se o adolescente topa ficar ali um pouco comigo pra estar conversando e proponho até um atendimento individual pra ele falando que a família vai ter um atendimento também, né, até pra estar percebendo... Porque no começo, assim, de cara, até você... às vezes fica difícil você perceber detalhes do que esta acontecendo, do que esta levando eles pra um atendimento, né.

ENTREVISTADORA: E até assim... para então decidir o tipo de tratamento?

ENTREVISTADA: Isso! Até pra decidir.

ENTREVISTADORA: E que fatores você vai levar em conta?

ENTREVISTADA: É, eu tento, quando é adolescente, é uma avaliação... geralmente eu faço alguns atendimentos antes de decidir o quê vai ser melhor, o tratamento. Mas a maioria, o que a gente percebe, são casos assim que não precisam de medicação, né. Lógico, também tem casos que precisam, né, infelizmente a maior... O que aparece muito ultimamente é o uso de droga, né. Então daí, por mais que você tenha um aporte, uma psicoterapia, você tem que entrar com uma medicação, né, porque ultimamente ninguém está usando maconha, o pessoal já chega usando crack. E casos, a gente tem casos bem graves assim. Às vezes adolescente, 11 anos. Às vezes... já apareceu criança com o uso de crack. Então, aparece de tudo, né.

(tempo)

ENTREVISTADORA: E basicamente... eu tenho aqui um roteirinho... (o papel havia caído).

Entrevistado: É... é até bom você ir me perguntando, que às vezes é, é difícil .

Entrevistadora: Basicamente você falou então em medicação, em psicoterapia, e internação? Você também...

ENTREVISTADO: Chego a internar, né.

ENTREVISTADORA: E que fatores a levam a internar o paciente?

ENTREVISTADO: De internar, né? O que leva pra chegar, né, numa internação, né? Olha... é muito difícil de eu internar. Eu sou assim meio (riso)... hammm. Eu interno quando o paciente está em risco de vida. Pelo quadro que ele está apresentando ele tem risco, assim, dele se matar, dele se machucar, dele machucar a família, tem um... interno muito pouco, né. O que eu, os pacientes que eu acabo internando...eu faço um grupo lá, tenho um grupo de alcoolistas, pacientes alcoolistas e são eles que eu acabo internando né, às vezes, assim, por ver que não está dando mesmo, né. Eu geralmente insisto um bom tempo pra tentar com um suporte de terapia aí, de medicação, eles ficarem abstinentes, né, mas sem internar, sem precisar internar. Mas quando eles não conseguem mesmo depois, assim, de um ou dois meses tentando é que eu acabo internando. Ou se a família vem pedindo e, e... mesmo assim eu avalio, tento conhecer um pouco a família pra ver se há uma necessidade real mesmo, né. E pacientes, nesse grupo às vezes tem alguns pacientes que usam drogas também, né, e quando a pessoa está usando demais mesmo, está entrando em quadros de confusão mental até, quadros psicóticos, daí eu acabo internando, né. Ou pacientes que estão assim, sem ser usuários de álcool ou droga ou estão em franco surto psicótico, né, que a família não consegue segurar com a medicação em casa, que o paciente está muito agitado, né. Às vezes pacientes com casos graves de oligofrenia já adultos, né, que a família não está dando conta, não está. Mas antes de chegar na internação eu tento ver a problemática da família, tento orientar, tento tentar fazer essa família... ficar com o paciente, medicar em casa, né. Fazer a família entender um pouco o quê que está acontecendo, né. Eu sou meio...(riso), eu trabalhei no CAPS "...", não sei se você conhece,

que é uma Unidade que a gente tenta fazer uma internação aberta, né, que o paciente passa o dia inteiro lá, né. Tem atividades, tem grupos de T. O, tem atividades lá de jogo, de desenho e de (tosse, engasgo)... psicoterapia. O paciente é medicado lá e a gente tenta não internar, não fazer internação fechada, né.

ENTREVISTADOR: Dar conta lá?

ENTREVISTADO: É, dar conta lá mesmo. É uma internação aberta, né, que a gente fala.

ENTREVISTADORA: Quando você falou assim “eu sou meio” e não terminou, você está falando de...

ENTREVISTADO:... De internação?...

ENTREVISTADORA:... dessa investigação toda que você faz...

ENTREVISTADO: Eu, eu acho que eu sou mesmo assim, eu sou de esmiuçar mesmo, sabe, de ir atrás de... eu sou meio insistente, assim, com o paciente. Eu quero... quando eu estou atendendo um paciente, eu quero conhecer ele, eu quero conhecer a problemática (fala rindo)... familiar, eu... muito dificilmente eu interno um paciente que eu acabei de atender uma vez só. Eu posso mandar ele voltar amanhã (ri), dar uma medicação, volta amanhã, entendeu (riso). Eu acho que eu sou (riso) meio duro na queda, assim, pra, pra internar. Eu sou meio contra a internação psiquiátrica mesmo, né. Eu acho que não é por aí.

ENTREVISTADORA: Me fale um pouco mais sobre isso.

ENTREVISTADO: (Riso) Eu acho que você tem que, que tentar entender mesmo em que situação familiar esse paciente está vivendo, né. O que está acontecendo que está levando essa família, né!? ...primeiro ter uma pessoa tão doente, né? E segundo, estar querendo se livrar um pouco dessa pessoa, estar querendo internar, ficar longe, né. Então eu procuro esmiuçar mesmo, procurar entender o quê está acontecendo, tento medicar pra... Instruo a família como é que vai estar reagindo à medicação, pra segurar mesmo em casa, pra pess... pra família poder estar lidando melhor com essa família, né, pra

essa pessoa que está doente poder... ter uma socialização na família na... viver em sociedade, né, na situação que ele está, seja um quadro psicótico, seja um usuário de álcool, seja um adolescente com problema na escola, né. Eu, eu acho que você tem que procurar, você tem que manter essa socialização da pessoa, né. Seja na, no mínimo na família, né, que daí ele vai ter um mínimo de, de uma vida produtiva, com todas as dificuldades, né, mas você vai resgatar o mínimo aí. Eu sou meio... essa é a minha visão. Eu não acho que a pessoa, que o doente mental tem... não tem recuperação nenhuma, mesmo que seja um esquizofrênico. Eu acho que ele, por exemplo, um esquizofrênico gravíssimo, acho que ele vai poder ficar controlado com a medicação, né. Ele vai perder muuuito, né. Acho que ele vai perder habilidades, ele vai perder afetividade, mas mesmo assim eu acho que ele pode ter um convívio com a família e você vai poder manter no basal dele um mínimo de bom pra ele conviver, pra ele ter uma, uma tarefa nessa família, seja fazer uma limpeza, seja conviver com essa família, né. Eu acho que você pode resgatar o mínimo dessas pessoas. Por isso que eu acho, eu acho assim...o Hospital Psiquiátrico...você está perdendo muito, né. Você está tirando a pessoa desse convívio, desse dia a dia aí que eu acho que é muito importante, né. É isso, né.

ENTREVISTADORA: E além dessas indicações que você citou, tem alguma outra, algum outro tipo de tratamento que você não tenha falado e que você indica? Você falou da medicação sozinha, medicação com psicoterapia,...

ENTREVISTADO: Hum, hum!

ENTREVISTADORA:...só psicoterapia. E Grupo de Orientação, que você falou, como que seria isso?

ENTREVISTADO: É, a gente acaba falando Grupo de Orientação porque, porque, como a gente atende muita gente, né, uma demanda muito grande mesmo, às vezes tem grupos lá que a gente faz quinzenal, né. Então é assim, é, são grupos que na verdade o terapeuta aí, entre aspas, né (riso), ele vai ter um papel muito mais ativo, você não vai deixar, é, você vai... vamos falar... você não vai se manter numa posição às vezes tão passiva quanto a de um psicoterapeuta mesmo. Você vai às vezes orientar mais, né, você vai falar, ahm, muito mais vezes. Eu faço esses grupos com pacientes que eu medico

também, né. Então eles trazem a problemática, eles trazem conflitos, né. Não é que eles vão falar só do sintoma e da medicação. Eles trazem... eles vêm inteiro pra esse grupo. Mas às vezes eu vou ser muito mais ativa, eu vou estar orientando... “será que você não pode... você não está muito irritado... você não está brigando muito com a família... será que você está tomando o remédio direito, né?” E são grupos geralmente quinzenais. Tem grupos de Orientação de Famílias mesmo que a gente, ham... acaba mesmo, às vezes, dando uma (engasgo) ...tentando dar uma orienta... uma receita de bolo, como é que essa família pode conviver melhor com o doente mental, com o paciente alcoolista, né.

ENTREVISTADORA: E o que é que você leva em conta pra dar essa receita de bolo?

ENTREVISTADO: Como assim?

ENTREVISTADORA: Dar essa orientação meio dirigida?

ENTREVISTADO: É, é meio dirigido mesmo. Eu acho que do espaço, da demanda que é muito grande, entendeu? Que o ideal pra mim, por exemplo, seria se todos esses pacientes, essas famílias, podiam ter uma psicoterapia semanal, com mais de uma sessão, entendeu. Isso realmente é o ideal... mas não tem como, porque é uma demanda muito grande.

ENTREVISTADORA: Embora você tenha os atendimentos psicoterapeuticos semanais?

ENTREVISTADO: Tenho. Mas assim, por exemplo, agora eu só estou, eu tenho só o grupo de alcoolistas, meu, que é semanal, por causa da própria patologia, que não tem como você ter... um grupo de alcoolistas semanal... você não vai ter efeito nenhum, né, e, e, o de adolescentes que eu atendo.

ENTREVISTADORA: E individual?

ENTREVISTADO: Não atendo em psicoterapia, pela minha... como eu medico, né, como eu tenho que estar medicando, eu tenho assim **muitos**(ênfase) pacientes (ri). Então não tenho como ter um horário individual para psicoterapia. A psicóloga e a T.O. tem horários, né, individuais, semanais, mas eu não consigo ter porque é uma demanda muito grande. Muito, muito, muito...

ENTREVISTADORA: Então é aí que você monta os outros grupos...

ENTREVISTADO: Isso, de orientação.

ENTREVISTADORA: Então, digamos assim, acaba sendo em função de fatores institucionais...

ENTREVISTADO: Isso...

ENTREVISTADORA:...que te levam a montar...

ENTREVISTADO:...que te levam ... Isso! Porque no trabalho de Centro de Saúde você, na verdade... assim... é, é, você está, é, não tem com...a demanda é muito grande e é muito difícil de você barrar essa demanda, você me entende? Porque vai chegando, vai chegando, vai chegando, vai chegando, a gente até tenta. Por exemplo: a gente faz um serviço lá que a gente chama de pronto atendimento, que a T.O. e a psicóloga que fazem mesmo... hum!(tosse). É assim: o... a pessoa chega procurando um psi ... um psiquiatra, um psicólogo, falando que está nervoso, um serviço de saúde mental. Então ela vai ter um atendimento... por dia, a gente coloca três vagas desse pronto atendimento. Ela vai ter um atendimento ali que a pessoa, ou a psicóloga ou a T. O, vão atendê-la querendo saber o que ela quer, o que ela está procurando, né. E daí ela vai tentar encaixar no atendimento comigo ou no atendimento com elas ou num grupo que já está existindo, né. Só que o quê... nós chegamos num ponto que está tudo lotado, a gente não tem vaga pra nada, né. Então nós estamos assim só... às vezes orientando a pessoa... em outro lugar que ela possa procurar esse atendimento que ela precisa, entendeu. A gente está tentando fi...fi (engasgo)...a demanda não deixa de chegar, a gente está tentando filtrar né, afunilar essa demanda porque é muito grande mesmo, não tem como a gente... todo mundo que bate lá não está tendo nem pra ter uma consulta às vezes comigo, porque a minha agenda é pra mais de um mês, né, pra ter vaga. É muita, é muita coisa sabe, é muito...(tempo)

ENTREVISTADORA: Aí então você encaminha...

ENTREVISTADO: Acaba sendo encaminhado pra "...". né, porque a região ali onde eu trabalho é a "...". que responde como Pronto-Socorro pra saúde mental. É a região "...". Eu trabalho ali na região dos "...", né. O Centro de Saúde que eu trabalho é "...". É bem no meio ali. Então ali é muito, é muita coisa, né, pelo número de profissionais, de

equipes de saúde mental, a demanda é muito grande, não dá pra gente, pra gente estar atendendo, né.

(silêncio, fica me olhando, sorrimos).

ENTREVISTADO: (com voz cansada) É que é tanta coisa que... não sei se eu estou fugindo, também, se era isso mesmo que você queria...

ENTREVISTADORA: Está ótimo.(riso)

ENTREVISTADO: Eu já estou (risada)...estou falando demais...

ENTREVISTADORA: Não, você está ótima! Está ensaiadinha! (rimos) Agora, você citou fatores...bom... eu acho que poderíamos explorar mais que... você falou de fatores do paciente...

ENTREVISTADO: Hum...

ENTREVISTADORA:... o que você vai investigar, vai fuçar; citou fatores institucionais...

ENTREVISTADO: Hum...

ENTREVISTADORA: Existiriam outros, que na hora de você indicar, se resolver por um tratamento eles vão estar pesando mais?

ENTREVISTADO: Olha, só se for, por exemplo, às vezes tem falta de medicação, de determinada medicação na Unidade, né. E que não é nem tanto um problema da Unidade. Vem de fatores institucionais mas vem da prefeitura que não mandou verba, da farmacêutica que não, não compra o remédio certo que... entendeu? Ham... e de espaço, né. A gente tem um problema muito grave de espaço na Unidade. Porque o que a gente têm são salas, consultórios comuns de atendimento médico, né, e que a gente acaba fazendo grupos com cinco, seis pessoas no máximo de pacientes porque não, não cabe né. Às vezes a gente podia até ter um grupo ali de sete, oito pessoas, mas não, não tem como, né. É uma sala comum que a gente afasta os móveis e põe as cadeirinhas ali, né, e... não tem uma outra sala, não tem uma sala mais ampla, uma sala de grupo, né. E isso é um fator que eu acho

que acaba influenciando, né, assim... acho que... às vezes, isso a gente conversa muito lá na equipe, que a gente poderia ter outros grupos, grupos maiores que acaba não tendo, né. Eu acho que é um fator porque, né, poderia ter... ter mais pessoas ali em grupo, em psicoterapia, que a gente acaba não tendo, né. Tem determinados períodos que, por exemplo, não tem sala disponível pra eu estar fazendo atendimento por, por outros profissionais estarem atendendo. A gente reveza as salas, né. Então acho que isso é um fator bem ali localizado, na, na Unidade. Mas eu acho que não teriam outros não, basicamente é isso. É... um fator também que tem, que é institucional também é, por exemplo, a gente só atende pessoas daquela região, entendeu. Não tem como uma pessoa vir de outra região da cidade querer ser atendido. Isso o próprio Centro de Saúde já não aceita, né. Tem que ser... é tudo regionalizado. Isso é uma coisa ampla, né. Isso daí, não sei se...se você vai estar considerando.

ENTREVISTADORA: Hum, hum.

(tempo)

ENTREVISTADORA: E teria mais, dentro desse assunto, mais alguma coisa que você gostaria de estar colocando?

ENTREVISTADO: Acho que não. Acho que eu falei, é... basicamente é isso mesmo, né. Acho que eu fui puxando umas coisas aí, né, mas... é bem essa visão mesmo que eu tenho, viu, de estar trabalhando o com doente mental, né. E essas dificuldades... acho que é isso, acho que não teria nada mais.

ENTREVISTADORA: Você está na U. B. há quanto tempo?

Entrevistado: Eu comecei lá em "...". Eu fiz "... e meio. Eu comecei a trabalhar eu nem morava ainda em Campinas. Eu estava em... terminando a residência. Daí eu passei no Concurso aqui, fiz um Concurso em "... achando que iam me chamar só o ano que vem, né. Daí me chamaram em "... já. E pra eu não perder a vaga, eu estava querendo vir pra cá, eu acabei assumindo, né. Eu, na época, eu estava fazendo um estágio em "..., como parte da minha residência..., né. Então eu viajava, eu dormia aqui, trabalhava aqui à tarde e viajava pra "... de manhã. Daí eu acabei, ainda voltei um tem... fiquei um mês em mas

daí eu vinha, eu trabalhava aqui sábado, sexta e sábado. E daí, quando eu terminei tudo lá, eu já vim e comecei em "...", em... eu já estava trabalhando só aqui. Daí fiquei trabalhando. Porque eu trabalhei no início só no Centro de Saúde, né. Daí, o ano passado, eu trabalhei no CAPS, também. Daí faz vinte dias que eu saí. No CAPS é um pouco diferente, né, o trabalho lá. Mas eu acabei saindo de lá porque estava... o CAPS esta numa crise lá, está meio desorganizado, sabe, está faltando muito profissional, então estava muito pesado o trabalho.

ENTREVISTADORA: É diferente como?

ENTREVISTADO: É diferente porque tem esta característica que os pacientes ficam lá, né, eles passam o dia lá. Então eles tomam banho, eles almoçam... o paciente fica lá o dia inteiro, né. É uma internação-dia, então, é, é, é um trabalho mais difícil assim, né, demanda muito mais da equipe e, e, eu fazia só, eu ficava só quinze horas lá, né. Então eu acabava tendo um trabalho muito mais pontual, assim... eu atendia os pacientes em grupos, né, e alguns individual, né. Lá eu acabava não fazendo nada só como psicoterapeuta, né. Eu só... era um trabalho bem clínico mesmo, porque ...o tempo que eu ficava lá mal dava tempo de eu medicar todo mundo que eu tinha que medicar, né. Então,...

E, é isso. Acho que não tem mais nada pra falar.

ENTREVISTADORA: O.K.

FIM DA ENTREVISTA.

9.5.3. Entrevista Nº 3

ENTREVISTADO: Ele tem dois lados, né? (referindo-se ao microfone)

ENTREVISTADORA: Posso te ajudar? (a colocar o microfone)

ENTREVISTADO: Tem dois lados, certo?

ENTREVISTADORA: E se você colocá-lo aqui? (no colarinho)

ENTREVISTADO: Caiu...

ENTREVISTADORA: Caiu? É bem mais fácil com repórter, né? (rimos)

ENTREVISTADO: Mas ele não tem o microfone nele mesmo? (apontando o gravador)

ENTREVISTADORA: Ele tem esse microfonezinho aí (sorrisos). Mas, basicamente é isso. Nos seus atendimentos nas Unidades o que acaba influenciando pra você se decidir por qual tratamento destinar para aquele paciente?

ENTREVISTADO: (suspiro). Bom, ahm... eu, eu como eu te falei, eu estou lá desde fim de "...", né. Eu comecei tem um pouco mais de "...” meses. E muitos ali, a maior parte, quase todos, já vinham vindo... em tratamento lá. E, e, e, o...em geral, eu mantenho a mesma medicação porque eles estão se dando bem, a maior parte se dá bem com aquela medicação que já vinha tomando. E, às vezes, faço alguma modificação, vou tentando alguma modificação, acrescentando um... tranquilizante quando está só tomando um antidepressivo, por exemplo. É isso que eu tenho feito, basicamente, né. Agora, os casos novos são mais, é, é, menor número que estão, aparece em menor número, atualmente. É, eu sei que, é, no caso novo, é, tem uma parte que é a primeira vez, né, nunca fez tratamento em psiquiatria, em Saúde Mental. Daí eu tento começar com me... com uma... em geral, é claro, eu vou passar uma medicação. Isso em geral acontece, né? E nesse caso, quando não, nunca usou nenhum medicamento psiquiátrico, eu começo com um tratamento mais leve, mais suave. Com medicação mais suave.

ENTREVISTADORA: Você sempre vai lançar mão de medicação, ou, em geral, você falou?

ENTREVISTADO: É, em geral, sim.

ENTREVISTADORA: Em geral.

ENTREVISTADO: Porque quando também, quando encaminha para o psiquiatra é porque já é pra, mais ou menos, é como se já... mostrasse isso, né? Porque tem a... parte... tem o Serviço de Psicologia lá. E os clínicos encaminham pra Psicologia quando percebem que não há necessidade de uma medicação. Quando vai parar com o psiquiatra é porque, provavelmente, vai ter que entrar mesmo com a medicação. Eu só lembro de um caso que eu atendi que a pessoa não queria medicação nenhuma, né. Conversamos, tudo, e eu encaminhei pra Psicologia. Só lembro dum caso. Os outros casos as pessoas querem a medicação mesmo, quer dizer, sentem a necessidade de uma medicação. E...

ENTREVISTADORA: Elas chegam a pedir?

ENTREVISTADO: É... não, não, é... bom! Pode não pedir assim, diretamente, né,

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ... mas demonstra a necessidade. Porque não dorme à noite, porque está... em geral é depressão, né. Tem crise de choro e estão ne... estão percebendo que precisam de uma, de um medicamento. É há também uma parte que, há pessoas que ficam preocupadas com o remédio, daí fazem umas perguntas: "Mas será que eu não vou ficar dependente?" etc, etc. E daí eu mostro: - "Ó, ou fica... desse jeito, sem o remédio, não dormindo, né, chorando, com angústia, ou, usa o remédio e... usa o tranqüilizante pra melhorar essa parte e... suporta." O remédio é... eu tento mostrar que o remédio não vai curar, não, não... não é pra curar mas é pra amenizar, pra suavizar, pra que pelo menos supere aquela fase. Ajude a superar aquela fase difícil. Porque também há essa, essa idéia deles, né, de que o remédio possa curar. Acha que o remédio vai curar, daí pergunta: - "Quando que eu vou ficar boa, com..." O paci... a paciente em geral, porque geralmente é paciente mulher, né.

ENTREVISTADORA: Geralmente é mulher?

ENTREVISTADO: Geralmente é mulher. Mui...maior parte é mulher. Me pergunta:- “Quando que eu vou ficar boa? Quando que eu vou sarar? Eu estou tomando, não saro”. Daí eu explico: “Não, esse... o remédio não cura, não é pra curar, é pra ajudar”. É... talvez falte esse esclarecimento a respeito de... da ação do medicamento mesmo (tosse), do que vem a ser o remédio. É... porque, o que que a Medicina cura, né? Assim, em geral, o que que ela cura? Porque curar seria resolver definitivamente aquele problema. E a pe...a pessoa sem medicamento nenhum, o seu organismo mesmo, é... resolver o problema e pronto. É, quer dizer, toma o remédio e o organismo já resolve o problema e... acabou. E não precisa mais de tomar remédio o resto da vida, vamos supor, ou durante um bom tempo, né. Mas isso não tem, não existe assim, é muito difícil na Medicina um caso assim, né. Fica mais com... um tipo de doenças infecto-contagiosas, ou, onde usa antibiótico. Meningite, por exemplo, curou pronto, num vai ter uma meningite como aquela que teve. Pode ter uma outra, quer dizer, desencadeada por outro motivo, né. Mas, isso na, na Psiquiatria não, não existe, assim, né. É difícil, não... é difícil. O que, o que pode acontecer quando resolve, quando o problema é resolvido, o que acontece é o organismo mesmo que... resolveu, que caminhou pra cura e resolveu. Que tem psicose, por exemplo, que regride, que se resolve espontaneamente, né. Não é o remédio, pronto! Eu tento mostrar isso também pra essas pessoas. Porque há uma preocupação, assim, é, por exemplo, tem gente que está tomando Fluoxetina, né, que seria o... do Prozac, né, a, a...substância do Prozac. Mas o Prozac, né, muito caro. Então toma Fluoxetina, mas está tomando já há alguns meses e pergunta:- “Até quando que eu vou ficar tomando essa fluoxetina?”

ENTREVISTADORA: E essa Fluoxetina foi prescrita por você?

ENTREVISTADO: É, eu, sim... mas... e, e... esse paciente já vinha tomando há um tempo, né, como eu te falei, eu já, eu comecei a atender... porque ali o que aconteceu foi o seguinte:- houve uma demissão, né, a Prefeitura, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Demitiu os médicos contratados e os, os que, os concursados assumiram, né. Então quando eu cheguei, aqueles pacientes já estavam todos em atendimento psiquiátrico, né, e a maioria, a grande maioria já com a sua medicação já lá, já com a prescrição, com a... com a Fluoxetina, por exemplo.

ENTREVISTADORA: E você concordou com essa medicação e manteve.

ENTREVISTADO: Concordei, é. Foi porque eu vi, né, o passado do...é... muitas vezes são pessoas que já, que já tinham tomado outros, né... himipramina, que é o tofranil. Já tinham tomado outros antidepressivos e não resolviam, né. Daí, com a Fluoxetina resolveu. Tem muitos casos assim. Com Fluoxetina resolve! Só que a preocupação da... do paciente é até quando tomar. “Até quando que eu vou tomar esse...?” É uma das preocupações, né. E algumas pessoas acabam deixando, mas daí percebem que não dá. Ficam uns quinze dias sem tomar mas aí volta tudo. Volta a sentir tudo. Aí procura novamente, quer tomar, percebe que tem que tomar novamente o remédio, e assim vai. Então, é, e, e... essa seria uma das... a indicação, aí, medicamentosa, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Agora, eu percebo também, que o que precisaria é...Terapia Ocupacional pra... certos casos, né, principalmente psicóticos. Mas não tem aonde, não tem Terapia Ocupacional lá e não tem, e não tem um local pra encaminhar. Que eu perguntei:- “Aonde que eu posso encaminhar?” Não tem! Porque os psicóticos, esses psicóticos ficam em casa a maior parte do tempo. Tomam o medicamento e não fazem nada, né. Ficam lá parados, em casa, ou assiste televisão, ou fica fumando cigarro lá, fica fumando muito, fica sem fazer nada e no fim não, não sai daquele que... quer dizer, o quadro não modifica, né, fica constante. E eu percebo que se tivesse uma Terapia Ocupacional, por exemplo, pelo menos estimularia alguma coisa nele, alguma iniciativa, seria útil pra eles... mas não tem esse Serviço lá. E também lá não tem Assistente Social, o que...também então dificulta essa comunicação. Por exemplo, no meu caso, eu já... (longo inspiração e expiração) é, é, é... várias vezes eu, eu pensei em entrar em contato com familiares e não con...não dá pra...

sem Assistente Social como é que eu vou fazer? Porque você não localiza a família. Tem um paciente, por exemplo, que eu gostaria de conversar mas é com a ex-mulher, por exemplo. Ele não me fala onde está a ex-mulher, onde ela mora, ele não quer.

ENTREVISTADORA: E você não tem como obter esse dado?

ENTREVISTADO: É, é difícil, né, não consigo. E também fica difícil de, isso fica difícil de partir do psiquiatra, assim, sabe, com... diretamente com o paciente. Por causa do vínculo, né, que daí ele vai ficar perguntando: “Mas que que você está querendo? Que... mas, não sei quê, eu estou aqui, eu falo”, né. Agora, com a Assistente Social é diferente, né. Como se fosse uma maneira indireta de conseguir informações da família. Porque ela procu... ela vai procurar através do telef... ela vai usar o telefone, ela vai ter um contato com a... ela pod... quer dizer, isso normalmente faria parte do trabalho dela, né. Esse contato com os familiares, por exemplo. E é importante pra determinados casos e lá não tem Assistente Social. Então já... é, eu fico sem informações que seria assim da anamnese objetiva, né. É, por exemplo, também atendi menor de idade, uma paciente menor de idade e é claro que na hora de passar o medicamento eu fiquei com receio de entregar a receita. Porque é menor, não é. Você não sabe, menor com depressão e tal, né. Quer dizer, de repente, uma, uma paciente menor de idade pega lá na farmácia tranquilizante, vamos supor. Que que ela vai fazer com aqueles tranquilizantes? Que ela pode fazer do... que... o que será? Ela... será que ela está em condições de transportar aqueles medicamentos? Então precisaria de um adulto ali, um...ou da família dela, ou um outro adulto com o qual ela mantém, é... tivesse contato, tudo. Mas no caso ela foi sozinha, né. No fim eu se... eu não, não dei a receita, né. Eu... pedi o, pedi pra el... que ela me... é... perguntei da família, ela não tinha pai, não tinha mãe, mas tinha a madrinha, não sei o quê. Daí eu fui pedir que a madrinha viesse e ela mesma que providenciou. Mas no caso seria a Assistente Social, né, que teria que ver tudo isso.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então essa, há essa dificuldade. Porque depois eu fiquei pensando:- “E se de repente aparecer uma outra menor aqui, sem família”? Como que eu vou fazer? Se eu tiver que passar o medicamento, será que é correto entregar na mão de uma menor, de um paciente que é menor de idade”?

ENTREVISTADORA: Foi um caso então?

ENTREVISTADO: Foi um caso, sim. É... foi uma caso pelo seguinte, é, foi assim porque... lá é mais adultos, né. Principalmente adultos, ou, a maior, grande parte é adulto. Porque menor, tem um Serviço que é especializado em atender menores, né, crianças e... menores. Tem pra criança... criança é o CEVI, né. Não sei se você sabe.

ENTREVISTADORA: Hum.

ENTREVISTADO: E o ... e... em adolescentes é o CRIADE. Então eu encaminho se aparece, se aparecer eu encaminho pro CRIADE. É,é,é... a não ser, claro, outros casos aí que tenha alguma... quer dizer, eu tenho essa opção, entendeu?

ENTREVISTADORA: De encaminhar o adolescente?

ENTREVISTADO: Eu tenho essa opção de encaminhar o adolescente para o serviço especializado no tratamento de adolescentes.

ENTREVISTADORA: E aí você encaminha do jeito que chegou até você ou você encaminha ...

ENTREVISTADO: É, isso depen... depende, né. Mas isso foi, isso foi raro lá. Não, não... eu lembro, é, eu atendi, eu lembro que eu atendi uma paciente também mas não era menor não. É, nem, nem precisei passar nenhuma medicação, já encaminhei pra... é droga, né, uso de droga. Daí tem o Serviço especializado nesse tratamento de pacientes que estejam fazendo uso de droga ou bebida al...e bebida alcoólica. Quer dizer, tem o CRIADE, tem o CEVI, e tem o... tem um outro local....é o (sssss)

ENTREVISTADORA: Era adulto?

ENTREVISTADO: O CRIADE... é que eu não estou... O CEVI é no Cambuí, atende crianças, né. O CRIADE são adolescentes e... mas também adultos... Talvez seja o CRIADE mesmo. É que mudou de endereço.

ENTREVISTADORA: Mas era adulto que você...

ENTREVISTADO: Bom, se chega lá no local adultos ou adolescentes que... são alcoólatras ou que fazem uso de drogas, eu tenho um local pra encaminhar, especializado. Claro, e desde que eles estejam em determinadas condições, né. Condições, assim, pra tratamento ambulatorial. Se não tiver, eu tenho...eu encaminho pra internação em Hospital Psiquiátrico, ou... inicia um tratamen... algum, algum tratamento ali mesmo no local, né, e depois eu encaminho.

ENTREVISTADORA: E essas condições ...

ENTREVISTADO: Porque pelo que eles me disseram lá, eles não recebem paciente assim... muito assim... ahm... em fase aguda, vamos dizer, ou agitado, né. Tem que estar mais ou menos... apesar de estar fazendo uso da bebida e da, da droga, tem que estar mais ou menos dentro dum certo equilíbrio. É, não vai chegar, não vai lá pra... ser medicado lá, vamos dizer...de urgência ou qualquer coisa assim, ou... né. Foi isso que eu entendi, né. É... por... porque, por exemplo lá, neste local onde eu estou, às vezes chega... o paciente está embriagado, está sob efeito mesmo da... bebida. Quer dizer, não dá nem pra conversar com ele e tal. Então esse caso não... nem adianta encaminhar pra esse Serviço. Ou encaminho pra in...em geral, encaminho pra internação, ou posso encaminhar pra Pronto-Socorro Psiquiátrico. Mas muitas vezes eles querem internação, né.

ENTREVISTADORA: O paciente quer internação?

ENTREVISTADO: O paci...é, quando ele vai lá ele quer internação. Quando ele vai assim é porque ele está querendo internação em Hospital Psiquiátrico.

ENTREVISTADORA: E ele pede, ele solicita?

ENTREVISTADO: Ele solicita. Ele solicita...ham...quer dizer, é, é, é, ... tem alguns casos, assim, né, de...que não adianta. Eles...eles vão, eles são internados em hospital psiquiátrico, melhoram, ficam bem, daí recebem alta e eles voltam...ao uso da bebida e ficam uns dias bebendo, bebendo, até que procuram novamente internação. Então é isso. E eles não querem a "...", não querem o Pronto-Socorro. Porque Pronto-Socorro atende... é, é, é... rapidamente, soroterapia e tal, um, dois dias, não sei... três dias... daí, tchau! Alta! Né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Já resolve o problema e alta. E eles querem é ficar um tempo, um... isso o que eu sinto, né. Que eu percebo é isso. Que eles querem passar uma... temporada no... dentro do hospital. Mas isso vem há muito tempo, né, vem há muitos anos, é, assim, e, e ficou aí uma parte de... tem um certo número de pacientes assim, que, que segue esse sistema ainda. Aqui mesmo a gente percebe, né, aqui no "...". Você vê que tem pacientes que são sempre os mesmos, né, que sai e volta, sai e volta. Então melho... parece que vai melhorar mas depois... descamba de novo, né, volta de novo. (tempo) É isso... bom... ag... agora?

ENTREVISTADORA: Você falou em medicação, em internação...

ENTREVISTADO: Porque a sua preocupação é assim, formas de tratamento, né?

ENTREVISTADORA: Não só as formas, mas os fatores...

ENTREVISTADO: Ah, ah, ah

ENTREVISTADORA:-...o que leva você a resolver pelo tratamento. Quais são os fatores que influenciam. Você citou, por exemplo, quando você disse que você até gostaria de estar indicando também alguns pacientes para Terapia Ocupacional, mas de repente...

ENTREVISTADO: ... Ah! Certo! É. É isso aí que eu sinto... que o paciente teria que ter alguma ocupação, alguma atividade, não tem nenhuma atividade. Mas é, ele precisa duma orienta... quer dizer, eu sinto que ele precisa duma orientação, assim. Ele não tem atividade é porque não houve um, não tem ninguém ali estimulando ou motivando, apresentando, né: "Ó, você pode fazer isso, você pode fazer aquilo e tal". Então seria a Terapia Ocupacional mostrando as possibilidades porque:- "Ah, nã... não faço...", e, e, não faz nada. "Mas o senhor não tem hobby"? "Ah não, não gosto de nada, não sei o quê..." mas não sabe se de repente mostrando pra ele, ele pode...se animar e fazer, né. Por exemplo, eu tenho um paci... tem um esquiz... que está com diagnóstico de esquizofrenia

e... ele diz... bom, eu nunca vi nenhum quadro dele, mas ele disse, e vai com a mãe, e diz que é artista, que era, né, artista plástico e que é ...sendo que seria um artista, mas, é, e...eu percebo que ele...não está tendo inspiração pra pintar. Aí imaginei: “Puxa, mas...e se...na... na Terapia Ocupacional será que ele não...conseguiria aí uma motivação. Também nem sei se ele iria, né, não sei, não, não... mas eu também não, eu não tenho também pra onde encaminhar. Então, o que que ele faz? Ele...passa o dia sem fazer nada, praticamente. Sai de casa, à pé, anda, vai até o centro da cidade, toma um cafézinho, encontra algum conhecido, deve bater algum papo, depois volta pra...fica naquela mesmice, né, naquela, nessa rotina, e isso daí...vai prejudicando, né. Porque daí ele fica en...ele fica envolvido também com... com os pensamentos dele... e ele pensa muito sobre o que aconteceu com ele. E a Terapia Ocupacional seria uma forma de ele também se desligar disso, dessas preocupações... e se envolver com outras, é, com outras, é... aí outras idéias, outros, outros assuntos,...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...com outras atividades. É, é, é... então... agora, tem casos que eu já en... que eu já encaminhei pra acupuntura. Porque tem acupuntura lá. São casos que eu percebo que...pode segurar né? (caiu o microfone e ele pergunta se pode segurá-lo ao invés de prender).

ENTREVISTADORA: Pode segurar também.

ENTREVISTADO: É, é, é... porque eu fiz o curso de acupuntura.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Então eu tenho idéia do...do que pode ser...indicado aí...para a acupuntura. Então há casos que eu encaminho pra acupuntura. É que demora muito o atendimento, senão eu teria encaminhado vários, vários casos.

ENTREVISTADORA: Você medica e encaminha, associa a acupuntura com medicação?

ENTREVISTADO: Sim, sim, é, medico. Porque lá tem, tem a...a acupuntura lá é uma vez por semana, de manhã. Então é uma fila muito grande. E, eu entro com a medicação e indico...a acupuntura. Daí, essa pessoa fica, entra na fila, no fim, né...e ag... (tosse)... e aguarda ser chamada...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...para o atendimento. Então... por exemplo... no curso... foi dito que a acupuntura resolve a Síndrome do Pânico, não sei te... (ri) ...

ENTREVISTADORA: No curso que você fez?

ENTREVISTADO: É. Que a acupuntura pode resolver a Síndrome do Pânico.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então eu tenho...é...eu atendo uma paciente que tem lá como diagnóstico Síndrome do Pânico... e eu encaminhei. Claro, estou tra...estou tratando com medicação.

ENTREVISTADORA: E esse diagnóstico já veio pra você.

ENTREVISTADO: Veio, é, veio assim. É, é essa que já estava... Veio assim, e, e, e, quer dizer, ela já vem em tratamento lá há tempos, né. Daí eu encaminhei pra acupuntura, explicando o quadro. Mas é claro, ela está tomando a medicação. E aí tem outras também que eu já encaminhei...é, pra Homeopatia também. É, é, é, tem, porque na Prefeitura tem o Serviço...de Homeopatia, né. Eu fiz o curso de Homeopatia também, e sei também de...do que pode ser. Eu percebo o que que po...o que que fica melhor ali pra ser encaminhado pra Ho...pra Homeopatia. Dá pra perceber. Só que tam...há uma dificuldade pra pe...pro paciente marcar a consulta na Homeopatia. Tem que chegar muito...

ENTREVISTADORA: Tem fila também?

ENTREVISTADO: Tem fila, é, tem que chegar muito cedo, parece isso. Tem que chegar cedíssimo lá, muito cedo pra marcar. Então tem essas outras...essas opções, né. Tem acupuntura, homeopatia, e, e, e...medicações mais suaves...que eu, que eu posso prescrever. Como eu fiz a...o curso de... de Homeopatia, eu, eu...em determinados casos, eu passo também medicamento homeopático. É difícil, né, mais eu passo.

ENTREVISTADORA: É difícil o que?

ENTREVISTADO: É difícil eu... ahm...ahm... bom, seria assim: pra usar um medicamento homeopático, pra prescrever um medicamento homeopático... em...Psiquiatria, já é difícil por ser...assim...é praticamente só sintoma mental, né, sintoma mental de...mais difícil de resolver quando procuram...um Serviço. É, é, é, é...agora, para prescrever um medicamento homeopático, eu teria que ter uma entrevista longa, não aquele, não, não só... porque ali é mais, a consulta ali, ela é marcada, agendada de meia em meia hora, né, de meia em meia hora no Centro de Saúde.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas isso, de certa forma, é teoricamente. Porque é...e...há encaixes. Às vezes chega pesso...chega paciente que precisa de medicação, está sem a re...acabou o remédio, né. Daí eu tenho que atender. Quer dizer, então, aquela meia hora que teria pra um determinado paciente, eu tenho que... reduzir pra atender um outro que chegou, fora de...

FIM DO LADO A DA FITA

ENTREVISTADO: ... a... a entrevista, o atendimento, quer dizer, eu vou precisar de mais dados, mais informações, pra chegar num medicamento. E isso vai um tempo. E, e, e, e também não quer dizer que vai resolver o problema, né. Aí, fica...é...a coisa fica...fica muito...uma situação meio delicada aí, porque de repente o paciente pensa: “Pronto, eu vou tomar esse remédio e vai, vai melhorar”. Mas não é bem assim, quer dizer; o paciente também tem que ter uma visão da...Medicina Homeopática, vamos dizer, tem que ter uma visão também desse lado, e não são todos que estão preparados. Agora, quando eu percebo que, no caso, dá pra passar, que às vezes a coisa aparece evidente, que é evidente, aí sim, aí eu passo.

ENTREVISTADORA: Fica evidente...

ENTREVISTADO: O sint...

ENTREVISTADORA:...o sintoma, ou fica evidente, assim, que o paciente tem...um conhecimento sobre a Homeopatia?

ENTREVISTADO: Ah não! Fica... não... fica evidente, assim, o lado do...do sintoma.

ENTREVISTADORA: Ahm.

ENTREVISTADO: É, tipo assim, é um paciente que reprime sentimentos, vamos supor, um caso assim. Ele reprime sentimentos de...é, de raiva, reprime raiva, ira. E tem medicamento... homeopático pra isso.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Daí quando eu percebo isso, eu posso investigar por esse lado, né. É, é claro que isso o paciente não fala assim, né, “porque eu tenho raiva...”, né, “estou com uma raiva”. Ele não fala assim, é, abertamente. Não tem facilidade...não tem facilidade pra falar assim, tá se...ele não quer falar...de, dessa forma, né. Mas dá pra...perceber e daí dá pra conduzir, é, é, é, e conduzindo...o paciente através do, do diálogo, da, da conversa ali, da... De repente ele acaba falando.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Daí ele, daí quando ele diz, confirma o que eu já estava suspeitando... e eu posso então passar um medicamento da...da Homeopatia...porque ficou evidente, não é. Agora, quando assim, dá. Mas de outra forma já fica difícil, porque...não é... Em Homeopatia é muito importante, assim ...é, tem um termo lá no repertório:- “Transtornos por...”. Daí tem uma série de, de, sintomas e uma série de medicamentos de acordo com esses sintomas. Transtorno por ira, tais remédios; transtorno por ciúmes... Então, tem vários...“transtornos por...”, quer dizer, é aquilo que desencadeou tudo que ele, que ele...ou a, ou a maior parte dos sintomas que ele está apresentando hoje. Transtornos por susto, por exemplo, e muitas vezes acontece isso, o paciente fala:- “Ah! depois que eu levei um susto, pronto, daí que começou”. Então tem um medicamento homeopático e, é, o... que é pro susto...trans..é pra isso, transtorno pro susto. E, então quando é possível, é, é,

é, e mesmo que não seja dentro da Psiquiatria. É, atendi uma paciente lá na Psiquiatria, ela tinha sofrido um... ela estava com dores nas costas, na região lombar, me parece, região lombar, e estava lá com a ... né... não sei, não se...ela...não sentava direito, se mexendo e tudo. Eu percebia aquela aflição dela e perguntei. Ela falava que estava com dor, não sei o quê. E daí eu perguntei por... “como que que surgiu a dor?” Daí ela disse que tinha caído, eu entendi que caiu sentada, uma coisa assim. E desde então estava com aquela dor. Daí eu passei Arnica, da Homeopatia, que é a Arnica dinamizada, né, e pas...passei o medicamento, é, “tomar cinco gotas três vezes ao dia”, acho que foi isso, e vai tomando! Ela, no retorno, ela já estava sem...a dor. Tinha passado. E ela, ela veio com a filha, ela vinha com as... quando ela vai à consulta ela vem com a filha, né, e a filha disse que passou, que a dor... porque ela nem se queixou mais, ela falou:- “Ah, agora está bem e tudo”. Quer dizer, com Arnica!

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas... porque a Arnica, é, é indicada pra dor. É... quando essa dor resulta de um traumatismo. Houve um traumatismo. Daí a Arnica tem a indicação. Então quando é caso assim que eu vejo que é evidente, né, que dá, que dá pra, pra usar o medicamento homeopático, daí eu passo. E ex... ex... explico, né. Explico aí a Homeopatia. Tem na farmácia de Homeo...de Homeopatia, toma desse jeito... E a pessoa aceita, em geral aceita. A,a, é, é...há uma preocupação, eles estão, eles estão muito preocupados com...essa medicação atual, quer dizer, essa medicação halopática, né. É, se cria dependência ou não, e etc, e também com uma preocupação recente, é, se o remédio é falso ou não é falso. Acha que é fa...que pode ser falso, é farinha. Isso, né, de tanta...propa...de tanto noticiário, eles ficam preocupados com isso: “Será que não é farinha? Será que não é falso? Acho que é, pode ser falso, e se for falso, não fez efeito, será que não é falso”? Então eles ficam com essa preocupação, também, com receio de tomar um medicamento falso e com receio de ficar dependente, e etc, e etc. É isso, porque... eu me formei há... “...” anos, né. No início não... ninguém falava nada, assim. O pessoal não, não se queixava de nada não, quanto ao remédio, né. Passava o remédio e a pessoa aceitava e tomava e acabou. De uns tempos pra cá não, a pe...a pessoa fica perguntando:- “Mas peraí, esse aqui é... dizem que o Diazepan é, é perigoso, faz mal, dá dependência, e se eu ficar tomando, depois, o que que vai acontecer

comigo? Que efeito que vai dar? Não vai fazer mal depois pra outras partes”? Então, é, eu noto essa preocupação deles, que não existia antes. Isso aí de tanto a mídia, né, de tanto comentar a respeito, né. Então eles ficam preocupados com isso. E muitos tentam deixar de tomar. Deixam a medicação. E aí surge problema, né, de...porque tem... alguns são dependentes e ficam com aqueles sintomas de, com as reações, né. Aí tem que voltar a usar. Ham... então é mais... (tempo)

ENTREVISTADORA: Outras indicações e outros fatores que levam você a indicar outras formas de tratamento, como por exemplo, Psicoterapia. Acontece, também, de você...

ENTREVISTADO: ...certo, é, psicoterapia né?

ENTREVISTADORA: É.

ENTREVISTADO: Então... tem o Serviço de Psicologia. São duas psicólogas, né. É, é, é, é... e... bom, pra psicoterapia... ham... eu acho que eu encaminho pouco até, né. Porque em geral... como eu te falei, quando... em geral quando eles chegam ao psiquiatra é porque eles estão precisando de um medicamento mesmo. Porque senão é, é, é, é...eu percebi que lá pode ir diretamente à psicologia. O clínico mesmo coloca, o clínico de lá mesmo, que atende lá mesmo, ele coloca no prontuário “à psicologia”. Ele não põe “ao psiquiatra” quando... ele percebe. Então, fica mais...já vai, praticamente já procura diretamente a psicologia. Agora, eu encaminho pra... psicoterapia, primeiro depois de uma conversa com o paciente, que eu percebo que há essa, que há essa acei... aceitação, porque nem todos aceitam, né. E também quando é algum problema assim de... relacionamento, ou com o marido, ou com o namorado, ou houve uma decep... decepção amorosa, uma separação conjugal, ou uma sepa... ou... separa... é... separação do namorado mesmo... estava namorando, separou. Eu falo assim mais é... em relação às mulheres, porque a maioria é mulher, né, que procura e... muitas vezes é... os problemas são esses: são os filhos, são os maridos, os namorados, problema de relacionamento. E problema que os filhos estão criando também. Problemas assim que... filho desempregado, ou marido desempregado, ou filho que usa droga, ou filho... que já está na delinquência, está preso. Então seria mais ou menos esses casos que eu, que eu, quer dizer, isso me leva também a

encaminhar à Psicoterapia, né, esse tipo de...que eu percebo que ela precis... que a pessoa pre... ela precisa de uma orientação, também, nessa parte. Uma... psi... na Psicologia, quer dizer. Não só uma psicoterapia, mas uma orientação também, de como ela agir nesses momentos que o marido chega al... alcoolizado em casa, por exemplo, aí cria todo aquele transtorno e ela, é, é, é... quer dizer, ela já não aceita e pronto, já atrapalha também, né. Porque ela não aceita, não quer ver ele daquele jeito, já começa a discussão, e, quer dizer, ela não está preparada praquilo. Então é mais...então p...é mais ou menos assim que... casos como esse que eu encaminho pra Psicoterapia pra... percebendo que a pessoa precisa de um preparo pra enfrentar a situação. Agora, ham, tem caso... já encaminhei, é, paciente que, é, eu percebi, ela era uma paciente que estava cheia de... já estava tomando vários med... remédi... medicamentos, não só tranqüilizantes, mas pra outros motivos. Ela tinha problema também de... doença física, né. Aí encaminhei pra... psicoterapia e ela, ela, daí ela me... começa... ela me fez várias perguntas, né:- “Mas pra... mas é grupo, não sei o quê”? “Não! Eu falei. É individual”. Porque não quer grupo. Tem gente que não quer ficar em grupo. “Não, é individual”. “Ah! mas deve ser, é, essas psicólogas, é, jovens”, ela quer dizer “mocinhas, né”. Aí eu falei “não, não é”. Então, quer dizer, são várias perguntas que se percebe que não está... criando problema pra não ir na psi...à psicoterapia. Criando uma série de...obstáculos, talvez por experiência de... passada, né, porque ela comentou que ela conversou com uma psicóloga, é... jovem, né, e a psicóloga falou uma coisa pra ela, daí aquilo ficou marcado e... ela não aceitou. Pode até ter sido o certo, assim, mas não sei o que ela falou, que ela tinha medo da morte, uma coisa assim. Bom, é,é,é ...certo ou não, né, aquilo chocou a...ela ficou chocada com aquilo, de alguma forma. Então ela começou a rejeitar a... Então há casos assim, que a pessoa não quer...ir pra psicoterapia, por algum motivo aí, e... principalmente psicoterapia em grupo. Principalmente quando é grupo (tempo). Então... ahm... Bom, é, é, é... já encaminhei, quer dizer, encaminhei não, indiquei, né, pra antiginástica. Hum, também... tem relaxamento, tudo, né, então eu pensei na Antiginástica. Só que eu não lembrava o endereço, um... não... quer dizer, nem tenho o endereço, aonde, aonde está funcionando a Antiginástica.

ENTREVISTADORA: E que fator te levou a indicar a antiginástica ?

ENTREVISTADO: É que eu já fiz a... eu já... (engole) me submeti à antiginástica, vamos dizer, né. Então eu conheço. E, e, e...é...eu entendi assim, que na antiginástica...claro, eu conheço...o... superficialmente, né, também porque eu pratiquei, né, fiz e tal.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: A antiginástica tenta, é, liber...é, tenta...ham...o que seria, o que... liberar? Porque há pontos... e, e, e...isso que dava pra perceber lá. Há pontos no... regiões do organismo, em que fica com uma certa contração, talvez, muscular. Eu lembrei das couraças do... do Reich, né.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Couraças...é...fica assim, preso aqui, preso ali...aquelas regiões. Então, é... vai soltando, tem que ir soltando. Então ela tinha uma técnica de enrolar a pele, ela mostrava isso, ela vai enrolando a pele lá de baixo, as costas, por exemplo, né. Vai enrolando, enrolando, enrolando até...a...a parte superior (assobio) e tem pedaço que a pele não enrola, porque parece que te...ela vai enrolando mesmo, sabe. E tem trechos que não enrola, que não vai, ali está bloqueado. Então pode ser aqui em cima ou em baixo, e está relacionado com alguma coisa, há um bloqueio ali. E com a Antiginástica aquilo vai soltando, vai soltando. Então no caso é uma paciente que estava com dores. Ela falava que não era dor mas era um incomodo na, na região aqui do pescoço. Dá a impressão que era coluna cervical, né. Ela fazia...ficava assim...parecia um tique, e ela, e ela queria a fisio...é...ela me pediu fisioterapia. Eu falei:- “Mas como? Fisioterapia não, eu não vou encaminhar pra fisioterapia, não faz parte do meu...da minha especialidade! Você teria que passar por um ortopedista primeiro pra ver se há indicação de, de fisioterapia, né”. Mas ela falou que não tinha dor?! E também passava...a...aquilo. Era uma, era um incomodo, né, alguma coisa assim. Daí eu indi...daí si...nesse caso eu falei pra ela da antiginástica. Eu achei que ali, que aquilo vinha de uma...ela devia contrair, né, contração muscular, tudo, e ficava com aquele ...quer dizer, ela, ela tinha que relaxar pra passar aquilo e a antiginástica

viria ajudá-la, sim, pra ela relaxar. Agora eu sei que na antiginaística, à medida que vai soltando isso, a pessoa libera uma emoção. Chora, etc, que aquilo deve estar ligado a alguma coi...a algum fato passado, né. Ela solta, né. E eu preferi a antiginaística do que a yoga. Então, encaminhei pra antiginaística. Eu fiz yoga também.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Na verdade eu não me dei bem (ri) nem com uma nem com outra. A yoga também me at...me atrapalhou. A antiginaística também.

ENTREVISTADORA: Não foi bom?

ENTREVISTADO: Não fiquei com...na antiginaísticade eu, eu fiquei com dor. Não, é, não foi. Não tive um resultado. E a... yoga me estimulava muito a parte mental, com aquela posição de cabe...aquela posição...que fica aí com a cabeça pra baixo.

ENTREVISTADORA: Ahm.

ENTREVISTADO: Deve ter um nome, isso. Daí eu voltava pra casa e eu não conseguia peg...dormir direito, ficava aquela...um monte de idéia na cabeça e tal, acho que fica o...ox... oxigenando muito. Daí também... Porque se, e, e, e...a fá...tanto na yoga como na antiginaística faz algumas posições que acaba mexendo mesmo com parte do corpo que nós não estamos mexendo. Então, é, daí vinham as dores, surgiam dores. Eu parei com as duas, né. Parei com as duas, mas pra algumas pessoas funcionam, então... É, é, é... também tem alimentação que eu, eu tento também entrar na parte da alimentação, que eu percebo, por exemplo, que eu atendo pesso...tem algumas pacientes que tem enxaqueca, né. Tem tudo aquilo, quer dizer, tem a depressão, tem...irritabilidade, mas isso...está ligado à enxaqueca também, que a enxaqueca tem isso também, né, tem todos esses sinais. A pessoa fica irritada, fica...mal humorada, etc. Daí... eu...comento sobre alimentação, porque há determinados alimentos que provocam a dor de cabeça, enxaqueca. Os laticínios, o... as frituras, as...gorduras... Daí eu explico sobre isso, né, falo sobre isso e oriento sobre isso. Posso até marcar na...no receituário os alimentos que devem ser evitados (limpada de garganta). Porque...eu tenho uma preocupação com a alimentação, basicamente eu tenho uma preocupação com a alimentação. Só que é difícil de...convencer a...convencer o paciente a, a mudar o seu tipo de alimentação, a modificar, né, a acrescentar alguma coi... Modificar ou acrescentar. É difícil, então, depende do, do caso.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas eu acho que...eu fiz macrobiótica, há uns anos atrás, há vários anos atrás, e... depois eu deixei a macrobiótica, mas continuo comendo a...o arroz integral, as verduras, mais ao menos... seguindo mais ou menos aquela orientação, porque não pode, é, não é toda verdura que pode, né, na macrobiótica. A carne praticamente eu não... carne eu não como, né, só frango e peixe, às vezes. Muito di...é difícil também. E, e, e...quando eu fiz a macrobiótica, eu percebi uma...modificação...no estado mental. E cheguei a tratar uma esquizofrênica com macrobiótica. E ela mudou, houve uma modificação, porque ela aceitou a macrobiótica. Isso faz tempo, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ela aceitou a macro... ela gostou da macrobiótica, tudo, e ela mudou, percebi que ela mudou sem... tirando o remédio, tirando a... eu fui tirando a medicação dela e só usando a macrobiótica. Então eu notei que mudou... agora, depois eu perdi o contato, mas... Quer dizer, a...alimentação exerce uma influência, né, quer queira, quer não queira, está exercendo uma influência. Então, por exemplo, tem paciente...psiquiátrico, psicótico por exemplo, que fica tomando café o dia inteiro. Eu tenho um...eu atendo um assim, né, que, que comentou sobre isso. Daí eu reduzi o café, falei:- "Para com o café, é, diminui esse café". E aí ele sentiu melhor diminuindo o café. Quer dizer, o café fica mantendo aquela... num estado de excitação e ele não está preparado pra isso porque ele já está excitado, né, mentalmente já está excitado, tanto é que ele está tomando...tranquilizante, o...neuroléptico, tudo, e...pra acalmá-lo, né. E ele fica tomando café! Então é... eu tenho uma preocupação também... neste... por este lado, né. Me preocupo também com a...com o hábito alimentar.

ENTREVISTADORA: Uhum

ENTREVISTADO: E quan...e quando é possível, ent...eu...eu, procuro interferir, certo? ... Bom, tem outra indicação mas eu não, não ia falar aqui...

ENTREVISTADORA: Você quer que eu desligue? (apontando gravador)
Você não quer que conste...

ENTREVISTADO: Não sei, depois...

ENTREVISTADORA: Se você quiser eu desligo.

(Ele continuou falando sem se importar com o fato de que o gravador ainda estava ligado. Eu tomei a iniciativa de desligar o gravador e retomei a questão relativa ao seu direito de veto. Ele disse que podia gravar).

ENTREVISTADO: É que antes da proibição, antes da proibição pelo...antes da proibição pelo Conselho Federal de Medicina, eu prescrevia o Floral de Bach. E, e observava bons resultados... principalmente pra casos assim que, é, resul...os sintomas, né, resultaram de um abalo emocional no passado. A pessoa sofreu um abalo por algum motivo, às vezes até um susto, assim. Está... está andando por uma rua, de repente vira a esquina, vê um atropelamento, leva um susto. Então eu usei o Floral de Bach com bons resultados pra, pra esses casos em que há um abalo emocional e também pra alguns casos mais leves de depressão. Também funciona. E, e, e...bom, então falando em depressão, agora eu lembrei do, do ipérico, que é um, um medicamento natural, que atualmente está...está sendo...usado aí também, né, produzido, né. Está sendo produzido. Eu também posso, eu também prescrevo o ipérico, que é um medicamento feito da planta, de uma planta. E pra algumas pessoas dá bom resultado. É... ele é indicado pra... depressão leve, quer dizer, que é uma depressão assim, que a pessoa, a pessoa tem a depressão, mas ela consegue, sem...medicamento nenhum, consegue ir levando a vida, até que ela procura o psiquiatra e se queixa:- “Estou sin... estou sentindo isso assim, assim, tenho...”... que faz, dá pra perceber que são sintomas relacionados com depressão mas não tão...fortes, né. Daí eu pergunto:- “Mas está dando pra você... há quanto tempo”? Daí, em geral, a já... alguns meses, né, ou, ou mais, até, ...e: “Mas está dando pra você levar a vida e tal”? “Está dando”. Então, como nunca usou nada, assim, de medicamento psiquiátrico, eu entro com o ipérico e observo. Se der resultado, tudo bem, se não der, daí eu passo outro, né, da alopatia mesmo, mas... Porque o Ipérico pode...melhorar, é, em alguns casos, é... a pessoa melhora com o ipérico, só com o ipérico. Só que não dá pra saber, né, exatamente, né, então, tem

que sê... tem que se tentar, né. E em geral esses casos assim de... que são mais leves, em que a pessoa mesmo já consegue um cer... ela tem um certo controle. É... e t... bom, e também na... nas indicações terapêuticas, é, medicamentosas, eu, eu, eu tenho uma preocupação de ficar com... um... um ou dois remédios, assim, eu não... Quer dizer, eu não gosto de associar vários medicamentos, eu procuro ficar com o mínimo possível.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E... também, começar com... concentrações... baixas, pra evitar... efeitos colaterais, também. Isso eu aprendi com a homeopatia, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É... essa preocupação, né, aprendi isso na homeopatia. Bom...(tempo)

ENTREVISTADORA: Fora essas indicações que você já citou tem alguma outra, ainda, que você...

ENTREVISTADO: Que eu me lembre?

ENTREVISTADORA: É, que você... costume indicar, e que fatores influenciam...

ENTREVISTADO: Agora... não me lembro agora.

ENTREVISTADORA: É isso então?

ENTREVISTADO: Pode ser que tenha, mas eu não... Fora indicação... medicamentosa?

ENTREVISTADORA: Fora tudo o que você citou, medicação outras alternativas de tratamento... Existem alguns outros tratamentos que você também costuma indicar ao paciente e que outros fatores você considera pra fazer outras indicações? Existem outros, fora os que você já citou?

ENTREVISTADO: Ou encaminhar, também?

ENTREVISTADORA: Também.

ENTREVISTADO: Hum. Bom, é...tem paciente que tem dificuldade pra dormir, né, insônia. E às vezes o remédio não resolve. A, a, o medicamento não... não está resolvendo a situação, mas só... Eu...pensei em encaminhar pra...pra serviço de...especializado em transtorno do sono. Eu sei que tem, parece que tem em Campinas, só que eu não localizei e assim, não fiz nenhum encaminhamento porque eu não localizei. Eu sei que tem porque eu já li no jornal, mas não...mas perdi a...e ninguém sabe me informar. Esse é um caso. Agora outro, é, eletrochoque. Também já pensei em encaminhar pra eletrochoque, eletrochoqueterapia. Me parece que tem em Campinas, mais não sei aonde.

ENTREVISTADORA: E que fatores, nesses dois casos que você citou, transtorno do sono e encaminhamento pra eletrochoque, que fatores seriam influentes para isso?

ENTREVISTADO: Então, pra eletrocho...é...porque eu, na residência, o internato e a residência, eu fiz em "...", né, e lá se usava muito eletrochoque. Então tem a...eletrochoque tem a... aquelas indicações pra eletrochoque, uma depressão, por exemplo, que não é...resolvida com medicação, pode ter a indicação...

FIM DA FITA Nº 1

ENTREVISTADO: Mas grava bem, é?

ENTREVISTADORA: Grava, essa máquina é ótima.

ENTREVISTADO: Qual que é a marca? Ah, Sony ! E ele vem com o microfone?

ENTREVISTADORA: Ele vem, ele vem prontinho, ele vem com o microfone.

ENTREVISTADO: E aonde que eu posso encontrar?

ENTREVISTADORA: Olha, esse aqui é importado, eu não comprei aqui.

ENTREVISTADO: Ah, tá!

ENTREVISTADORA: Mas eu sei que você encontra, viu. Tem loja no Shopping ...

ENTREVISTADO: E no ..., será?

ENTREVISTADORA: Parece que tem uma loja que vende. Mas você encontra.

(tempo)

ENTREVISTADO: Bom, então uma, uma outra indicação seria eletrochoque.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: A eletrochoqueterapia pra determinados casos, casos que não são resolvidos com a med...não estão sendo resolvidos com a medicação. E mesmo é, assim, eu percebo que o paciente é internado, volta, é, recebe alta, mas também não...depois continua, né. O sintoma re...os sintomas retornam, né, continua com aquela... Então, dependendo do caso, que eu... O que eu imaginei foi o seguinte, vamos supor:- eu estou lá atendendo os pacientes, eu faria uma seleção. É... “este paciente tem depressão e não está resolvendo.” Daí eu encaminharia... O outro, por exemplo, tem distúrbios senso-perceptivos que não, que não cedem com a medicação, aí eu encaminharia para o Serviço de eletrochoqueterapia que funcionaria, que estaria funcionando na “...”, vamos dizer, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Isso que eu imaginei... hum.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Porque eu, eu, eu já li que no “...” tem um serviço, assim, de eletrochoqueterapia. E porque a eletrochoqueterapia, atualmente, ela, ela, ela está funcionando...é, acho que está tendo toda uma orientação assim, né. Ela está funcionando... dentro de um Hospital Geral, no Centro Cirúrgico, mas numa sala do Centro Cirúrgico, mais ou menos assim, com a assistência de anestesista, não só do psi, não to...é...quer dizer, não é só o psiquiatra. Deve ter um anestesista, deve ter um clínico, também, junto. É uma equipe.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E esse eletrochoque está sendo feito sob anestesia. O que antes não é, não é, antes não era feito dessa forma, normalmente não se fazia assim, fazia... aplicava sem anestesia. Então atualmente é sob ef... sob é o... efeito da anestesia. E, como se usa anestesia, então tem...e...há uma equipe toda ali e é feita no Hospital Geral. Essa equipe é um psiquiatra, um anestesista e deve ter mais outros...tem enfermeira, etc, né, e toda aparelhagem ali.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É, quer dizer, fica todo cercado, o tratamento é...cercado de toda segurança pra evitar...complicação...que é parada respiratória, né, por exemplo. Parada respiratória prolongada, que seria uma das complicações, e...óbito também, né. Se bem que eu nunca vi, né, eu pessoalmente nunca vi. Vi parada respiratória prolongada, mas... porque tem uma crise, tem aquela crise convulsiva, né, daí. E também às vezes quando o paciente, depois do eletrochoque, o paciente volta confu... pode voltar meio confuso, tem...então ele deve...deve ficar um pouco...deve ficar lá no local, em repouso, em observação, né. É deve... eu sei que existe esse Serviço no "...", é, que aqui em Campinas eu não sei. Mas eu já ind...já imaginei, já pensei nisso, de encaminhar...determinados casos pra eletrochoqueterapia. Não encaminhei porque...eu não sei aonde está esse...onde está esse Serviço? Eu até perguntei, já perguntei lá no Centro de Saúde. Perguntei pra 'X' mesmo:- "Ó, existe? E onde está? Aqui em Campinas, existe? E o transtorno do sono?" Pra transtorno do sono, também, não sei onde que é, eu sei que tem lá...

ENTREVISTADORA: Você mora aqui há pouco tempo?

ENTREVISTADO: Aonde?

ENTREVISTADORA: Em Campinas.

ENTREVISTADO: Ah não! (riso). Eu nasci em Campinas.

ENTREVISTADORA: Há!

ENTREVISTADO: Nasci em Campinas, mas, é... Eu posso ter...deduzido, né, isso, que possa existir um Serviço de eletrochoqueterapia em Campinas, tal, porque em "...” existe no, no "...”. E, eu achei que esse Serviço seria dessa forma, faria uma seleção nos pacientes que teria uma indicação pra eletrochoqueterapia, encaminharia, e lá passaria por alguma observação pra ver se realmente é caso de eletrochoqueterapia. Esse Serviço...eu não sei se existe.

ENTREVISTADORA: Uhum

ENTREVISTADO: Se não existe, deveria existir, né, porque pra resolver esses casos mais complicados aí ...porque deve ter muito caso complicado. Agora, em geral, quem procura o tratamento são as pacientes, as mulheres, como eu te falei, certo. Porque...o homem quando está em depressão fica...ele não...pelo que eu já li a respeito, não...é difícil procurar. Ele já resolve a coisa ...resolve de outra forma mais rápida, né, pin! (gesto com os dedos polegar e indicador simulando um revólver apontado para a têmpora esquerda) Faz isso, né. Então, quer dizer, o homem quando entra em depressão, em geral é mais grave, né. É... (tempo)... ele não procura o tratamento. Então ele vai deixando e vai ficando, e fica grave, torna-se grave, e ele já resolve da...dessa forma, né. E, é, então em maio...a maior parte é mulher, dessa...que procura o Serviço é mulher, a maior parte é mulher, principalmente em depressão, né. Então é...a eletrochoqueterapia seria uma outra, uma outra indicação aí de tratamento que eu, que eu já...pensei, né, mas não, é, não encaminhei ninguém, porque eu não sei onde está o Serviço. Nem sei se existe em Campinas. E o transtorno do sono parece que existe, mas não sei onde está. É há muita coisa que ocorre também durante o sono, por exemplo, parada respiratória, que é a apnéia noturna, é...pesadelos, determinado tipo de pesadelo, que é a cataplexia ao despertar, ou, cata...cataplexia ao... conciliar o sono, ao deitar. Isso são sintomas, assim, sinais, que não são normalmente pesquisados. E o paciente esquece de...de se queixar, de dizer, porque ele tem outros... sint...tem outros sintomas que ele acha mais importante. Mas isso estaria relacionado com o transtorno de sono também, transtorno do sono. Esses pesadelos, essa apnéia noturna, tudo, e seria então indicação de...seriam casos, é, indicados pra esse Serviço, né, tratamento do transtorno do sono. Porque... (limpada de garganta) o que pode

acontecer, por exemplo, o paciente não tem um sono, a qualidade do sono não é boa, né, ele tem um sono... alterado, durante a noite não perc... não percebe bem isso, e quando acorda no dia seguinte, ele não vai ter um dia muito bom, vai ficar mal-humorado, irritado, etc, e não... no fim vai ver que é sono mesmo, que não... E isso às vezes é esquecido, não é.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E, ele pode tomar um tranqüilizante, mas ainda sem resolver esse problema, quer dizer, de...deveria ter aí um...considerando isso. Tem, deve ter medicamento mas...é, melhor indicado, no caso... Por exemplo, pra pesad...tipo cataplexia, que é o que normalmente se conhece como pesadelo, esse tipo de... que a pessoa que acorda de madrugada e não consegue se mexer na cama, pare... está dentro de um pesadelo, parece, e vê... e parece que tem algumas visões, e dá um grito... pra dentro, esse grito às vezes não sai também, pode ser resolvido com Tegretol...Tegretol. E às vezes isso...(limpada de garganta) essa pessoa de tanto ter isso, ela não vai, é, durante o dia... (limpada de garganta) ela não vai se sentir bem, né. E, daí, vem uma série de complicações, quer dizer, vai ficar irritada, pode... é...fica agressiva, e às vezes corrigindo esse sono, com é...o medicamento, pronto, né. Às vezes ela tem medo de, de dormir também, é...porque ela vai ter o pesadelo, então tem medo de dormir, aí não dorme bem mesmo. Bom, aí é isso que eu lembrei. Agora, não sei se...(tempo)

ENTREVISTADORA: Está bom, pra quem disse que não ia ter nada pra falar, até que falou bastante.

(risadas)

ENTREVISTADO: Não! Porque eu pensei que fosse ficar só naquela dos remé...dos remédios, né, medicamentos e tal.

ENTREVISTADORA: Tem mais alguma coisa sobre o assunto da entrevista ou fora do assunto da entrevista que você gostaria de...acha importante me falar?

ENTREVISTADO: (limpada de garganta, se endireita na cadeira, esticando o corpo). Bom, agora então (risadas)...deixa eu ver. (risos).

ENTREVISTADORA: Fica à vontade...(sorrindo).

ENTREVISTADO: Ham...

ENTREVISTADORA: ...o tempo é seu.

ENTREVISTADO: É, é... uma coi...é...eu gostaria de acrescentar o seguinte. É. Existe lá, está existindo lá, assim, uma, uma... eu sinto como uma pressão pra, pra fazer grupos, pra grupos. Seja lá, é, bom, grupo. Não se...não...seja lá qual for, né, vamos dizer, mas, por exemplo, grupo de medicação. Sabe o que é grupo de medicação?

ENTREVISTADORA: Como era e ainda é feito nos Hospitais Psiquiátricos?

ENTREVISTADO: Não. Grupo de medicação! É, reúne um grupo de pacientes psicóticos, né. No Hospital Psiquiátrico atende um por um, né, pra, pra medicar. Grupo de Medicação, como que seria um Grupo de Medicação? Eu entendo assim:- um grupo de medicação... porque eu nunca fiz, né, grupo de medicação É... reúne os pacientes, e acho que em geral deve ser psicóticos, né, e vai con...vai perguntando:- “Você, você...como você está, como você está e tal”. Então, não sei quê...usa esse remédio e tal”. É isso. E grupo, e outros grupos de orientação, grupos, grupos, grupos, grupos. Então, é, me passaram isso numa reunião lá:- “Ó, metade do seu tempo...”. Porque lá, por exemplo, eu tenho vinte horas semanais, dez horas, mais ou menos dez horas eu fa... eu teria que fazer grupos. Mas eu, eu me sinto, quer dizer, como se eu fosse obrigado a fazer grupos. Primeiro, nunca fiz grupo, né, não...quer dizer, não faz parte do meu...do meu tra... tipo de tratamento, assim, né. Eu não...eu atendo individualmente, né. Em grupo não. E, e, e... ser pressionado, ser obrigado a fazer, pronto, já me...incomoda, né, claro, e normalmen...não é espontâneo, não é de dentro. Quer dizer, de repente eu poderia decidir:- “Vou fazer um grupo”. Mas uma decisão minha, pessoal, espontaneamente, né. Ham, e...dessa forma, sendo obrigado a fazer, pronto, já não me sinto bem, já vai atrapalhar tudo, quer dizer, que, que vai resultar disso tudo, não é? Então eu acho que isso não... Agora, por que isso? Por que estão pressionando o grupo? Porque paga-se mais o grupo. O SUS paga mais o grupo, do que atendimento individual. Porque, vamos supor, num grupo reúnem dez pessoas, pronto. Ó...entra mais (movimenta os dedos polegar e indicador e faz o sinal popular utilizado para significar

dinheiro). Em uma hora se atende dez pessoas, depois na hora seguinte, mais dez pessoas. Dois grupos, entra muito mais... da verba, né (suspiro), do SUS, do que se atender, vamos supor... essas dez pessoas eu ia atender ao longo... daquelas horas, né, das quatro horas. Uma de meia em meia hora, então vai entrar menos, né, mas ia, ia atender individualmente. E, atendendo individualmente eu... eu posso... é... eu tenho informa... eu tenho mais informações a respeito dessa pessoa, né, posso ter mais dados, e essa pessoa também fica mais à vontade pra falar sobre ela, falar dela, falar sobre o que... acontece com ela.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E assim fica mais fácil de achar um medicamento... melhor indicado pra ela do que num grupo, não é, assim... É, fica meio difícil num grupo. Eu vou ter que ficar pensando, que raciocinando:- “Esse aqui eu vou passar...eu vou passar... Aldo, pro outro...”; né, fica mais difícil assim, quer dizer, complica mais pro...profissional. Ham. Então, é o que eu acho, é o seguinte:- fazer grupo só pra entrar mais dinheiro, só porque vai entrar mais dinheiro... não é bem por aí, né, o caminho acho que não é esse, né. Tem que pensar no... na clientela, não é. E eles querem? Mas isso ninguém pergunta, hein. Ninguém pergunta pro... pros... pro... pros pacientes se eles querem. “Que tal, vocês querem um grupo, ou querem ser atendidos assim como está, dessa forma individualmente”? Podia fazer um ques... um... um... questionário aí, né, perguntar, então.

ENTREVISTADORA: Metade da sua carga horária você vai ter que ocupar com o grupo?

ENTREVISTADO: Então, é essa que é a, a idéia lá e, e, e ... É isso que está sendo preconizado. Isso, isso que está sendo dito. Eu entrei há pouco tempo, que eu te falei, há “...” meses, né, que eu estou lá e...e já ao...e ficam falando isso e... Eu entrei, e me encaixei, e estou atendendo, sabe. Agora eles estão, estão pressionando pra que se...que...se faça grupo. Eu não... não tenho experiência com grupo. E estou atendendo, não é. Estou atendendo os pacientes lá, conforme vinha, vinha vindo mesmo...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO:-...de acordo como, como estava mesmo, né, o...atendimento, não é. Hum...eu me encaixei, porque não tinha grupo, né. Era assim, atende...um por um e pronto. Não tinha grupo, não te... não tem grupo, assim, na parte da psiquiatria não tem grupo. Então eu acho que isso, vai...é...no meu caso, que nunca fiz o...grupo, não atendo em grupo, ser obrigado a fazer grupo, pressionado a fazer grupo, vai me desgastar, desgasta. Mais é... da metade do horário, dez horas por semana em grupo, desgasta mais ainda. Eu acho que o al... os pacientes não vão... ou concordar, boa parte deles, não vai concordar, eu não vou gostar, e aí acaba, acaba tudo, que eu já não estou gostando, então (ri)... O que que eu vou fazer? Então...tem que cair fora, né, quer dizer, isso aí. E...eu fico pensando nisso, eu vou ter que... sair de lá. Ou sa...ou vou pra outro lugar, ou caio fora mesmo, não sei. Mas eu acho que isso está errado, não devia ser assim. É, não encarar...os pacientes como número. Não enca... encarar como quantidade só. É quantidade, o que eles querem é quantida...é...quer dizer, produtividade. Produtividade pra eles é o seguinte:- quanto maior o número, melhor a produtividade. Atendeu trezentos pacientes no mês, quatrocentos:- “Ó! que beleza”! Quinhentos! Mas não é isso, não é? Isso é número, e a qualidade do atendimento, como foi? Precisa ver isso, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Acho que isso é o mais importante. Então tinha que ter um jeito de medir a qualidade, não de...com... Medir, através de quantidade, com números, é fácil assim, é só contar, né, trezentos, quatrocentos, quinhentos... Agora, e a qualidade? Como que me...vai medir a qualidade? Tem que ter...ter outra forma de medir essa qualidade. Teria que bolar esse jeito, e não, é... Então é por isso, e agora...é ...deveria se pagar mais pela qualidade, e não pela quantidade, né. Que a quantidade é fácil fazer, então. Reúne um monte de gente e vai... vai atendendo aquele montão de gente, de qualquer jeito, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Vai atendendo, atendendo, atendendo e aí fica aquele montão de gente lá e pronto. Mas... Então é...seria isso. Eles, eles dão... é isso que dá pra...sentir, que eles dão importância à quantidade e grupo...significa quantidade, então quanto mais grupo, mais gen... aparentemente, mais gente está sendo atendida, mas...da onde vai sair tanta gente? Porque ...não tem tanta gente pra tanto grupo ou ... Então, aparentemente, o volume...aumenta. Então, não sei que...não dá pra entender direito. É, é isso que, que incomoda, né, isso que está incomodando. E eu não encaminho ninguém pra grupo (riso). Isso tudo que eu te falei aí, não encaminho ninguém...pra nenhum grupo. Encaminho pros Serviços, né, outros Serviços. Se no outro Serviço tiver grupo, eles que estão indicando, não sou eu, que eu... nunca encaminhei ninguém pra grupo, então... Mas...fica assim, a idéia agora é essa, assim da... É, o que eles pretendem é isso, é grupo, em todo lugar, parece. Querem fazer grupo em todo lugar. Não só grupo na psiquiatria. Eu sei que tem grupo na ginecologia, tem grupo na pediatria. Estão enchendo de grupo, em todo lugar. Ó, só pode ser isso, né (repete o gesto com os dedos sinalizando interesse financeiro). Até dentista lá está com um grupo de bebês, parece. Mas eu não sei que...eu sei que está cheio de grupo. E, e isso aí, é alguma coisa pra...pra você pesquisar aí no seu estudo, também, por que esse interesse. Por que tanto interesse por grupo?

ENTREVISTADORA: Aí já é outro trabalho.

ENTREVISTADO: Já é um outro trabalho. Porque tanto interesse por grupo, afinal? De repente...eu acho que é... deve ser isso (sinal), né. Aí, talvez, te dê outro trabalho.

ENTREVISTADORA: Com certeza, aí é outro trabalho, e bem complicado, não?

FIM DA ENTREVISTA.

9.5.4. Entrevista Nº 4

ENTREVISTADO: Deixa eu só evitar (fecha a porta) ... senão...

ENTREVISTADORA: Tá.

ENTREVISTADO: Aqui é complicado, as interrupções acontecem.

ENTREVISTADORA: O que eu quero saber de você, então, é... na hora que o paciente chega, você vai ter que resolver com aquele paciente que tratamento você vai indicar, o que o leva a isso? Que fatores acabam influenciando nas suas indicações na Unidade?

ENTREVISTADO: Então, a gente tem aqui no Centro de Saúde um Programa de Saúde Mental, que ele é um Programa que ele está de acordo... com as diretrizes do, da Secretaria de Saúde da cidade de Campinas. Tem... algumas diretrizes básicas sobre como que deve se operacionalizar Programa de Saúde Mental nos Centros de Saúde, né. Então, basicamente, a gente tem, é, um Programa... pra Psicóticos, tá; a gente tem um programa... pra atendimento do indivíduo psicótico e dos familiares. Eu sou responsável pelo atendimento do, do, dos pacientes, tem uma psicóloga que faz um trabalho em grupo com os familiares dos psicóticos. É, a gente tem um programa Pra Alcoólatras, que seria um... programa pra... pacientes alcoólatras, que tem...também, tem um, um, um certo grau, assim, de adesão, são pacientes que, não estão num estado, assim, que necessitam por exemplo, de um atendimento mais intensivo. Nesses casos, a gente tem o CRIADE que também atende usuários de droga, a gente faz encaminhamentos pra lá também, né. E... então esse seria um se... um segundo... tipo de... de indicação, de atendimento que a gente faz aqui no Centro de Saúde; psicóticos, alcoólatras; nós temos um Programa pra Adolescentes, um Programa de... é, de Saúde Escolar, que é coordenado... pelas psicólogas, esses dois... esses dois grupos, esses dois tipos de atendimento: Saúde Escolar e Adolescentes, são basicamente feito pelas duas psicólogas que a gente tem aqui. Tem um Programa pra Atendimentos de... Transtornos de Ansiedade, Depressão, é... eu faço um grupo, o outro psiquiatra que trabalha aqui no Centro de Saúde tem um outro grupo. A gente tem ainda um Programa de Visitas Domiciliares, né. E, basicamente, esses programas

estão é cor... é... coordenados com os atendimentos que a gente faz, os atendimentos individuais, os atendimentos... de caso novo e de triagem, né. Então quando você me perguntou os fatores que influenciam... na indicação... né?

ENTREVISTADORA: Na sua indicação.

ENTREVISTADO: Um, um primeiro fator é esse, assim, é... a disponibilidade, é... que, que a gente tem, de organização do serviço, não é. Então, pra onde... que esse paciente, na... dentro da nossa disponibilidade, dentro da, da estruturação que a gente... é... colocou no serviço, aonde que ele pode ter um... melhor planejamento terapêutico. Basicamente é esse o primeiro e talvez o principal fator, não é. É claro que isso é uma coisa muito dinâmica, assim, a gente tem reuniões semanais pra estar reavaliando...esses programas, pra estar... tentando, é, adequar melhor, é... quantos grupos, quais os tipos de grupos, quais os tipos de atendimentos que a gente vai fazer de acordo com a prevalência, de acordo com a demanda, com o tipo de paciente que procura, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Eu esqueci de falar ainda, a gente tem um... é... eu e o, e o "X", o outro psiquiatra, a gente coordena... um grupo que a gente chama de grupo de medicação. É, na Rede Básica, é, os psiquiatras, eles acabam atendendo os pacientes que tem...o diagnóstico de epilepsia. Não tem neurologistas na Rede Básica. Então, a gente acaba fazendo alguns... grupos pra atendimento desse tipo de pacientes, pacientes com retardo mental, também. Seriam grupos, assim, mais voltados, é, pra explicação de como... qual é a doença que eles tem, qual é a necessidade de medicação, explicação de sintomas. É um grupo mais voltado pra, pras questões médicas mesmo, não seria um grupo... psicoterapêutico, no sentido... analítico. Então eu acho que é isso, essa é a principal, a principal forma que a gente que, que influencia, né, a indicação do tratamento.

ENTREVISTADORA: São fatores, então...você está trazendo fatores institucionais, da organização...

ENTREVISTADO: Sim, fatores... da organização do serviço, né.

ENTREVISTADORA: Ahm.

ENTREVISTADO: Você vai a...você vai avaliar o paciente... eu não sei, assim, até que ponto, porque é um pouco... geral essa pergunta que você me fez, né?

ENTREVISTADORA: Ham.

ENTREVISTADO: Eu não sei até, é, qual é exatamente... o, o que que você exatamente está, é, está buscando, está esperando.

ENTREVISTADORA: Isso aí: os fatores que influenciam as suas indicações de tratamento.

ENTREVISTADO: Então, mais as, a, é...os fatores que influenciam?

ENTREVISTADORA: Em geral. Tudo o que você puder me falar dentro disso.

ENTREVISTADO: Não... é, é basicamente isso, viu. É, é,... a gente atende aqui, eu, eu, eu preciso te falar um pouco do, do contexto da gente aqui. A gente atende...é,é... os pacientes de uma região da, é, a ... assim, são “...” bairros a abrangência, a cobertura aqui do, do Centro de Saúde “...”, né. Desses “...” bairros, “...” ... são ocupações. São áreas, assim, que são... que os moradores são chamados sem-teto, né. Então a população é muito pobre, é uma população assim...

ENTREVISTADORA: Quase a maioria?

ENTREVISTADO: Exatamente. É uma população muito carente.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É, tem outros “...” bairros, como o próprio bairro, esse da Vila “...”, que também é uma população, é, relativamente pobre, tem um nível sócio-econômico baixo, mas em melhores condições do que os pacientes, é, sem-teto. É claro que a gente tem que levar em conta uma série de fatores, por exemplo:- na prescrição de uma medicação você tem que levar em conta, por exemplo, a própria condição econômica do paciente comprar a medicação. Então, quer dizer, isso é um fator que de repente influencia

na indicação de tratamento, né. Você está limitado em relação ao uso de algumas medicações, pelo pró... pela própria, é, dificuldade... econômica dos pacientes adquirir a medicação, tá. A gente procura resolver isso com o uso das medicações que são fornecidas pela... pelo Estado, né. A gente tem uma lista de medicações, são medicações básicas, alguns antidepressivos, o... o...neuroléptico, os benzodiazepínicos, as medicações básicas pro... pro... pros tratamentos da maioria das patologias a gente consegue, através da própria, da própria, do próprio Centro de Saúde que oferece, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então isso é um fator, vamo dizer assim, dentro do, do, do campo da, da... do... de um tratamento mais biológico, medicamentoso, a gente tem essa, é, esse, esse fator, né, que é muito presente aqui no Centro de Saúde. Não só aqui, né. De uma maneira geral, né, num contexto até... na "...", eu trabalhava na "...", lá também acontecia isso, né. E isso... se estende também a... uma indicação, por exemplo, de uma psicoterapia, é... de um... se o paciente... necessita ou quer fazer um tratamento... psicanalítico, muitas vezes, ele não pode aqui, pela própria... inexistência de um... de um... de uma possibilidade... operacional no Centro de Saúde, de você ter um atendimento semanal. É claro que tem as psicólogas, fazem isso, mas isso tem um limite, a demanda é muito maior, as agendas delas estão sempre lotadas.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Existe lista de espera. Agora, a gente tenta operacionalizar isso, né. Equilibrar da melhor forma possível, propiciar ao...atendimentos em grupo, né. É...um outro fator ... na verdade todos esses fatores, eles passam... meio que pelo aquilo que eu falei inicialmente: a organização, a estrutura e, por exemplo, se você tem um...terapeuta ocupacional num Centro de Saúde, você pode, é, possibilitar um tipo de atendimento pra alguns pacientes, você abre um leque maior... de... possibilidades terapêuticas, entendeu?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então depende muito também da própria equipe. Mas assim, a própria composição da equipe, é que vai determinar...os tipos de programa que você vai ter. Então, quer dizer, a gente tem...esses programas. A gente não tem, por exemplo, um Programa pra Esquizofrênicos Crônicos, que precisam de alguma...atividade ocupacional. Por quê? Porque a gente não tem uma terapeuta ocupacional aqui, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: A equipe aqui são: dois psiquiatras, duas psicólogas e uma enfermeira psiquiatra. Então, o que a gente tenta, é dentro...da...car...do tipo de profissional, né, da carga horária de cada pro... profissional, é... possibilitar uma estrutura que abrange o maior número possível de pacientes e que tenha...uma certa qualidade nesse atendimento, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, é basicamente isso.

ENTREVISTADORA: E esses pacientes, como que você faz... com esquizofrênico...

ENTREVISTADO: Hum.

ENTREVISTADORA: Ele vem e daí você faz o quê?

ENTREVISTADO: Então, é, é difícil, né. É difícil te dizer, assim, o que a gente faz com... Cada paciente tem uma certa, uma certa... necessidade, um certo nível de habilidade. A gente vai julgar isso. É difícil generalizar, mas, sem dúvida, existe...

ENTREVISTADORA: Seriam fatores do paciente que você está levando em conta?

ENTREVISTADO: Claro. Fato... fatores do paciente. A gente tenta, em alguns casos, né, quando...existe uma, uma indicação, a gente...tem, dentro de uma avaliação, que existe uma indicação de um paciente...fazer alguma atividade, é, no sentido, assim, terapêutico ocupacional, eu costumo encaminhar esses pacientes pra...pro Hospital-dia, principalmente do "...". Eu cheguei a... encaminhar...alguns pacientes. Agora, é, é difícil, porque, na verdade, quando começou a haver aquele movimento de, de Reforma Psiquiátrica, né, quer dizer, os pacientes, eles... passou a se adotar um princípio de que os pacientes deveriam ser atendidos...fora do hospital, né. Deveria haver uma desinstitucionalização, é, bastante extensa, e, e que demandasse...a construção de, de...

Serviços extra-hospitalares, né. Esses Serviços extra-hospitalares, quer dizer, o Centro de Saúde, ele é um desses Serviços, né. Mas na verdade o que deveria, o que necessitaria haver... era um espectro de Serviços, né, pra...né... A gente tem alguns CAPS., a gente tem... o Hospital-dia , é... a gente tem modelos, né, de...de...Lar abrigado, é, moradias...extra-hospitalares pra pacientes crônicos, né. Esse espectro, na verdade ele...ele não funciona ainda a contento no Brasil, né, de maneira geral. Então o que, o que acaba acontecendo é que os Serviços que já existem, eles tem que...se estender, eles tem que, meio que, atender... os pacientes, fazer atendimentos, é... do... de...diferentes pacientes, mesmo que não haja, é, vamos dizer assim, mesmo que a indicação não f... não... não... não fosse do atendimento ser nesse Serviço, né, é, é...

ENTREVISTADORA: Mesmo que não fosse uma indicação...

ENTREVISTADO: é... o que eu estou querendo dizer é, é assim:- ainda não, não existe um modelo, por exemplo, um Centro de Saúde, né... Como que a gente poderia caracterizar um atendimento de Saúde Mental num Centro de Saúde? É...até que ponto, até onde...um Centro de Saúde se confunde com, com um CAPS., com o modelo de um CAPS.? Até que ponto? Quer dizer, existe a proposta de se ter...indi...é...equipes multidisciplinares, com terapia ocupacional, com...com enfermeiros psiquiátricos, psicólogos, psiquiatras, né. Até que ponto se pode, num Centro de Saúde, se...integrar atividades pra pacientes crônicos, pra pacientes com retardo mental, pra pacientes alcoólatras? Até que ponto, é, a Psiquiatria, ou Programas de Saúde Mental, podem ser complexos no Centro de Saúde? Essa é a grande questão. Qual o grau de complexidade de cada Serviço, você entendeu? Então, essa é uma questão em aberto ainda. Existem modelos, existem cidades que estão fortemente empenhadas em desenvolver, é, uma série de, de Serviços nesse espectro que eu falei de atendimentos fora do hospital, né. É, em Campinas, existem al...é, algumas propostas, existem algumas coisas já funcionando, né. E a gente tenta aqui no Centro de Saúde responder essas questões, né, estar sempre, é, fazendo avaliações, o que a gente pode oferecer, como que a gente pode desenvolver o Serviço de acordo com a carga horária do, dos profissionais.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É uma situação...até certo ponto difícil, por exemplo:- tem vários Centros de Saúde que não tem...psiquiatras, tem equipes incompletas, tem Centros de Saúde que não tem nem equipe de Saúde Mental. Então tem uma, grande parte de pacientes, que acaba ficando relativamente desassistida. A gente atende, por exemplo, aqui, pacientes do Centro de Saúde "...", porque lá não existe...um, um, um psiquiatra. Eles têm uma equipe, uma equipe até que consegue fazer algumas ações dentro das, das possibilidades deles, né. Eles não têm, por exemplo, possibilidade de, de medicar os pacientes lá pela fa...pela falta de psiquiatra. Eles têm um trabalho com um psicólogo, com um terapeuta ocupacional, mas não é uma equipe completa, como a nossa também não é. A gente não tem terapeuta ocupacional. Então o que existe é...a tentativa de, dessas... várias equipes de tentar, é, dentro do seu perfil, possibilitar um melhor número possível de ações terapêuticas pros, pros pacientes.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Entendeu? Eu acho que é basicamente isso. (tempo).

ENTREVISTADORA: E internação?

ENTREVISTADO: Inter...

ENTREVISTADORA: Como é que funciona? Você falou do seu encaminhamento pro Hospital-dia, se você percebe que há essa necessidade...

ENTREVISTADO: Isso.

ENTREVISTADORA:...para o próprio paciente...

ENTREVISTADO: Isso. Então, a internação psiquiátrica, ela está... Existem algumas indicações, assim, né, de, de, de internação psiquiátrica que são coisas assim, é, mais ou menos consensuais, né. Isso não existe muita, né... o paciente... com risco de vida, ou o paciente que põe em risco...outras pessoas. Existem alguns fatores que, que, são indicações absolutas de uma indicação...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...tá? Aqui em Campinas existe uma central de vagas, né. Então a gente...interna os pacientes através dessa central de, de vagas. Eles, é, tem contato com os diversos hospitais da, da região, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...os Hospitais, o "...", o "...", os próprios "...", a "... e a "...". É, e através dessa central, a gente passa os dados dos pacientes e o paciente é encaminhado pra internação, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É, isso é uma outra coisa que tem que funcionar coordenado com esses Serviços extra-hospitalares, né. Mas, as indicações pra internação são, são indicações, assim, meio que consensuais, em todo lugar...tem essas... tem essas indicações e se...se internam os pacientes. É óbvio que mudou muito as características do, do hospital psiquiátrico. Os pacientes, a tendência é ficar menos tempo...internados, é os pacientes usarem mais esses recursos extra-hospitalares, né?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mais ainda existe algumas, algumas patologias, algu...alguns momentos de...determinadas patologias, que fazem com que os pacientes necessitem ser internados, né.

ENTREVISTADORA: E fora o que você falou, o que mais você que poderia, também, contar ligado a esse assunto ou que você gostaria de estar falando...

ENTREVISTADO: Olha, Gláucia, eu acho o seguinte:- eu acho que a, a gente, essas discussões que, que ocorrem em relação, em relação às reformas, à reforma psiquiátrica... eu trabalho, assim, dentro de um, de um modelo, eu, eu estudo, é, um modelo que é chamado "...". Eu não sei se você conhece, se você...que é, que é um modelo que procura, que acha que é necessário uma aproximação maior da psiquiatria com a "...".

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO:-... pra entender melhor, é, determinadas características dos pacientes, pra se construir identidade sócio-culturais dos pacientes, né. Então, eu, eu, uma da, um dos motivos que eu trabalho...em Centro de Saúde, é justamente esse, né. É uma, é uma aproximação com... A gente trata aqui de, é, pacientes de um nível...sócio-econômico mais baixo, pacientes que tem algumas particularidades, em relação... a alguns fatores como:- família, trabalho, religiosidade, o próprio... muitas vezes um contexto de migração, né. Então, a gente procura, entender melhor esses fatores. É claro que, dentro de uma equipe... multidisciplinar, cada um vai ter seus referenciais teóricos, cada profissional vai ter...o seu... o seu... plano, o seu projeto de psiquiatria ou de saúde mental, né. Aqui na, na nossa equipe, é, eu tento inserir algumas coisas relacionadas a... "...", né. As pró... essas próprias visitas domiciliares que a gente faz, tem um caráter meio... um pouco de você reconhecer... alguns aspectos relacionados à cultura do paciente. Eu faço junto, junto com a enfermeira psiquiátrica, né. A gente faz essas visitas, é, a própria entrevista que a gente faz, pelo menos que eu faço aqui, é uma entrevista que tenta levar em conta esses fatores, não é. É, eu acredito que é, assim, uma maneira... bastante interessante de se resolver alguns dilemas dentro da prática psiquiátrica, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: A gente vê, por exemplo, o alcoolismo, a questão do, dos pacientes usuários de drogas, os próprios pacientes...esquizofrênicos, em relação a essa, é, recuperação ao trabalho que se pode fazer com um paciente pós...um surto psicótico. Eu acho que essa aproximação permite uma série de coisas bastante interessantes no, no conhecimento dessa doença, no conhecimento...desse paciente e até... possibilidades terapêuticas mesmo. Esse é um campo ainda, aqui no Brasil, é um pouco novo, não tem muita gente pesquisando isso. Mas é uma coisa que eu poderia dizer. Você pediu... pra eu falar mais, mais alguma coisa...

ENTREVISTADORA: Essas visitas, como é que elas são determinadas?

ENTREVISTADO: Então, a...essas visitas domiciliares elas, em primeiro lugar, elas tem uma caráter, é, de busca de pacientes egressos, a gente chama. São pacientes que...foram internados em Hospitais Psiquiátricos e eles acabam sendo reencaminhados pro

Centro de Saúde através de uma guia de contra-tran... transferência... contra-referência pra, é, pra seguir o tratamento, pra continuar o tratamento, né. É, esse é um momento importante da gente... estar visitando ou, pelo menos, entrar em contato com esse familiar pra marcar consulta aqui pra que ele não perca, o, o acompanhamento. Ele... foi internado, né, certamente devido... a alguma, a algum... problema psíquico... grave, alguma coisa que realmente impediu que ele continuasse o, o tratamento ambulatorial, ou impediu o próprio convívio social dele. Foi... necessária a internação. Então a gente faz essa visita primeiro nesse sentido, né. Esse é um primeiro tipo de visita que seria, assim, uma visita de busca dos egressos, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas, além disso, a gente faz algumas visitas, é, pra entender... alguns pacientes que... procuram o Centro de Saúde, acabam deixando o tratamento, abandonando o tratamento. A gente... faz algumas visitas domiciliares nesse sentido...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO:...a gente faz algumas visitas pra complementar a entrevista, pra tentar entender melhor. É claro, a gente pede o consentimento do paciente pra fazer essa visita. A gente acaba, é, tentando compre... compreender melhor qual que é o contexto sócio-cultural do paciente, né. É muito interessante, por exemplo, algumas visitas...dentro dessas ocupações, é, são...lugares, é, dentro do, do...do espaço urbano, né. Uma cidade como Campinas, uma cidade bastante desenvolvida, que...apresenta carências, assim, muito intensas, né, e, e isso leva a que haja um, um, um contexto sócio-cultural ali...envolvido, né, quer dizer, como que esse paciente, ele... se relaciona com os familiares, ele está empregado,...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...ele não está empregado, qual é o tipo de rede social de que ele faz parte, né, qual que é o tipo de...religiosidade ou qual é a religião que ele frequenta, como que o paciente chegou aqui no Centro de Saúde, ele procurou ajuda em outros lugares?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ele procurou? Ele, ele, faz...algum tipo de tratamento paralelo a esse tratamento psiquiátrico visando resolver o problema dele?

ENTREVISTADORA: E isso você tenta levantar na visita ou você já tenta levantar na primeira entrevista com ele?

ENTREVISTADO: A gente tem uma entrevista aqui que procura abranger tudo isso.

ENTREVISTADORA: Tudo isso...

ENTREVISTADO:...tá? Eu posso até depois, se você se interessar, eu posso até te passar. Mas a gente...procura complementar algumas coisas na visita, né. A visita, ela dá uma experiência mais concreta às coisas que o paciente verbaliza aqui, né. A gente... identifica algumas coisas que o paciente não disse, ou, a gente...pode confirmar ou não o, o, o, o... assim, a sutileza daquilo que ele disse, o grau de, de... de intensidade de algumas coisas que ele disse, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então a gente...procura fazer isso. É claro que isso é paralelo às... a, a entrevista clínica... normal, que, que se faz. Os pacientes têm o, o diagnóstico, tem o planejamento terapêutico em relação à medicação, em relação à psicoterapia, mas a gente tenta... incorporar isso. É o que a gente chama de formulação cultural, do, do, do caso, não é?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Isso é uma coisa, assim, que eu acho muito interessante e que faz parte, assim, aqui, pelo menos do, do nosso trabalho.

ENTREVISTADORA: O que mais você poderia ou gostaria de me falar?

ENTREVISTADO: Olha, Gláucia, eu acho que é isso, viu. Eu acho que é isso.

Eu poderia te falar mais um pouquinho dessa questão da, da, desse trabalho que a gente faz...

ENTREVISTADORA: Hum.

ENTREVISTADO: ... em relação a, a, às visitas, a cada Programa, né, quer dizer. Existe uma... existe uma série de discussões assim, né, em relação a esse Programas. Por exemplo, como que a gente pode organizar um Programa de Saúde Escolar, aqui, né? É, a psicóloga faz algumas visitas à escola, a gente tem, é, um número muito grande de crianças que são encaminhadas da escola com dificuldades de aprendizagem. Então existe uma série de, de discussões específicas pra cada... Programa desse tipo, né. A gente tem uma reunião semanal aqui justamente pra isso, né, pra tentar... é... entender melhor o que está acontecendo, tentar... fazer um planejamento...o mais adequado possível a... essa demanda, né. É, cada Programa tem as suas particularidades, as suas dificuldades, a questão do alcoolismo, o, a questão dos, dos pacientes adolescentes, né. Então a gente, a gente tenta... coordenar isso, mas é muito difícil, assim, até... em relação a recurso humano, aqui, já... pela demanda. A maioria dos Centros de Saúde necessi... necessitaria de uma equipe, de uma equipe maior, necessitaria de, de discussões mais aprofundadas, supervisões, pra que se ... possa fazer uma coisa, é, mais complexa e mais, é, estruturada pra cada patologia.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Tá? Mas é isso. Aí se a gente for... discutir cada... Programa ficaria... (risos)...

ENTREVISTADORA: E iam ter vários fatores relacionados a cada Programa?

ENTREVISTADO: Sem dúvida! (risos) Por exem... é, sem dúvida, né, quer dizer, por exemplo o, é ... em relação à Saúde Escolar que a gente estava comentando, né. Existe uma dificuldade... em fazer com que o... os professores entendam, exatamente, qual o papel da psicóloga aqui do Centro de Saúde, que se... que se possa tentar resolver algumas coisas na própria escola. Aí já é uma área bem específica que envolve até psicopedagogia, envolve, é, questões... relacionadas a aprendizagem mesmo, como que é o processo de aprendizagem, como que a escola está, está estruturada pra, pra... atender, pra re... pra receber, pra lidar com, com dificuldades es... escolares, como que é o treinamento desse professor, né. A, a psicóloga aqui do Centro de Saúde ela tem um trabalho de, uma

supervisão com os professores, né. Isso acaba evitando alguns, alguns encaminhamentos, vamos dizer assim, desnecessários, né, coisas que podem ser, é, abordadas lá na própria escola, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E... uma série, uma série de fatores, né, em relação ao alcoolismo, por exemplo, né. A gente tem, é, a gente tem um projeto de, de, de fazer à maneira que a gente faz no atendimento dos... familiares de, de psicóticos, fazer no atendimento dos... familiares dos alcoólatras. Tentar coordenar o máximo com outros... como CRIADE, como o "...", com outros... processos aí de, de ajuda, pra tentar obter um melhor, um melhor índice de sucesso no tratamento dos pacientes alcoólatra.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, é isso. Essa, essa a... abordagem relacionada aos fatores sócio-culturais, eu acho que... pode possibilitar uma série de, de ganhos também nessa... na, na estruturação de um Serviço, na... possibilidade até de, de adesão do paciente, na possibilidade de você ter uma compreensão melhor do caso. Eu acho que é uma, uma coisa bastante interessante. A, a idéia é...

FIM DO LADO A DA FITA

ENTREVISTADORA: Pode falar.

ENTREVISTADO: Então, é am... é am...é am ...

ENTREVISTADORA: A idéia é ampliar?

ENTREVISTADO: É ampliar o leque de, de opções...terapêuticas pro paciente, mas a partir de um conhecimento, é, mais profundo mesmo do caso, não só... à nível... psicológico, ou à nível da doença, é, da psicopatologia do paciente, mas, dessa identificação sócio-cultural que eu falei, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Seria...uma forma de você estar se aproximando mais do paciente, né, de você estar, assim, é...podendo...oferecer, oferecer...um tratamento que... que o paciente... entenda como mais próximo a ele, né, em relação a, a...uma série de fatores, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mesmo... psicoterapêuticos, até, em relação aos aspectos... simbólicos da, da estrutura... do mundo do paciente, como que ele está organizado a nível simbólico. Isto tudo pode, é, pode ser, assim, bem, bem delimitado, melhor delimitado com a aplicação de... de técnicas relacionadas à “...” mesmo, né.

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: Era isso (risos), acho. Acho que eu falei demais já.

ENTREVISTADORA: Que nada.(risos) Você falou ... está bom.

ENTREVISTADO: Eu não sei como que, como que foi assim a sua experiência com os outros psiquiatras. Eu acho interessante, eu até tenho curiosidade depois de, de...saber como que... como que o pessoal aí, os meus colegas ... estão lidando com essas questões.

ENTREVISTADORA: Tá. Se depois, se você quiser ler minha Tese inteira ... (risos).

ENTREVISTADO: Tá, com certeza!(risos)

... Não, isso é mais uma dúvida, assim, entra em considerações mais técnicas, você entendeu?

ENTREVISTADORA: Ham.

ENTREVISTADO: Eu não sei... a visão que você está buscando...

ENTREVISTADORA: O que eu estou buscando é a visão do psiquiatra,

ENTREVISTADO: Certo.

ENTREVISTADORA: ... é a sua visão...

ENTREVISTADO: Tá.

ENTREVISTADORA: ...desses fatores de influência.

ENTREVISTADO: Você quer que eu repita então?(risos)

ENTREVISTADORA: Repete pra mim, então, esse fator que você acha que é relacionamento, é, da Psiquiatria com as outras equipes.

(houve problemas com o gravador)

ENTREVISTADO: É. Eu, eu vou colocar, assim:- em, em, em primeiro lugar, a questão, assim, da... que existe uma certa... particularidade no atendimento do, do psiquiatra e do, dos Programas de Saúde Mental no Centro de Saúde em relação a alguns fatores. Por exemplo:- no Centro de Saúde a gente atende assim, em geral, é... uma maioria de casos que são os chamados “casos psiquiátricos menores”, chamados “casos psiquiátricos menores”, né, em relação a, aos casos mais graves que estariam sendo atendidos nos Hospitais, né, Psiquiátricos. Uma segunda particularidade seria, é, o, o fato de que não há ainda um modelo estruturado, e fechado, e definido de como deve ser essa atuação do psiquiatra. É aquilo que a gente estava comentando.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Que ainda existe um espaço muito aberto pra se construir modelos, pra que se organize esse espectro de atendimentos, é, fora do, do hospital, de uma maneira organizada. Ainda existe um espaço de discussão nesse sentido, né. O, o que é um CAPS? O que é um Hospital-dia? Como que deve funcionar? Como que deve se estruturar em relação a oficinas terapêuticas, em relação à integração do, do... paciente... com uma doença mental na sociedade, né? Um outro fator é, é a questão de que a equipe de Saúde

Mental do Centro de Saúde, ela é mu... multidisciplinar. Ela é uma... existe um espaço pra diversos profissionais que são espaços que devem ser complementares, né, principalmente psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros psiquiátricos, também assistente social, na medida do possível. Não só no Centro de Saúde, mas, em todos esses, esses Serviços, né, extra-hospitalares e até... hospitalares. É, um outro fator, também é o do... No Centro de Saúde, é um grande número de problemas sociais associados à questão da, da própria doença mental, né. Centros de Saúde, principalmente na periferia de grandes cidades, vai haver... uma série de fatores sociais que vão estar, é, relacionados à doença mental dos indivíduos e esses fatores têm que ser levados em conta, né.

ENTREVISTADORA: Fala pra mim, mais especificamente, aquilo que você estava falando sobre o Clínico.

ENTREVISTADO: É, é isso que eu, eu vou chegar agora, o último ponto, que é uma outra particularidade que seria a, essa última particularidade que eu estou, que eu estou chegando, que é a necessidade de uma, de uma relac... do, do... O trabalho da equipe de Saúde Mental no Centro de Saúde ela tem que estar inserida no projeto maior do Centro de Saúde que é um projeto de atendimento, é, voltado pros programas Básicos de Saúde, né. Por exemplo, aqui no Centro de Saúde a gente tem o Programa... de Saúde do Adulto, que, que é coordenado pelos... médicos Clínicos Gerais. A gente tem o Programa de Saúde da Mulher, o Programa de Saúde da Criança, o Programa de Saúde Bucal, que é, é... a Odontologia e o Programa de Saúde Mental. São esses cinco Programas Básicos. É importante que os Programas específicos de cada área sejam conhecidos pelos outros profissionais do Centro de Saúde, que haja, é, quando necessário, uma, uma troca, encaminhamentos... organizados dos pacientes, você entendeu? E principalmente essa relação do Programa de Saúde do Adulto e do Programa de Saúde Mental é uma coisa que tem que funcionar bem, porque... muitos pacientes, eles podem começar o atendimento... num Programa de Saúde Mental, no caso de um, um desse tipo de, de, de interação, né, esses pacientes muitas vezes eles estão... sendo atendidos por dois profissionais, né. Pacientes que tem doenças... chamadas psicossomáticas, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E, e isso tudo, na prática, a gente, a gente lida com esses, com esses... dilemas, assim, diariamente, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então isso também faz parte, né. É o que eu... falei pra você no começo: existe um... Projeto de Saúde Mental, aqui, que a gente está sempre reavaliando e procurando... complexificar o máximo possível, né. Mas isso demanda tempo, isso demanda, é, uma certa maturidade da equipe. Que você adquirir a, é, uma coisa assim, de... não é uma coisa rápida, é uma coisa que, que demora, que, que, assim, é necessário haver um nível de organização interna e um nível de organização no contato com os outros Programas, que é uma coisa... muitas vezes demorada, né. Mas isso tudo faz parte do, do, do Projeto.

ENTREVISTADORA: Certo.

ENTREVISTADO: Tá bom? (risos).

ENTREVISTADORA: Tá bom!

ENTREVISTADO: ... quadro de ansiedade ou uma depressão leve, depois passar pro próprio clínico continuar atendendo. Tem que haver um, um certo grau de, de interação entre o clínico e o psiquiatra na discussão de alguns casos. Isso tudo é, é uma coisa que, é, se funcionar bem, é uma coisa bastante útil, né, pra, no atendimento do, dos pacientes.

ENTREVISTADORA: Então, se funcionar? Ele está funcionando ou ele... é uma proposta?

ENTREVISTADO: Aqui, aqui ainda é uma proposta, ainda tem muita coisa que, que a gente, que a gente não, não tem. Aqui ainda a coisa passa muito pelo contato verbal informal de pacientes, de troca de, de encaminhamentos, de discussão de caso, uma coisa mais informal, mas isso é uma outra coisa que... deve ser incorporada no Projeto, né,

deve ser um, um, assim, uma coisa... mais organizada. Deve fazer parte, até, de um protocolo em relação a alguns pacientes que possam passar a ser atendidos pelo clínico. O próprio clínico, é, poder, é, controlar algumas medicações psicotrópicas, os benzodiazepínicos até antidepressivos se ele receber um treinamento adequado no Centro de Saúde, né. Esse, esse tema que você estuda de, de... doenças psicossomáticas é... uma, é uma amostra, assim, é... interessante.

ENTREVISTADORA.: O .K!

FIM DA ENTREVISTA.

9.5.5. Entrevista Nº 5

ENTREVISTADORA: Então, doutora..., a minha questão pra você é a seguinte: eu gostaria que você me falasse a sua visão... é...visão sobre os fatores que você considera que exercem influência nas suas indicações de tratamento aqui, na Unidade; aos pacientes da Unidade...

ENTREVISTADO: Uhm...

ENTREVISTADORA: Então; no momento em que você está com o paciente o que você acha que acaba exercendo influência na indicação de tratamento que vai destinar a ele?

ENTREVISTADO: Olha, tem muito a vê... ah... o tratamento que a gente vai instituir... as condições... financeiras, sócio-econômicas e a situa... e a, as condições da própria disponibilidade de recursos da Rede. Porque fica difícil ... você indicar um tratamento quando o paciente não vai ter condição de fazer. Você não pode estar medicando com determinado med... produto, quando ele não vai ter condição de comprar. Então muito da da da das indicações do tratamento que se faz à nível de Rede são baseadas na disponibilidade, naquilo que você tem. Então você procura adequar o paciente aos recursos que você tem pra conseguir um melhor resultado. Porque se assim não for você não tem condição, você fica caminhando e patinando no... sem sair do lugar. Porque você recei... acha que a indicação é uma... uma indicação... ele não tem poder aquisitivo pra comprar.... Você acha que ele deveria fazer um tratamento de uma ... desintoxicação... você não tem uma clínica adequada. Você acha que seria necessário uma internação de alguns dias, tal, pra tirá-lo do ambiente familiar etc. e tal, mas você vai ter hospitais ... muito heterogêneos... então com tudo misturado, e não é o que você quer pra determinados quadros e pra determinados pacientes. Então vai muito daquilo que você dispõe... certo? Não é aquilo que você faria... porque você quando tem a sua clínica particular, você quando tem o seu consultório, tal, você não precisa estar computando esses fatores. Então você pode está indicando pro paciente o tratamento que seja o mais resolutivo... e o melhor possível. No paciente de Rede você já não tem essa disponibilidade... porque se você tentar fazer isso... você não vai fazer nada.

ENTREVISTADORA: Uhm...

ENTREVISTADO: E como eu estou nesse serviço público há “...” anos, eu... aprendi a lidar com aquilo que a gente dispõe.

ENTREVISTADORA: Pela longa experiência.

ENTREVISTADO: É (riso).

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Então são “...” anos de serviço público, de Psiquiatria, de hospital psiquiátrico, de ambulatório de Psiquiatria, tal, e então ... a gente, depois de um certo tempo você aprende a conviver com as... restrições que você tem... a nível de Rede, e, aprende a trabalhar com aquilo que você dispõe... e dentro daquilo fazer o melhor possível...

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Então você consegue ter uma boa evolução, você consegue ter uma boa resolutividade, você consegue ter uma... boa... vamos dizer, até recuperação, do paciente, mas... jogando não com aquilo que você prioritariamente gostaria que fosse, mas com aquilo que você tem em disponibilidade.

ENTREVISTADORA: Você poderia me falar um pouco sobre o que você tem em disponibilidade?

ENTREVISTADO: Posso.

ENTREVISTADORA: O que você pode então oferecer...

ENTREVISTADO: Posso. O que eu posso oferecer é, nos casos mais extremos, a internação psiquiátrica, certo?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Essa vai da... aceitação do paciente... ou, no caso da não aceitação... do próprio... nos casos em que ele esteja tendo um quadro dissociativo muito grande, ou um quadro confusional, ou um quadro... alucinatório delirante muito violento, então, quadros de hiperatividade, de agressividade, irritabilidade, então estes quadros, a família que acompanha o paciente vai estar relatando e a gente vai estar sendo testemunha dessa agitação e desse estado confusional. Então, em função disso, muitas vezes você não pode estar aceitando... a vontade do, do paciente, porque ele está num estado confusional tal que ele não consegue saber o que é melhor. Ou aqueles quadros depressivos muito violentos onde há o risco de suicídio. Então, nesses casos a gente procura indicar uma internação na fase aguda pra depois a manutenção do tratamento à nível ambulatorial.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então as... as internações... estão sendo... não de longos períodos, períodos relativamente curtos, que o paciente vai... sai do quadro agudo e retorna a continuidade do tratamento ambulatorial. Aqui no tratamento ambulatorial, a gente têm, além do tratamento medicamentoso, da psic... da psicoterapia médica, nós temos também o apoio psicológico. Então nós temos uma psicóloga que faz a psicoterapia individual, em grupo, tal, e vai enquadrando os pacientes. Os pacientes aqui nós além do atendimento individual, temos o atendimento em grupos: grupos de verbalização, de, de desmedicalização, grupos de tapeçaria, e agora estamos... criando outros.

ENTREVISTADORA: E quais fatores, então, ... acabam é... exercendo influência para você indicar pra esses tratamentos, ou pra psicóloga, pra psicoterapia médica... para esses que você falou?

ENTREVISTADO: Você, você teria o seguinte: você parte da premissa, da avaliação, do quadro básico que se nos apresenta. Então eu vou fazer uma anamnese, eu vou ouvir a história do paciente, eu vou ver de onde veio a sua patologia, qual foi o início, qual foi a... a evolução, quantas internações ele já teve, se é que teve, se o quadro já é antigo, se o quadro é residual, se o quadro é novo, então nós vamos estar avaliando tudo isso. E, de acordo com o quadro apresentado e como ele esteja, nós vamos estar instituindo o melhor tratamento. Na maioria dos casos a gente usa... a farmacologia. Então se usa o o

neuroléptico em grande escala, o anticonvulsivante, o... ansiolítico, o anti-depressivo.... Isso realmente se faz porque são pacientes que têm necessidade da medicação pra... conseguir segurar o seu fator de estabilidade. Então... a maioria dos pacientes de Rede, eles necessitam do medicamento... quer os pacientes convulsivos, quer os psicóticos, quer os neuróticos, mas a gente têm uma... necessidade de estar instituindo uma terapêutica em... em determinados casos a gente até diminui muito o medicamento específico e põe um medicamento tipo placebo. Então põe um complexo B, põe um polivitamínico, tal, mais pra ele sentir que ele está tomando aquele remédio e que o remédio está melhorando... porque eles sentem... um apoio muito grande a nível medicamentoso. Então eles acham que o remédio tem poder de estar melhorando e revertendo os quadros; então quando necessário, a gente usa a terapêutica psiquiátrica propriamente dita, mas, naqueles casos em que vai havendo uma evolução e uma involução do quadro apresentado, então a gente vai entrando com alguns medicamentos tipo vitamínico tal, que vai dar um suporte a ele, pra ele estar achando que está medicado, pra manter o vínculo... de retorno... porque se você... chegar a um ponto e abolir a medicação... você chega a um ponto em que há o abandono também: “Eu num vou lá porque eu num preciso pegar remédio, então se eu num preciso... é, pegar remédio... eu num preciso de consultar; se eu num preciso consultar então eu não vou voltar”. E daí regride tudo, porque ele vir à psicoterapia, ele vir às consultas, conversar, estar falando sobre os seus problemas, a problemática do dia-a-dia, estar se abrindo, estar pedindo algumas opiniões, trocando idéias, isto faz bem, porque a grande maioria não têm quem os ouça. Então o paciente de Rede em sua grande maioria ele tem uma carência afetiva muito grande, e tem uma necessidade de ser ouvido. Então não só o psicótico, mas... o neurótico e os outros todos, eles... querem ser ouvidos. Então você tem que ouvir, e muitas vezes você não diz aquilo que ele quer... daí regride tudo, porque ele vir à psicoterapia, vir ouvir... mas... ele te ouve, e volta, porque mesmo você não dizendo aquilo que ele queria ele sabe que aquilo que você está dizendo é real. Então....

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: ...ele volta. Então o nível, vamos dizer, de abandono, de tratamento é muito pequeno. A gente tem uma continuidade de tratamento, um nível de... de, de, vamos dizer, de abandono... é realmente pequeno... não posso te dizer exatamente o

percentual disso, mais é um percentual insignificante, porque a continuidade é importante, e esses é... essas... oficinas de trabalho, e esses grupos, a gente criou na... a intenção deles é exatamente você manter o doente mais próximo a você. Então você está verificando. Então qualquer agudização, por menor que seja do quadro... você está vendo a alteração comportamental que se apresenta e está entrando com a medicação, reforçando aqui, aumentando ali, controlando ...de... bem assim, bem de perto. E isto tem nos feito verificar que pacientes que tinham um, um nível constante de internação, essa internação se tornou menor e mais espaçada. Então são pacientes que estão passando anos sem internação. Porque o paciente desinternava, vinha, fazia uma consulta, daí tinha que voltar em um mês, dois meses, tal, pra ver a medicação naquele dia. Então vinha, ou, se você não notasse ... porque às vezes é, é uma alteração mínima que ele tem, mas se você pega no pontinho ali você segura, e não dava pra perceber assim .. então foi que foi criada essa oficina... não fui eu que comecei, eu já peguei caminhando, mas apenas estou dando continuidade ao que já tinha sido feito anteriormente e... funciona.

ENTREVISTADORA: É essa reunião que...

ENTREVISTADO: É essa reunião... é. Independente dessa que tem tapeçaria, que são todos pacientes psicóticos, certo.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas compensados. Então, por exemplo, tem uma, que está aí ne... citando um exemplo... ela está, até hoje e tal... há vinte dias atrás, ela começou a entrar em... surto delirante, começou a falar muito, ficar muito eufórica, muito agitada tal e... e... e eu percebi muito rapidamente. Daí conversei como quem não quer nada, tal: “Olha, vamos rever a tua medicação, eu acho que esse remédinho vai ser bom, não sei o quê, tal tal tal...” Se mudou a terapêutica, aliás, reforçou... não é que mudou; os sinais regrediram e ela não chegou a entrar em surto maior e a... acomodou e está bem, participando e... então você mantém, porque eles vêm aqui duas ou três vezes por semana. E nessas duas ou três vezes por semana eu tenho contato com. eles. Então este contato me permite detectar um mínimo de alteração que seria presente.

ENTREVISTADORA: Todos os pacientes vêm?

ENTREVISTADO: Não. Os do grupo.

ENTREVISTADORA: Só os do grupo?...

ENTREVISTADO: É, porque têm alguns que se recusam a participar do grupo. Então têm pacientes que não aceitam o a... o tratamento em grupo... eles querem o tratamento individual... eles querem eles estar frente ao profissional, estar conversando, falando do problema dele, porque ali é... um... e... vamos dizer... é um apanhado de várias pessoas e cada uma... cita o seu problema. Então você tem que citar o seu problema e ouvir o problema do outro e tem gente que não está disposto a isso. Mas... eu estou tentando criar dispositivos novos dentro do, do grupo, que antes não, não, não teria como ser como ser feito, porque era uma terapeuta ocupacional que fazia o grupo... tal... então é diferente quando você está... conduzindo um grupo... e você é de uma área a fim... ou quando você é o profissional médico... então ela tinha um caminho a seguir, então dentro da parte comportamental e dentro da parte de terapia, de atividade... laborativa. No caso, por exemplo, como profissional médica eu posso ir mais além. Então, por exemplo... a maio... qua... todos eles, não, não é a maioria, a totalidade deles... manifestaram, assim, muita vontade de saber alguma coisa mais a respeito de cabeça, de corpo humano, de funcionamento... cerebral e tal. Então o que que acontece? A gente está... fazendo algumas reuniões e colocando esses assuntos. Então, por exemplo, eu já falei em termos de que vou providenciar um vídeo, pra estar mostrando pra eles todo o corpo humano, explicando, tal e tirando as dúvidas que eles possam ter. Com essa ati... atividade que se tá criando, o que que acontece? Eles estão falando com outras pessoas que não pertencem ao grupo... mas baseado nesse interesse, já estão querendo vir.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Então a gente espera ampliar mais o número de favorecidos...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E a gente vai... vai fazendo ... então tem vários grupos de atividade, mas... que a finalidade... principal, é você estar impedindo a internação do paciente e a agudização do quadro. Certo?

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Então por enquanto é esse, esse... é essa a finalidade desses grupos que a gente têm. Agora, eu acho que isto pode ser muito ampliado, então... agora a gente está planejando aumentar esse, esse... essa esfera de grupos, e de abrangência também. Então começando a trabalhar com adolescentes, trabalhar com famílias de alcoólatras, trabalhar com pa... pessoas que tenham pacientes em casa com patologias degenerativas, tipos de Alzheimer e coisas afim e tal, quadro demenciais. Então é muito difícil pras pessoas que convivem estar lidando com este tipo de paciente psiquiátrico, porque é um paciente difícil, muito difícil, e... a própria família, vai criando uma... problemática... ali... em... em relação a ela e o doente, ela e o doente, aquele quadro, tal, e ela vai entrando num quadro que... ela não consegue sair porque vai, vai, vai afunilando a coisa. Então a gente está tentando, vai tentar aliás... então, é minha proposição pro próximo ano estar abrindo grupos assim... não só grupos de pacientes, mas grupos de familiares e de pessoas que lidem com os pacientes que possam estar mais aptos a tratá-lo da melhor forma.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Então eu vejo nisso a prob... a possibilidade de você estar diminuindo o número de pessoas que vão estar tendo os problemas... certo? ,... por... uma falta de orientação e depois entrar em desespero, entrar num quadro ansioso muito grande, pela insegurança que ela tem em relação à manipulação do paciente e por outro lado vai estar dando um apoio maior pra que elas possam tratar o paciente de uma forma melhor. E o paciente deve ter uma evolução melhor do quadro se melhor tratado for, né?

ENTREVISTADORA: então, só pra entender um pouquinho mais...

ENTREVISTADO: Pois não.

ENTREVISTADORA: ...então atualmente vocês não estão atendendo este tipo de paciente?

ENTREVISTADO: Não. Essa... não existia aqui, porque eu estou aqui há “...” meses.

ENTREVISTADORA:- Ah, tá.

ENTREVISTADO: Certo? Então eu estou aqui no Posto há “...” meses. Então os grupos que tinham, eu continuei, dei continuidade. Só que eu estou dando uma continuidade, com uma roupagem nova, porque antes era uma T.O. que fazia... e agora... eu sou psiquiatra, então é diferente... a postura é diferente... como você vai lidar, é diferente o enfoque...do paciente, certo? Então eu estou vendo no dia-a-dia dos pacientes, na necessidade, no aumento muito grande da demanda... de pacientes, tal, então a agenda já está com marcação de consulta pra fevereiro...

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Certo?

ENTREVISTADORA: Já ampliando e incluindo essa clientela nova?

ENTREVISTADO: Não! Incluindo a clientela normal que tem...

ENTREVISTADORA: Normal...

ENTREVISTADO: ...nós já estamos pra fevereiro, então... eu acho que a gente tem que fazer alguma coisa pra... ampliar o atendimento grupal , pra poder estar... atendendo mais gente... num espaço de x, de tempo menor...

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Entendeu? Então, a gente está querendo.... Agora... tem uma resistência dos pacientes em vir pra grupo... no molde em que os grupos estavam.. montados. Então eu acho que se se criar... mecanismos novos de motivação, eles vão estar aderindo mais.

ENTREVISTADORA: Como aquela é... sugestão do vídeo?

ENTREVISTADO: Exatamente... Aquilo está chamando gente... então eu quero ver se a gente cria algumas alternativas de coisas assim que motivem e que tragam os pacientes mais pra cá, pra gente poder estar... atendendo a um maior número em... melhores condições.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Certo?

ENTREVISTADORA: E quanto a esses pacientes que não, não estão querendo ainda fazer grupo?

ENTREVISTADO: O atendimento é individualizado...

ENTREVISTADORA: Ahm.

ENTREVISTADO: ...e é da seguinte forma: eu deixo... marco... toda consulta o paciente passa, já é marcado um retorno pro tempo necessário que você acha e tal, o tempo da medicação, ou o tempo que você acha que vai evoluir o quadro, menor ou maior prazo, de acordo com... o estado apresentado. E fica em aberto pros pacientes, em qualquer urgência, qualquer alteração mais violenta, qualquer necessidade, vir aqui, e eu estarei encaixando o paciente pra atendimento imediato.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Certo? Então eu não deixo...fechado aquele... atendimento, só dentro da data dele. E não me prendo também, àquele número x de pacientes que eu devo atender.

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: Porque... o tempo de Serviço Público e a experiência, me mostraram que você deixa muito a desejar aos pacientes, se você tiver essa posição mais radical. Porque você tem que atender tantos pacientes e tem aquele espaço de tempo... atendeu, atendeu. Mais acontece o seguinte: você não leva todo o tempo pra atender todos os pacientes. Então isso cria alguns hiatos. Se nesse hiatos você abrir praqueles que estão necessitando você vai estar atendendo a toda demanda... e não deixando o paciente sem

uma palavra, sem uma atenção, sem ouvir. Às vezes é um atestado médico pra ônibus, uma coisa assim que ele quer... mas... teria que esperar dois meses. E ele passa você. em... cinco minutos, conversa, atende, dá uma palavra... então eu acho isso importante... no dia-a-dia de... convívio com famílias, com pacientes e com tudo, inclusive com direção de Posto... que eu fui muito tempo “...” e “...” do Posto, tal. Então deu muito pra sentir essa necessidade e a dificuldade que você tinha do manuseio do paciente... quando o médico radicalizava... a postura dele: “Não, eu tenho tantas horas, tantos pacientes, não atendo nada mais do que isso”. Cria uma situação difícil. E eu acho que... o paciente... principalmente o paciente de Rede e tal, já é um paciente muito penalizado; ele já enfrenta muita dificuldade, então, ele tá acostumado a conviver com o ‘não tem’, ‘não pode’...Então eu acho que a gente deve começar a mudar esse perfil do Serviço Público... ao invés do ‘não’ a gente botar o ‘sim’ ... e começar a se sensibilizar e humanizar um... pouco a coisa nesse sentido, entende?..

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: ...de atender melhor, dar uma possibilidade... Às vezes é muito pouco o que ele quer. É uma palavra. Mas se você negar aquela palavra naquele momento, o que pode advir daquilo é muita coisa. Então eu acho que a gente pode fazer isso e pode humanizar mais... os serviços e as, as estruturas e automaticamente as pessoas vão se sensibilizar um pouco mais com isso né? E elas talvez fiquem um pouco melhores também, na sua revolta e agressividade e tudo mais né?

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Então é... aquilo que eu acho, é aquilo que eu vejo, no convívio, no dia-a-dia.

ENTREVISTADORA: Aham. Você falou sobre... psicóloga também...

ENTREVISTADO: Uhm...

ENTREVISTADORA: É... como é que é...

ENTREVISTA INTERROMPIDA POR PACIENTES QUE VIERAM ENTREGAR OS TRABALHOS FEITOS POR ELES PARA SEREM GUARDADOS NO ARMARIO.

ENTREVISTADORA: Bastante trabalho!

Risos de todos.

ENTREVISTADO: É, eles fazem porque vai ter exposição.

ENTREVISTADORA: Ah, tá.

ENTREVISTADO: Então o mês que vem a gente faz em... em “...” tem a exposição de todos os trabalhos feitos durante o ano... então eles apresentam numa exposição... onde é colocado o nome... onde é colocado o preço... e... alguns trabalhos são vendidos e essa renda reverte... uma parte pra compra de mais material, pra poder continuar funcionando a oficina, e, outra parte é ...de quem fez o trabalho. Então eles têm um dinheirinho que eles ganham... então eles ficam todos empolgados né, com ...a exposição e com aquilo que eles conseguiram fazer e produzir, né.

ENTREVISTADORA: E quem vem pra exposição ?

ENTREVISTADO: Os próprios pacientes, os familiares, os funcionários daqui do Posto. Então fica em aberto. Então... é um... tem um contingente de, muito bom... diário de atendimento e de tudo... Então eles descem, vão lá, olham a exposição... então fica uma coisa mais alegre então eles... motiva muito sabe, eles gostam.

ENTREVISTADORA: Aham. Mas então, quando fomos interrompidos... eu tinha te perguntado sobre a psicóloga. Você disse “A gente também têm uma psicóloga...”

ENTREVISTADO: Tem. Nós temos a psicóloga que ela faz, a... u... uma psicoterapia... é... não está fazendo de grupo ainda, mais vai começar porque... existe uma orientação nesse sentido, que a gente deve abrir mais pra grupo, tal... mais por enquanto ela está com a psicoterapia... individual... e que faz... e a gente trabalha de comum acordo. Então, aqueles casos em que não é necessário, vamos dizer, um... uma medicação... mas é necessário um aprofundamento, apenas, nas razões que estão levando a que aqueles problemas tenham surgido, tal, então que ele precisa de uma frequência maior de atendimento, de fa... de atenção e de tudo... então... a gente, eu passo pra ela. E aqueles quadros, em que, a ... o perfil dela tratar da psicoterapia de apoio não está surtindo efeito... por o paciente ser mais agitado, mais confuso, tal, ela passa pra mim. Então a gente trabalha... os pacientes em comum... alguns. Outros, ficam só com a terapia, com ela, sem

problema... e outros... vêm pra mim e ficam até que tenham condição de absorver melhor a psicoterapia de apoio. Então, a gente faz isso, complementa um pouco o... tratamento... já que uma terapia lá fora... praticamente ninguém teria condição de estar... fazendo e bancando.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Certo? Então a gente procura dar o melhor que tem... à nível de... do atendimento. Uma outra, coisa que a gente faz também, são as visitas domiciliares. Então nós temos o esquema de visita domiciliar também, que, ele abrange aqueles pacientes, que por uma razão qualquer... deixam de repente de comparecer ao atendimento, deixam de comparecer à consulta, faltam ou deixam de vir ao grupo, ou têm algumas alterações que a gente detecte que não está bem. Então... esses pacientes, a gente procura ir até eles. Bem como aqueles pacientes mais crônicos e piores, de... controle medicamentoso mais... constante, de... vamos dizer... eles não têm necessidade de uma hospitalização, mais têm necessidade de uma manu... manutenção medicamentosa maior... mas embora com isso... são pacientes que têm um certo comportamento difícil de absorver. Então, esse pacientes muitas vezes em casa... têm uma certa dificuldade em ser aceitos, ou em ser compreendidos...então a gente procura também, nesses casos, ir às casas, conversar com as pessoas que estão... cercado esse paciente, orientar, pra uma melhor forma de tratá-lo.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, num é... seria uma alternativa, também, o tratamento domiciliar, que seria dentro da....quer dizer, com o pouco que a gente têm, a gente tenta fazer... o máximo, certo? Então... não se dispõe de muitos recursos mas... a gente tenta otimizar os que se dispõe.

ENTREVISTADORA: Uhum. Eu queria que você me falasse um pouquinho mais sobre, é... esses fatores pra indicação da psicoterapia individual.

ENTREVISTADO: Uhm. Os fatores seria o seguinte...seriam...os quadros propriamente ditos... na sua grande maioria os quadros... neuróticos... os pacientes mais... enquadrados dentro dos quadros de neuróticos, usuários de droga, e... aqueles pacientes em que você nota uma necessidade maior do diálogo, da conversa, do falar, do exteriorizar

aquilo que está influenciando. Então, por exemplo, nos quadros de Síndrome do Pânico, praticamente todos, a gente indica a psicoterapia, porque ela... se faz importante, pra... poder mini... minimizar um pouco aqueles sintomas apresentados.

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: E no caso, por exemplo, da função do desempenho, a minha a... a... atuação... é uma atuação... muito clínica. Então eu faço o tratamento muito clínico, diagnóstico, sigo a, a, a linha mais clínica da psiquiatria, a linha mais clássica...então que é o tratamento com medicamento, com um suporte, de... até... atenção, de conversa, mas, dentro daquela linha... e pelo número da demanda que se tem muito grande, então eu não tenho como mandar um paciente voltar... de quinze em quinze dias... pra vê-lo... Semanal nem pensar... Não tenho condição de mandá-lo vir de quinze em quinze dias, não tenho condição de mandá-lo vir mensalmente. Então, eu tenho pacientes que eu tenho que jogar com dois três meses ... pra conseguir manter uma agenda mais ou menos viável de funcionar. Então nesse caso, o que que a gente faz? A gente... associa o tratamento da psicoterapia. Então a psicóloga tem a disponibilidade também de vir fazendo essa parte; então ela atende os pacientes e já vai pra uma série de... então, por exemplo, os pacientes dé...de...da ...psi...que vão para o tratamento com a psicóloga, eles podem esperar. Já os pacientes pro atendimento psiquiátrico médico, tem uns que não têm condição de espera. Então você não pode pegar um psicótico egresso do... do hospital psiquiátrico que neces... bem como você não pode também, num paciente tratado, ou não tratado, que procura o Posto como alternativa de atendimento, ou encaminhado de outros Postos. Porque nem todos os Postos de Saúde da prefeitura têm equipes mínimas de Saúde Mental... têm muitos que não dispõem disso. Então, os que dispõem, eles têm uma área de abrangência maior...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Certo? Então, o que já dificulta ... porque você já atende um... universo maior de pacientes, e você tem a necessidade de os estar atendendo. Você não pode deixar... Então vem um paciente deprimido, um paciente... ansioso, uma... um estado de ansiedade grande;... você pega uma depressão reativa, a perda de um ente

querido, ou uma coisa assim, grande, você tem, enfim, você tem um quadro convulsivo não compensado você de repente tem que estar trabalhando com isso, você tem o a... as alterações psíquicas cau... causadas pelas convulsões constantes que ele apresenta, tal, então você tem que estar vendo... embora você vá pedir até uma complementação de tratamento nesse caso, do neurologista, vai encaminhar... você não pode esperar o encaminhamento...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...você tem que ter um atendimento dinâmico... então você não pode... se você for tentar acompanhar esses pacientes, como eles deveriam ser acompanhados, você... se torna inviável o agendamento. Então você não tem como; então pra que você possa manipular é que tem a equipe de Saúde Mental pra ir complementando as... lacunas existentes. Então, por exemplo, a... o... a... tem a psicóloga, deve vir pra cá uma ou... uma outra T.O., deve vir uma enfermeira de Saúde Mental. Nesse caso... então a gente vai abrir o leque... então por exemplo, essa.. oficina de tapeçaria, eu deixo de estar participando...

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: ...porque eu vou estar fazendo o atendimento, mas eu não deixo de estar presente, porque pra eles é importante, porque ele não precisa entrar na fila e marcar consulta pro seu remédio. Ele vem e me fala se esta precisando do remédio, eu vejo, eu receito, tal... então eu continuo dando um apoio, mas eu não preciso da minha presença constante lá. Nesse tempo eu posso estar fazendo outras atividades e atendendo outros pacientes né? Então, por isso é que a gente procura encaminhar e diversificar um pouco o tratamento pra que tenha melhores condições de cobertura pra que você possa atender um maior número de pessoas, sem no entanto perder... a qualidade. Certo? eu acho isso importante; que você pode dar um bom atendimento, embora, em Serviço Público, embora com tempo restrito, tudo isso... mas você tem condições de dar um bom atendimento.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Aquele que a pessoa sai satisfeita, tá de bem com a... com o serviço, de bem com a atividade desempenhada e de bem com todo...

ENTREVISTADORA: Se sentiu acolhida né?

ENTREVISTADO: Exatamente. Eu acho isso muito importante sabe...muito importante mesmo. Então a gente tenta fazer... eu pelo menos tento... trabalhar dentro desse esquema sabe... Eu posso, não fazer tudo, mas... tudo que eu fizer vai ser feito da melhor forma.

ENTREVISTADORA: Sei

ENTREVISTADO: Então é... o que for possível vai ser da melhor forma.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E a gente vai... vai tocando, num é muito fácil não viu, Serviço Público, Saúde Mental em Serviço Público é difícil.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: É bem complexo... Você dá licença...

A ENTREVISTA É INTERROMPIDA PELO TELEFONE CELULAR DO ENTREVISTADO. DESLIGO O GRAVADOR.

ENTREVISTADO: Então eu acho que... Saúde Mental em, em Rede Pública é meio complexo, é meio difícil. É.. difícil principalmente porque... a pirâmide de de mando é uma pirâmide muito... política! Então você... de repente você está fazendo um bom trabalho, ou um trabalho vamos dizer consciente, aquele que você sabe... como é que ele nasceu, como é que ele cresceu, como é que ele frutificou, e você sabe por que caminho você deve ir, e daí chega e vem assim um papelzinho escrito e assinado por alguém que tem o poder de mando maior do que o seu, dizendo: "Olha, a partir do dia tanto isso tem que ser feito assim". Então...

ENTREVISTADORA: Dá um exemplo pra mim.

ENTREVISTADO: Dou! Nós recebemos um comunicado, recentemente, que... vai... o... nós vamos ter que ampliar o número de grupos...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...certo? Então quanto a isso, tudo bem, é pra, ter uma abrangência maior, atender mais gente, diversificar, tudo perfeito. Daí, eu fui conversar com a Coordenadora e questionar. Nós vamos estar abrindo os grupos, tal, só que esses grupos vão tomar um tempo maior do que a gente... então o agendamento do paciente... individual vai ficar mais comprometido. Daí... eu perguntei: “E os pacientes que não aceitam”? Porque ela disse: “Todos os pacientes o... o... de frequência, tal, estari... terão que estar enquadrados em grupos...”. Daí eu disse: “Bom, e aqueles pacientes que não aceitam o tratamento grupal”? Se tem muitos.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então a resposta que eu recebi simplesmente foi: “Se ele quiser ser tratado no Posto ele vai pro grupo, se ele não quiser ele não tem tratamento. Você simplesmente não vai poder atender individualmente!”. Eu acho isso uma arbitrariedade, eu acho isso uma barbaridade, eu acho que. isso é tirar... o direito, o livre arbítrio, o direito de escolha da pessoa. Se ela não tem recursos financeiros pra bancar um tratamento particular, se ela não tem um Plano de Saúde, ela tem que ter dentro do Sistema Único de Saúde, um acolhimento... mais tem que ter o acolhimento dentro daquilo que pra ela seja importante. Então... ainda não chegou esse dia porque... ela vai entrar em férias, isso é só pro ano que vem... então eu estou deixando ficar... Agora, eu já vi que se isto for... imposto, eu não continuo na Rede! Porque eu não vou aceitar que um paciente desses... que você viu e o... um número bem grande de, dos meus pacientes tem esse vínculo que esses que vieram aqui têm comigo e tal, de conhecer, de mandar um abraço pra mãe, conversar... aqui e ali, porque eu acho que você, cria uma... um ambiente mais familiar, melhor, não tão impessoal. Eu não vou aceitar dizer pro paciente: “Olha, não te atendo”, se ele está precisando falar comigo, eu não vou dizer “Eu não vou te atender”!... Se ele está com um problema que ele não quer colocar na frente de todo mundo, por escrúpulo ou por qualquer outra coisa, eu não posso obrigá-lo a falar na frente de todo mundo. Tem que ser resguardado o direito dele; então se isso não for feito, que que eu posso fazer? Mudar a cabeça da chefe que fez isso? Não! Mais fácil eu sair da Rede. Daí... o problema ser grande, que é o, o... os pacientes... o que eles mais se queixam é isso... dessa alta rotatividade

médica dentro da Rede. Então muitas vezes a alta rotatividade não se deve ao problema salarial.

ENTREVISTADORA: Tá.

ENTREVISTADO: Então eu acho, que o... problema salarial, existe sim, mas é um problema hoje, geral...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então é um problema que todos tão convivendo com ele.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Agora eu acho, que para os bons profissionais, mais importante do que o problema salarial, é o problema que você tem de estar fazendo bem a sua função, de estar desempenhando bem. Então eu acho que se você está tendo um nível de aceitação, vamos dizer... de bom pra ótimo, se os pacientes estão bem atendidos, se estão satisfeitos, se as famílias estão se sentindo cobertas, se você está tendo uma boa resolutividade dos quadros, se você está conseguindo manter a demanda, se você está conseguindo manter o nível de hospitalização muito abaixo do nível preconizado pela OMS, tudo isso... eu acho que você não tem... e se você já tem, vamos dizer, se você está começando... então vamos dar diretrizes pra quem está começando. Mas se você já tem vivência, já tem uma experiência, já tem um conhecimento, eu acho que dizer: “Olha, você vai fazer assim...” é um contra -senso.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Certo? Então eu não aceito esse tipo de coisa. Então se for... se houver essas imposição, eu vou estar simplesmente saindo. Mudando de função, mudando de local, mudando de Posto, indo pra outro...

ENTREVISTADORA: Você diz ‘mudando de Posto’ porque? Essa imposição viria da coordenação local ou é algo pertinente a Rede?

ENTREVISTADO: É algo pertinente à Rede, mas acontece que os co... o Coordenador de cada Regional, tem uma visão diferente das coisas. Então, por exemplo,

tem coordenadores que recebem uma imposição geral, mas ele dentro da área dele, ele não coloca aquilo como priorizado, porque ele sabe que se ele priorizar aquilo ele vai estar prejudicando o serviço. Então ele mantém diferente.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Certo? Já tem outros que não, tem uma visão diferente.

ENTREVISTADORA: Então é o Coordenador Regional ou o Coordenador da Unidade?

ENTREVISTADO: Não da Unidade não tem muito... muita influência em relação a isso.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Porque da Unidade ele tem a... que se cumprir o que é necessário, tal, mas dentro da Saúde Mental... ela é uma parte integrante do Posto... mas o Coordenador, do Posto ele procura, facilitar as coisas... da melhor forma, trabalhar e abrir espaço pra que você, cresça, faça... desenvolva as atividades, e... o Coordenador do, dos Postos ele não cria empecilhos, entende?

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Os Coordenadores de Saúde Mental é que têm uma certa visão. E em certos pontos uma visão até diferenciada da... do profissional, porque, são de outras atividades. Então, por exemplo, nós temos enfermeiros, nós temos psicólogos, nós temos T.O.s... Então cada um tem a sua visão... mas a experiência, a vivência daquilo, muitas vezes é diferenciada...

ENTREVISTADORA: Tá.

ENTREVISTADO: ...certo? E não existe, por exemplo, um... um contexto, de você estar discutindo. “Então nós participamos, então vamos estar conversando, tal.” Então você tem, a... essas reuniões. Você conversa, você fala, você coloca, você faz um... um termo de... de intenções, tudo isso.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Daí, de repente, dois ou três dias e... “não, num vai ser nada disso, vai ser assim”! E daí, tudo aquilo ficou por terra.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então eu acho que o que desestimula muito, à nível de Serviço Público, é isso. E talvez não se tenha uma qualidade de Serviço Público... à nível, de Rede, melhor, mais abrangente, mais voltada prin... principalmente pro social da, da da população, e pras carências de cada uma em especial, exatamente por causa dessa visão distorcida. Então é o fato de você querer criar certos... mecanismos, e estes mecanismos serem... boicotados. Então você faz uma vez, você faz duas, você faz três, e te boicotam, te chamam atenção, te, te cortam tudo, você diz: “Bom, então não vou fazer nada... vou fazer o que tem fazer... chego, atendo meus doentinhos, saio, vou embora e fica por aí.” Então você não cria... então é como você di... vo... muitas vezes vê... comentários: “Ah, o pessoal não veste a camisa, o pessoal não... num tá aí, num tá indo atrás, num tá... vivendo, não luta, eles só querem ganhar o salário no fim do mês e ir embora”. Mas não é bem isso! Não é a questão do salário no fim do mês! É a questão do quanto te cortam, da capacidade que você teria de desenvolver, de criar, de planejar, de... ampliar...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ... e isto é cortado e é podado. Então quando cortam isso, você vai fazer o quê?

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Então você vai, vai entrando, num estado de acomodação: “Ah, eu preciso do salário? Preciso. Ele é bom pro meu fim do mês? É bom. Então tudo bem. Eu tenho que ficar as tantas horas? Eu fico, eu atendo, tal, então... tudo bem”.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E eu já não consigo. Embora muito tempo dentro disso, eu não consegui ainda ... separar a qualidade do atendimento, da... da forma que eu sinto que o paciente precisa. Então pra mim, o paciente e... a família, ou a pessoa que tem a necessidade de uma palavra, de uma atitude, ou de um atendimento...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...ainda é a coisa mais importante do serviço.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E por ele, eu passo por cima de chefia, de coordenações, de isso e daquilo. Então...

ENTREVISTADORA: Ou seja, você veste a camisa ?

(risos)

ENTREVISTADO: Então eu faço isso... Olha, já foram inúmeras vezes, eu já saí de muitos lugares, por não concordar com as coisas, então... eu tenho, comigo assim, uma visão da, da, da, da coisa muito boa, que é aquela que me faz... chegar à noite, deitar a cabeça no meu travesseiro, e dizer: “Olha, eu estou de bem comigo, eu estou de bem com o... com o que eu fiz...”. Eu gosto do que eu faço, eu adoro Saúde Mental. Realmente eu gosto muito, eu adoro o pacientinho, o... ruim, o esquizofrênico, que... aquele alto grau, eu gosto, eu me dou bem com eles, e... sempre trabalhei em Hospitais, sempre trabalhei em Serviços, porque sempre teve espaço e sempre se precisou. Embora hoje se fale de desospitalização, e tudo isso, eu acho que o...regime hospitalar tinha que ser modificado. Então aquele sistema manicomial, tal, de manter e de preservar a doença do paciente...

ENTREVISTADORA: Hum.

ENTREVISTADO: ...ele tinha que ser extinto, tinha que mudar. Agora, daí, a você dizer que vai acabar com hospital, é uma utopia! Porque o hospital psiquiátrico sempre vai ser um mal necessário.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Se é que ele pode ser considerado uma mal.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas ele sempre vai ser ... ser necessário. Porque você pega um surto psicótico agudo... eu quero ver com que ...que você vai fazer! Um paciente em casa... pegando faca, pegando revólver, batendo em todo mundo, agredindo todo mundo, quebrando tudo.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Você vai fazer o que com esse paciente? Você tem que ter um lugar, você tem que ter um hospital, você tem que ter um tratamento, pra preservar... o paciente, e as pessoas que o cercam...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...e até... a sociedade.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, que que aconteceu? Quando você começou a fechar os hospitais psiquiátricos e jogar os pacientes na rua, se começou a ter esse nível de marginalização e de... de, de, de agressividade muito maior. Se você for verificar esse nível de... vamos dizer, de... criminalidade, de tudo... ele fez assim exatamente, na mesma época... (indicando com o dedo polegar que subiu) em que os hospitais psiquiátricos fecharam e o número de internações diminuiu... e foram muito mais restritas. Você pode ver...qualquer pessoa pode estar checando isso.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Então, hoje você tem uma série de critérios pra internar o paciente. Eu acho que essa série de critérios é muito importante. Agora, eu não acho que você possa deixar de estar internando o paciente.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Certo? Então, eu acho, que tudo tem que ter um bom senso. Tudo tem que ter o meio termo, o oito e oitenta não... não serve pra nada. Infelizmente, em Saúde Mental, muitas vezes isso não é ... não é visto... e não é, não é realçado. Então você, lida com muitos problemas. E em... Saúde Pública, em Rede você... eles crescem. Porque entra politicagem, entra isso, entra aquilo, então entram fatores totalmente... alheios à... à vontade... ao conhecimento... e a tudo mais, né?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas... vai fazendo da melhor forma.

ENTREVISTADORA: Sei. Fora tudo isso que você falou, existiriam ainda outras indicações de tratamento que você faz? E outros fatores exercendo influência sobre essas indicações?

ENTREVISTADO: Não. Os fatores seriam o... os... os... fatores, eu acho que, os fatores sócio-econômicos... eles são muito importantes. Você tem... os fatores pessoais, os fatores familiares, então, você tem hoje, com... o problema do desemprego em massa, tal, você tem... isto gera, um tipo de problema muito grande que são os chefes de família que não conseguem trabalhar. E... de repente ele se vê desesperado porque a família está passando necessidade aqui e ali, ele vai... procura emprego, procura emprego, não consegue... e o filho está doente, e a mulher está precisando de... não tem comida, não tem isso, não tem aquilo, então isto gera uma coisa, que, era menor. Então você tinha, vamos dizer, um fator com muito mais, é... vamos dizer, mais mulheres vindo procurar e os homens muito mais refratários... a esse tipo de problema.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Hoje você já tem uma abrangência muito maior... do contingente masculino, em cima, desse desespero.

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: Então você tem o número de alc... alcoolismo crescendo... a droga não... ela continua crescendo, mas ela não está relacionada com problema de desemprego, isso e aquilo. A droga tá mais relacionada a fatores próprios de cada um, que é o que você sente na Rede... Então são os fatores de... no jovem, você sente muito aquela vontade de... ser mais forte, de sobressair, o modismo!

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: O... a companhia, tal, então você tem, muito disso, vindo, participando, fazendo. Mas... o jovem, é difícil ... de procurar o atendimento, a não ser quando ele já está numa fase muito difícil, ou quando ele é preso, pela primeira vez, tal, que

ele fica com medo, então daí ele procura, um atendimento, porque fora disso, ele é rebelde ao tratamento. E se ele procura, ele não pertence à região onde ele procura o atendimento. Ele vai procurar longe. Você normalmente não tem, regionalizado, o atendimento de drogadito. É muito pouco, é muito baixo o índice de usuários de droga, tal... dentro da da da, da periferia, daquele ní... é... local de abrangência, dele. Ele vai, se ele tiver que se... procurar, ele vai pra longe. Assim como o apoio psicológico e psiquiátrico ao aidético, também os serviços têm esse atendimento, e normalmente eles procuram os Centros Especializados. Mas... o que ocorre é que nos Centros Especializados o número de profissionais da área, é, de Saúde Mental são muito pequenos. Então por exemplo, uma consulta com o psiquiatra... isso me relatado pelo um doente, eu não posso te...

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: ...dizer se é verdadeiro ou não. Eu sei que tem um paciente, que procurou, pedindo um atendimento, pedindo um acompanhamento, uma ajuda, tal. Porque ele trata no "...", mas que a psiquiatra lá só tem condições de vê-lo de dois em dois meses e ele precisava um pouco mais de... de presença do que isso. Quer dizer... não sei realmente se, tem essa demanda... acredito que tenha, porque é uma profissional só lá, e, acredito que tenha porque não foi o único caso que me surgiu. Eu tenho outros casos já, em acompanhamento de paciente aidético não aqui, no consultório. Então, eu faço essa parte de atendimento, tal, e acompanho o paciente... e... aqui e... eventualmente se surgir, a gente vai estar acompanhando também, aquele que peça ajuda, vai estar sendo ajudado, embora ele tenha lá o seu local de tratamento, tal, mas... mas não é um paciente daqui, regional. É um paciente de outro lugar, que ele vem procurar o atendimento distante de casa, tal, pra não ser estigmatizado, pra não ser marcado.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Então você tem isso e, eu acho que o fator sócio-econômico, o fator financeiro... o fator de insegurança... à nível hoje das pessoas, insegurança, à nível de... de poder sair e estar voltando pra casa, ou não, por causa do nível de criminalidade; então, é um número assim, muito significativo... de pacientes que você tem, em tratamento psiquiátrico, exatamente pra ele poder se abrir, porque ele sabe que dentro do consultório do psiquiatra, ele tem... o sigilo profissional. Então, ele quer...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...e ele precisa falar com alguém.

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: Então são inúmeros os pacientes, e é um número bem maior do que se possa imaginar, de pacientes que viram o vizinho ser morto, viram alguém ser assassinado na porta, viram outro ser baleado, viram outros é...

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Certo? Principalmente nessas... favelas, e nessas regiões de mais... mais baixa renda, e mais, dificuldade, tal, então tem muito, a gente pega muito eles, esses casos. Então ele vem pro psiquiatra porque tem que se abrir, ele tem que contar. Então ele passa assim, vindo a duas, três, quatro, cinco consultas, e em todas as consultas ele contando a mesma história, outra vez.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Mas ele tem que contar porque aquilo marcou de uma tal forma, então é o que ele diz: “Eu deito, fecho os olhos, eu tô vendo fulano matar, e eu sei quem matou, e ele passa por mim, eu não posso fazer nada”. Então ele procura o Posto, ele procura o psiquiatra pra poder estar conversando. Então eu acho que essa insegurança geral, tudo isso, gera um... maior conflito pessoal, e uma, instabilidade maior, que leva os, as pessoas...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...a terem que procurar alguém.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: E quem que elas tem? Então de repente, com quem que ela vai falar? Com o vizinho, com a vizinha da esquina, com a moça da feira? Então...

ENTREVISTADORA: Você releva então, é... todos esses fatores, pra decidir o que fazer ... se você vai só ouvir ... ou se você vai...

ENTREVISTADO: Sim. Tudo, eu acho que você tem que ter no con... no, no, no na na... no seu julgamento, a... avaliação de todos os fatores. Então, chega o... quadros, têm muitos quadros que chegam assim, muito bem caracterizados. Então já chegam com uma sintomatologia, assim, muito clara, sobre o quadro que é, então você em... três palavras você já tem um... diagnóstico fechado.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Certo? Sem sombra de dúvida. Mas existem muitos casos, que você tem que ver os fatores predisponentes, o que que está interferindo, o que que está levando a que aquele quadro se manifeste.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Porque você fazer um quadro... um diagnóstico e fechá-lo, pode ser precipitado...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...porque pode ser que tenha alguma coisa ali que esteja levando... então você vai levar, vai tratar como uma ansiedade pura e simples, mas essa ansiedade está sendo despertada pelo quê? Será que não é um quadro reacional? ... então você... tem que ver... sabe? Então... os quadros conversivos... e tudo isso você tem que... que estar vendo, sabe? Então tirando ,avaliando e sentindo...Então eu acho que todos esses fatores ... fator familiar... então, quando há alguma dúvida, em relação a algum diagnóstico, ou em relação a alguma história contada, ou são certas histórias mirabolantes e fantasmagóricas que são contadas, então muitas vezes eu peço a presença de um familiar, depois, comigo, independente do paciente. E daí eu ouço a versão da família, eu ouço a versão do paciente, e aí vai... se... fazendo uma metodologia de tratamento e de, orientação pro paciente.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Então eu acho isso muito importante. (riso)

ENTREVISTADORA: Bom, E. Relacionado a esse assunto da entrevista, tem mais alguma coisa que você queira comentar? Ou algo que você considera importante também pra estar falando?

ENTREVISTADO: Olha... eu acho... que a Saúde Mental é um negócio assim... (risos) cativante... Eu não sei se você vai ficar nessa... nessa área especificamente ou se vai...

ENTREVISTADORA: (sorriso).

ENTREVISTADO: Porque... quem entra... muito dificilmente, sai, né?

ENTREVISTADORA: Ham.

ENTREVISTADO: Então, eu acho que... tem... eu acho uma pena... que a Saúde Mental ainda seja uma especialidade meia marginalizada. Quer pela população, quer por aqueles que precisam dela. Porque as pessoas precisam mas muitas vezes têm vergonha. Já melhorou ... muito, quer dizer, já cresceu muito... Hoje já está uma maravilha, mas ainda está... Então... você vê por exemplo, vou te dar um exemplo. Eu participei como Coordenadora do... do projeto, é, de... prevenção de droga, o projeto... que... no Brasil é representado pela "...", não sei se você já ouviu falar. É... o... ele é bancado pela "... e pelo "... e o representante no Brasil é a "...". Então ela tem um Centro de Estudos, tem uma equipe, tem uma metodologia toda internacional, testada, comprovada, e tem recursos financeiros. Então ela oferece ... isso, pra prefeitura que tiver... vontade, que quiser. Então é uma metodologia em que você vai às escolas e treina os professores para estarem... trabalhando com o problema droga, dentro de sala de aula. Então toda uma... é... uma... metodologia, com cartilhas, livrinhos, tal, e todo um levantamento, tal, toda... uma amostra de dados e... tudo, tudo compilado e, e... mandado e feito todo um gráfico de necessidade. É um negócio que... o Estado "... é um dos Estados que menos se interessou pelo projeto! "... está... assim... (indicando com o polegar que está bem), o "... está muito bem. "... pouco... poucos se interessaram. Por quê? Porque primeiro é um processo, é, é gratuito. Então ninguém vai levar nada nisso.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Aqui... Campinas mesmo nós tivemos o exemplo. A gente tentou implantar esse projeto aqui em Campinas, o projeto... não é que não foi aceito. Foi aceito, foi olhado, e... simplesmente foi, ignorado.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E que é que se fez? Em cima deste mesmo projeto se criou um outro projeto, que é cópia fiel deste, só que este outro, financiado... por empresas da região e gasta um dinheirão na compilação de dados e na... no desenvolver da coisa. Foi copiado, foi feita uma cópia. Então eu sinto... que de repente, as autoridades e as pessoas não se voltam mais pra necessidade disso. Porque eu acho que prevenção, em Saúde Mental, é um negócio que praticamente não existe. E não existe por quê? Porque ninguém investe nisso. Porque prevenção você... eu acho que se você não tem... não não não tem é... como medir a coisa, ela não dá... know how, ela não dá ibope, então você não vai ter interesses... e naquilo que você não tiver interesses políticos, você não vai ter... repercussão. Porque em tudo, a política está... dirigindo e condicionando. E se politicamente isso não for ter interesse, ninguém vai brigar por isso. E quem brigar, se não tiver um respaldo político, vai ter um boicote. E eu acho que assim é na Saúde Mental. Ela... infelizmente não tem a...relevância que deveria ter. Pela importância... e pelo que ela representa. Porque o dia que as pessoas descobrirem o potencial que os profissionais de Saúde Mental têm nas mãos... e o dia que esses mesmos profissionais de Saúde Mental, po... souberem usar este potencial... eu acredito que a Saúde Mental vai conseguir... decolar.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Mas até então... sabe, você vai fazendo a sua parte, você vai brigando, você vai vestindo a camisa, você vai fazendo, mas... tem hora que você diz: "Puxa vida, podia ser um pouquinho mais ouvido, né? Olha, podia ser mais... ó, isso dá pra ir por ali...". Você está vendo que dá, você dá pra... pra melhorar é... situações, dá pra salvar pessoas, dá pra... prevenir... situações e coisas, e infelizmente, você não faz. Então eu acho que a Saúde Mental é uma, uma cachaça pra gente, sabe? Que você... começa nela e depois que você entra é difícil você sair, porque o vínculo afetivo que a gente cria com o

paciente, com a instituição, e com a necessidade dele, e com as... carências, e o carinho que você tem, a sensibilidade... Então você pega um psicótico aí... a sensibilidade que ele tem pra determinadas coisas, é impressionante! Então eu acho isso muito importante, sabe? Eu acho que a gente tem que, tem que ver, tem que lutar e... e vai, vai criando. Cada um vai fazendo o seu próprio espaço e vai criando as suas alternativas, e vai, marcando presença. E assim tem sido a vida inteira, né? Sempre este, ou aquele, ou aquele outro, foi que realçou e, marcou sua presença. Eu acho que assim, é... que a Saúde Mental tem se portado, e acho que ainda vai se portar por algum tempo.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas... tá crescendo, as pessoas estão investigando melhor as coisas, tal. Eu acho que... você não pode fazer Saúde Mental se você quiser... separar a pessoa. Então você... não pode tratar como cabeça e corpo...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...e alma. Então se você quiser fazer alguma coisa por alguém, você tem que tratar esse alguém como um todo.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Isso eu acho muito importante. Então... eu tenho... tem algumas coisas que eu... estou engatinhando, e observando, e fazendo, tal, porque chega uma hora em que você tem certas... encruzilhadas, que você não consegue... sair e explicar. Então, dentro da Saúde Mental, você... depara muito com isso. Então são certos, é o... é, tentar dar uma explicação pro inexplicável.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então eu tento ver todas as coisas, e nesse ponto eu sou muito aberta. E uma das coisas que eu estou fazendo há muito tempo... num sei, se te interessa ou não, mais já que é pra falar, depois você apaga aí, não tem problema (risada). Mas... eu estou fazendo algumas pesquisas a nível... espiritual, tá... correlação... de... alguns problemas psiquiátricos com... a espiritualidade.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E, tem... tido conclusões e coisas interessantes... respostas, tal. É, agora, aquele negócio: eu não posso, por exemplo, pegar... um doente de Posto... ...e dizer: “Escuta, eu te aconselho a, além do tratamento psiquiátrico, tal, além disso que você está fazendo, vai procurar uma... terapia espiritual, que você está precisando de alguma coisa”. Eu não posso fazer isso.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então... eu trabalho também na “...”. Tem alguns casos, que as pessoas já tentaram tudo, à nível de... todas as instituições, médico e tudo e de repente vai pra lá.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: E daí... você pode fazer.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ou então, são aqueles pacientes... que chegam, conversam, falam sobre o problema, de repente olha pra você e diz: “Mas a senhora acredita em espiritismo?” Daí simplesmente eu digo que acredito.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E eu converso. Inclusive essa experiência vai, de... época que eu trabalhava em hospital psiquiátrico e que tinha alguns pacientes que você fazia assim, tudo, e não conseguia tirar dum surto; de repente, ele saía do surto e ficava bem; de repente voltava um comportamento... obsessivo, até, demais, sabe?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Que não dava... então eu ia checar nos braços do paciente se ele tinha tomado o, a... injeção que eu tinha prescrito, ia checar a medicação; ou eu dava a medicação, punha um enfermeiro de confiança dando a medicação, pra checar... essa coisa da medicação, tal, porque eu achava que não era possível que tivesse tanta oscilação. E... alguns casos desses, as famílias em conversa comigo, tal, falaram: “Escuta, o vizinho lá, o... primo, o parente, não sei o quê falou pra mim por que eu num levo o fulano pra

tomar um passe, num sei quê, que que a senhora acha?” Eu digo: “Olha, eu acho que devia levar... você vê aonde você vai levar... tenha cuidado com isso porque infelizmente, é... o charlatanismo está... campeia aí, né? Mais veja aonde vai levar... mas eu acho que... é uma alternativa.”

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E por incrível que pareça... não foi nem um, nem dois, nem três pacientes... que começaram a ir e ter os trabalhos e começaram, de repente, melhorar, melhorar, melhorar, melhorar, melhorar ...a medicação conseguiu ser diminuída, diminuída, diminuída, ficou praticamente com... zero... de medicação.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E, dentro dum estado, só não conseguiu alguma coisa que tinha, realmente, já uma distorção, já um certo comprometimento, que havia nele mesmo... então que não foi a... doença que ocasionou, mas... resocializados ao máximo.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, baseado nisso, eu continuo fazendo as minhas... observações, as minhas pesquisas, tal, e... pretendo que... leve a algum lugar isso. Mas pelo menos ajudar nesse sentido. É um negócio assim, cientificamente muito discutível...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...mas que... se tem assim por $a + b$... então é aquele negócio, você não tem o que fazer, e dentro da alternativa, por que não tentar, né?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, é o paciente com câncer que está... desenganado e faz qualquer coisa, né?

ENTREVISTADORA: Tá.

ENTREVISTADO: Assim eu julgo, o paciente, o psicótico agudo também...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...o câncer dele é mental.

ENTREVISTADORA: Tá.

ENTREVISTADO: Porque... uma esquizofrenia você não sabe a causa até hoje. Você não sabendo a causa, você não tem a cura; não tendo a cura você vai ser um doente... permanente. Então...

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: Mas... eu acho que... é importante a gente... ver... e eu acho que, pra você que está fazendo uma pesquisa assim em larga escala, também você sabe disso, é uma...

ENTREVISTADORA: Bom. Eu gostaria de lembrá-la que o direito de censura é seu.

ENTREVISTADO: Ahm.

ENTREVISTADORA: Então, mesmo sobre aquelas informações que você deu sobre aquele outro trabalho que... “...” não se interessou, tal, é... se você quer que isso conste, se você prefere que essa parte não entre... e outras... nome de Instituições e...

ENTREVISTADO: Não?! Tudo o que eu falei pode ser dito! O que eu falei foi aquilo que eu vivi, é aquilo pelo qual eu luto, é a idéia que eu defendo... Então isso que eu passei pra você, é uma parte do meu conteúdo, de, de, de, de vivência dentro da Saúde Mental. Então se eu disser pra você: “Corta metade”, eu estou me cortando a metade.

ENTREVISTADORA: Certo.

ENTREVISTADO: Então, não há censura. Se tivesse alguma censura eu não teria falado (risos). O que eu falei você está livre pra usar sem qualquer impedimento.

Espero que tenha... te ajudado, e que tenha sido suficiente, e desejo sucesso à você!

ENTREVISTADORA: Foi muito bom. Obrigada”

FIM DA ENTREVISTA.

9.5.6. Entrevista N° 6

ENTREVISTADO: Quanto tempo, em média, tem durado as entrevistas?

ENTREVISTADORA: Algo em torno de quarenta minutos a uma hora, uma e quinze, depende muito...

ENTREVISTADO: Hum...

ENTREVISTADORA: Eu vou marcar... estamos começando às... dez horas e trinta e nove minutos.

ENTREVISTADO: Uhum.

ENTREVISTADORA: Então é isso, “F”. Você estava começando a falar que aqui é uma porta de entrada. (Não foi gravado por questões técnicas relativas ao gravador, logo no início).

ENTREVISTADO: É, então, é tudo... hum... de certa forma vem pra cá, né, desde que não seja uma urgência muito urgente, né. Desde depressão, psicóticos, né. E... eu comecei nesse Posto de Saúde tem mais ou menos uns “...” anos, né. Então eu... e, e antes de mim... de, de, deu entrar aqui, já tinha um psiquiatra que fazia atendimento, né. E aí eu... e ele saiu, e eu fiquei com esses pacientes dele, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Fui acompanhando, dei segmento ao tratamento. E... muitos já tinham diagnóstico, né, já faziam... uso de medicação, ou antidepressiva, antipsicóticos, ansiolíticos e eu... fui acompanhando, né, e mantendo essas condutas e acrescido o que vinha chegando, pessoas que nunca tinham, é, procurado aqui, né. E dentro desse quadro mesmo, né... geral, né... da, da Psiquiatria, que é... de... distúrbios, né... e síndrome depressivas, né, psicóticas e... angústia de maneira geral, né... ansiedade. E... (limpada de garganta) como eu tinha trabalhado... fiz um curso em “...”, de grupos, né, eu comecei também a organizar, atender em grupos... aqui, né. Tenho dois grupos que eu acompanho, basicamente de pacientes neuróticos, né, e... atendo eles a... uma vez por

semana, em média de oito a dez pacientes em cada grupo, um grupo aberto, sem tempo definido, assim, pra terminar, né. As pessoas de certa forma, é... quando se sentem melhor, né, elas se dão... por melhores, elas dei... é... deixam de comparecer ao grupo. E... então tem pacientes que tem já quase esse tempo que eu estou fazendo grupo... é... assim... há uns... “...” anos, que continuam no grupo. Alguma melhora, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO:...tem-se... no funcionamento do dia-a-dia... eu acho que tem conseguido pra manter esses pacientes do grupo. Inclusive a “X”, né... fez uma pesquisa sobre grupos aqui, não sei se você conhece ou não.

ENTREVISTADORA: Conheço.

ENTREVISTADO: Que ela trabalha aí na Rede também, ela fez curso de grupos, eu acho que ela foi orientada da “X”, né.

ENTREVISTADORA: Da “X”?

ENTREVISTADO: É. Daí ela fez uma pesco... pesquisa aqui também (tempo).

ENTREVISTADORA: Pra eu entender melhor: para você fazer a prescrição de medicação e indicação de grupo, que são duas formas de tratamento que você está trazendo, que fatores acabam fazendo você se decidir por essas indicações?

ENTREVISTADO: Bom, é... tem pacientes que... que trabalham, de maneira geral, né, e... e não podem comparecer ao grupo, né, não podem faltar no trabalho, toda semana, mesmo apresentando atestado médico, né, porque... correria o risco de perder o trabalho, né. Então, de maneira geral, esses eu já só atendo inividu... individualmente, mesmo que eu julgue necessário talvez participar de grupos, né.

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: Mas eu tenho que respeitar a decisão do paciente, né, e... a impossibilidade, né, de comparecer ao grupo. A indicação eu faço assim: é... geralmente são pacientes neuróticos que eu vejo, assim, que a medicação... pouco resolveria, né, porque... com a... ocorreria, de certa forma, um alívio da ansiedade, né, se eu receita-se um... um ansiolítico, mas aquela situação... persiste, né. Geralmente, pessoas assim com

baixa alta estima, né, e com... ansiedade intensa, às vezes, com... uma depressão, assim, não muito característica, né, como... é... e que... apresenta uma... somatizações diversas, né... que com problemas de relacionamento... na... em casa, né, com o esposo, com filhos, né, e que estão... que estão sempre vindo aqui... e se... repetindo essa história, né.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Então, que você vê que não sai daquela situação, né. E eu ofereço o grupo então, como uma... tentativa, uma possibilidade de... de... de ter um outro olhar, né, da pessoa sob si mesma.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: E... e eu acho que tem, de certa forma, ajudado. E os pacientes, é... do grupo, eles... meu... o grupo é geralmente uma hora, uma hora e meia, mais ou menos, de duração, né, uma vez por semana. E... e eu deixo aberto, né, a discussão, né, que eles trazerem aquelas coisas que estão incomodando ou que eles querem discutir naquele momento e outros vão participando, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...e levantando questões, né. É claro que muitas vezes eles procuram que eu dê a resposta, né, mas aí eu... jogo pra eles, na medida do possível, né, e... pra gente poder pensar junto, né, e daí partir pra... pra... chegar a alguma... conclusão, ou decisão, ou partir pra outras coisas, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E... a participação... das pessoas é boa, né, e... apesar do nível cultural... ser bem deficitário, eles... na medida que vão se sentindo mais... livres no grupo, né, vão participando bem. Então, é... de maneira geral são esses casos que eu indico pra grupo, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Que mais? Pra medicação, né, eu vejo aqueles casos de depressão, que geralmente são pessoas que já vem com longa data, né, de... falta de... de vontade de viver, ou de se decidir pelas coisas, né. Tristeza, insônia, às vezes com ina...

com... perda do apetite, do interesse sexual, é... Ou às vezes até com dores diversas pelo corpo, né... e em... alguns com sintomas até meio... é... paranóides, né, assim, desconfiados, né, assim, idéias perseguidórias... associado a um quadro depressivo, né. E a gente decide então o uso... dos antidepressivos que a gente tem aqui na Rede, né, que de maneira geral têm funcionado bem.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Caso a pessoa apresente intolerância a... dos medicamentos que tem aqui, a gente encaminha ou dá uma receita pra comprar fora, se a pessoa tiver condição, né. Ou às vezes quando não tem a medicação aqui, a gente encaminha... e a pessoa não pode comprar, a gente encaminha pro Serviço Social da Prefeitura. Mas de maneira geral é... o que resolve são as medicações daqui, né, ou... ou então quadros psicóticos, né...e... i... idéias persecutórias intensas, né, e... com apatia, né, desinteresse pelo mundo... total, né. Ou muitas vezes, com perda do emprego, gente que freqüentava escola e passa a se isolar cada vez mais, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ou então que tenha surtos repetidos com... às vezes com internações freqüentes, né... e aí eu passo a atender aqui, né, medicar e... no sentido de... evitar internações, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Bom, que mais eu posso falar? (tempo)

ENTREVISTADORA: E... nesses casos, daí você só medica.

ENTREVISTADO: Psicóticos... Eu não tenho feito grupos, né, é... quando pode eu encaminhá-lo pra T.O. aqui, né, quando é possível a T.O. atender. Às vezes chamo a família, né, pra conversar, faço os familiares, os pais, né, ou esposa, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...eu... é uma solicitação que eu faço com freqüência, né, dado que o paciente... psicótico, muitas vezes não... não vê a necessidade de usar medicação, né. Essa crítica geralmente não existe, né, e muitas vezes eles abandonam a

medicação, e chegam aqui agudizados novamente, né. E, às vezes, muitas vezes chegam depois de já ter feito, né, ocorrido uma internação desnecessária... se tivesse usando medicação, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Aí eu peço sempre que venha com a família, né, pra não ter muito... inclusive uma... uma avaliação correta, né, de... do que que o... familiar vê daquela pessoa, né, se realmente está melhor ou não. Que mais que? (tempo)

ENTREVISTADORA: E... esses outros pacientes, que você medica com o antidepressivo, por exemplo...

ENTREVISTADO: Uhum.

ENTREVISTADORA: ...você mantém só na medicação?

ENTREVISTADO: Alguns ... a... medicação, alguns eu encaminho pro grupo. E... se o paciente pode participar, né... e... Alguns se negam a participar, ou porque... não tem condição por causa do trabalho, ou porque se sente pouco à vontade de participar em grupo, né. E tem uma... alguns pacientes que eu estou atendendo em... é, em psicoterapia psicanalítica, não é, que eu estou fazendo aquele curso do "...".

ENTREVISTADORA: Sei

ENTREVISTADO: É. E... e atendo, assim, em psicoterapia uma vez por semana. São pacientes, assim, que... eu vejo que... que se influenciariam, né, de um bom resultado, teriam um bom resultado e que... a... onde a medicação... e o... ou mesmo a participação em grupo não foram suficientes. Pessoas que eu... é... ofereço, e que tem a possibilidade de vir toda semana, né, porque isso não é sempre freqüente, né, poder... dispor de um certo tempo, né....de... em média quarenta minutos. Aí eu tenho horário fixo, né, na agenda, que eu a... atendo essas pessoas.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO:- E acrescido que eu estou fazendo curso de formação também, né, em "...", pelo "...". Então aí é um outro lado que eu estou desenvolvendo agora, então... tem que abrir uma outra perspectiva, né, um interesse... e que eu vejo que

talvez eu posso fazer, né, claro que meio capenga muitas vezes, né dado as condições daqui. Você não tem um divã, né, é essa sala do jeito que é, com a mesa, com as cadeiras, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO:- O espaço... do tempo é restrito, né. Você... tem uma agenda cheia que você tem que cumprir em a demanda... que você tem que ter, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas, na medida do possível, eu tenho feito esses atendimentos também.

ENTREVISTADORA: Então, às vezes, o paciente passa pela medicação, pelo grupo... você disse e se às vezes não funciona, se não está dando resultado....

ENTREVISTADO: Aham, aí eu encaminho, né. Eu re .. eu peço e pergunto, né... ou então eu vejo assim... É que aqui a gente tem uma outra psiquiatra, que você também vai entrevistar amanhã....

ENTREVISTADORA: É.

ENTREVISTADO: ...é, que é a "H" que está aqui tem pouco tempo, né... é... às vezes... é... são pessoas que... a gente pode fazer assim: ela... dá a medicação e eu acompanho, né... no grupo, ou... ou em psicoterapia, né. Agora, tem ocorrido também de... aquele paciente que eu já mediquei... né, participar do grupo, ou fazer a psicoterapia, porque... não dá pra mim ser... rígido a ponto, né... de falar: "Não, não vou te... atender esse paciente porque eu passo... atendimento... medicamento só", né.

ENTREVISTADORA: Hum.

ENTREVISTADO: É, e aí, né, quem que vai fazer isso? Se eu posso estar fazendo, se eu tenho a possibilidade, se eu acho que a pessoa vai se beneficiar? E o que eu acho bom aqui, é que de certa forma eu... posso lidar com a minha agenda mais ou menos agora... ainda mais agora tendo uma outra psiquiatra, aí favorece isso, né. (tempo) E o que mais que eu poderia falar? (tempo)

ENTREVISTADORA: Fora essa... esses encaminhamentos que você citou, formas de tratamento e fatores de influência, existem outras indicações... que você não tenha falado?

ENTREVISTADO: Não, de maneira geral é isso mesmo, né. Às vezes eu faço visita domiciliar, porque são pacientes que não podem vir aqui, ou porque estão em surtos agudos, né, ou pro... pacientes com... problemas... sócio... social grave, né, acrescido de doença física, limitação física mesmo, né... e que a gente tem que avaliar se isso se... se é caso de... que precisa de internação ou não, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas, de maneira geral, como a agenda está sempre cheia, quem tem feito mais essas coisas é a... Terapeuta Ocupacional, que... que antes tinha quarenta horas e agora houve uma redução acho que pra trinta horas, né. Então eu... eu como fico aqui vinte horas semanais, que é um período só... do dia.....a agenda está sempre lotada, né. E... eu tive aqui vários meses sozinha, né, então era... praticamente impossível sair pra fazer visita domiciliar.

ENTREVISTADORA: Ai, nesses casos, a T.O. que fazia então?

ENTREVISTADO: T.O., né, e tem a psicóloga também, a "X", né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ela faz trinta horas e às vezes ela ia também. Você vai entrevistar só os psiquiatras, ou...

ENTREVISTADORA: Só os psiquiatras.

ENTREVISTADO: Aham.

ENTREVISTADORA: Só os psiquiatras.

ENTREVISTADO: Uhum.

ENTREVISTADORA: Mas a decisão sobre a internação,é, fica... a seu critério?

ENTREVISTADO: Sim. Aí se... o paciente não pode vir aqui, né... e a gente vai lá, ou se no caso de... da gente de... também não poder... ir até lá e eles não puderem trazer aqui, a gente pede que... que solicite a ambulância, né, aí... fazer a avaliação.

ENTREVISTADORA: Solicita a ambulância pra trazer aqui?

ENTREVISTADO: É, às vezes nem vem aqui, né, já vai direto pra... pra internação, pra... Pronto-Socorro, né, da... da "...", né, ou da "...”...

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO:-...pra avaliação. Mas de maneira geral, ou vem aqui, né, ou a gente vai... até o domicílio da... paciente.

ENTREVISTADORA: E se o paciente vem aqui, é... que fator leva você a se resolver...

ENTREVISTADO: Pela internação?

ENTREVISTADORA: ...pela internação.

ENTREVISTADO: Bem, quando a situação familiar está muito crítica, né, que eu sou... que eu vejo que... é difícil pra o familiar, por exemplo, sê for o caso de um filho, né, de... é, é... que está na... e os pais trabalham, né, e que eu vejo que a... o uso da medicação, né, não vai poder funcionar, não vai ser dado adequadamente... E tem estruturas familiares tão difíceis, né, que você tem que optar muitas vezes pela internação, pelo menos por um curto período, até que a pessoa... né, melhore um pouco e possa, de certa forma, se responsabilizar por vir aqui... pelo menos sozinha, né... e... usar a medicação adequadamente.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Tem pacientes que... que apesar disso não funcionar assim, eu... tenho deixado sem internação porque eu... é... a gente tem medicação de depósito, né, depo... os neurolépticos de depósito, né. Então e... você pode aplicar uma vez por mês, né, injetar e dar exame, e você sabe que durante aquele mês, de certa forma, a pessoa tem em...

um nível sanguíneo mais ou menos compatível da medicação, né, e... e um pouco pedir pra vir... mensalmente, ou... ou então receitar a medicação, né, pra ele vir pegar... de quinze em quinze dias, né, e apli... ele tomar aqui mesmo a injeção.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Tem pacientes que preferem inclusive, né, usar... medicação injetável assim... uma vez por mês, do que estar tomando comprimido todo dia. Aí eu faço de acordo com a... com a... como a pessoa...sente também, né.

ENTREVISTADORA: De acordo com o que o paciente escolhe?

ENTREVISTADO: É, ... se ele dá a preferência, né.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: E eu acho que tem funcionado, né, eu acho que o nosso nível de internação aqui é muito baixo, assim, pelo menos da... da região que a gente dá cobertura aqui, né, raramente eu estou encaminhando paciente pra internação... psicóticos mesmo.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: E tem vários casos que eu acompanho aqui, né...Às vezes alguns até com retorno a cada dois meses, a... outros com retorno a cada três meses... e que vem direitinho, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Eu acho que o que é mais difícil a gente acompanhar aqui é alcoolistas, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Não sei se é porque eu acho difícil tratar alcoolistas.....é... baixa adesão porque é programa, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Já trabalhei com grupos de alcoolistas, né, e... e é uma coisa assim, que eu acho difícil. E...eu...ou encaminho pra... a “H”... que é a outra psiquiatra, né, pra atender, e...ou então... se o... se eu vejo que... que o paciente está disposto, né, a... a ser atendido, né, regularmente, eu... eu posso atender também alguns casos, né. Mas de maneira geral, eu acho que eu tenho uma certa resistência pra tratar alcoolistas, eu acho muito difícil.

ENTREVISTADORA: Você acha que é esse fator o que te leva a encaminhar pra “H”?

ENTREVISTADO: É. E nem sempre, né, porque aqui ...ela não está aqui há tanto tempo, né. Eu trabalhei muito tempo sozinha aqui, né. E tem aquele outro ser... serviço aí da Prefeitura, né, que atende é... alcoolistas e drogaditos, né, que era ali na Rua “...”, né, do...agora parece que mudou, né. E... às vezes eu encaminhava pra lá também.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ou encaminho pra o “...”, né. E aqui tinha um grupo, também, que era feito pra alcoolistas, onde a “X”, que é a T.O., participava e a... a “X”, que é a psicóloga, faziam o grupo. Mas aí, como sempre né, foi... de... desaparecendo, né, os participantes do grupo, né. Os pacientes. É... não sei, eu... eu já trabalhei muitos anos com grupo de alcoolistas e é sempre a mesma história, né... a participação é mínima.

ENTREVISTADORA: Há um grande abandono...

ENTREVISTADO: Isso...

ENTREVISTADORA: ...uma evasão.

ENTREVISTADO: Hamham! Inclusive che... é... dos grupos que eu... participava com esses pacientes, tinha gente do “...”, né, que a gente chamava pra... pra dar palestras junto, pra participar, né...pra dar o enfoque deles, né... mas mesmo assim... Atendia familiares de alcoolistas, grupo do “...” com os próprios alcoolistas, mas... não sei,

eu acho que... o retorno foi muito pouco. Aí eu acabei desistindo. E drogaditos é... são... poucos que me procuram aqui, né, que procuram... Tem alguns que... e aqui é uma região cheia... né, nesse bairro "... " aí, né, que é a favela aí...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É... a gente sabe que a droga aqui corre solta, né...e pelos próprios pacientes que procuram aqui, né, que... são pais ou são irmãos, né. Pessoas que...fazem uso de droga, eles raramente procuram aqui espontaneamente, a não ser forçado, muitas vezes pela família. E quando vem, é... logo depois abandona também, né, não dá segmento, não dá.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E eu sei que esse é um problema de Saúde Pública, né, um problema sério... mas é... e... eu não conheço nenhum, assim, trabalho, né, com resultados realmente... assim... inspiradores, né... pra eu conti... dar continuidade a qualquer trabalho.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Eu não... porque mesmo que você... é... trate de um... digamos um... paciente psicótico, e que você não vê tanta melhora, né... mas alguma melhora existe, né. Existe da inserção dele na família muitas vezes, né, de... quando está lidando... do contato com você mesmo. Mas esses outros pacientes, eu acho que eles escapam muito da gente né, alcoolistas e drogaditos. Eu acho que tem muito influenciado com que...o retorno que a gente tem, né, sem dúvida alguma.

ENTREVISTADORA: Sei. E quando algum paciente... drogadito, é... chega a te procurar, ... qual, normalmente, tem sido o fator que você procura relevar pra ver o que fazer?

ENTREVISTADO: Eles muitas vezes, quando procuram, é pra internação, junto com algum da família, né. Ou os pais, né, ou irmãos, ou parentes mais próximos, né. Ou... geralmente não é pra ... é... tomar uma medicação ou fazer um acompanhamento, né. É pra internação, que a família acha que a situação está insuportável, né, e que a pessoa está

muito agressiva em casa, que eles não agüentam mais, que está vendendo as coisas da casa, né, roubando... dentro da própria casa, vendendo esses... bujões de gás da casa pra... adquirir a droga. E é assim, né. Até próprio mantimento, né, arroz, feijão... vende tudo, né. Então a família acha que não é... geralmente pessoas tudo muito pobres, né, com baixo poder aquisitivo, então... eles acham que não tem solução não e já vem... já... e são histórias já... de anos, assim.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Aí eu encaminho, e quando está muito difícil assim, eu encaminho pra internação. Eu acho que é... porque eu sei que se eu der alguma medicação, se eu propor um tipo de atendimento... não... não tem adesão e interesse. E encaminho também pra esses... é... Serviços, né, de... da, da “...” lá. Ou então, encaminho pro... Hospital-dia, né, se há interesse, né... do ... aí, né.

ENTREVISTADORA: Se há interesse do paciente?

ENTREVISTADO: Isso, e da família também, né.

ENTREVISTADORA: Certo.

ENTREVISTADO: E o que mais que a gente poderia falar? Periodicamente nós temos a reunião nossa aqui da equipe, né, que trabalha a cada quinze dias, mais ou menos...onde a gente discute os problemas, não é... ou com algum paciente, ou com... o próprio andamento do Serviço aqui, né, a inserção da gente no Posto de Saúde, né. A... T.O. faz grupos, né... também... Eu acho que talvez fosse interessante você ouvir essas outras... pessoas, né. Porque a gente trabalha em equipe aqui, não?!

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Não sei porque que você optou por trabalhar só com Psiquiatra, né?!

ENTREVISTADORA: Por que eu optei?

ENTREVISTADO: Aham.

ENTREVISTADORA: Foi minha escolha para esta pesquisa, a escolha do meu tema, do que é que eu ia buscar no Mestrado..

ENTREVISTADO: Porque...porque a gente trabalha em equipe, né.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: É um trabalho onde... a gente dividi um pouco, o trabalho, né.

ENTREVISTADORA: Aham. Mas eu elegi, pelo menos nesse primeiro momento ouvir..

ENTREVISTADO: O Psiquiatra?

ENTREVISTADORA: ...o Psiquiatra. Buscar a visão do Psiquiatra.

ENTREVISTADO: É. Eu acho que... a visão minha de Psiquiatra tem se modificado, não é.....por... pela própria... pelo próprio percurso que eu tenho feito, né, primeiro de procu... pra... grupos, depois essa... de... de... formação em "...", né.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: Então vai modificando, né. Mas, é claro, né, tem... tem a outra parte, né, que é a parte medicamentosa, que também acho que é importante, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E não... falar a verdade, eu não sei estabelecer mais prioridades, né. Onde que... termina um, aonde começa a outra, né.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: E eu vejo... estou... num momento onde eu vejo como... muito importante, né.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Não sei qual é mais importante, mas que são importantes.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Eu acho que... não sei. Você tem que perguntar aí.

ENTREVISTADORA: Você quer que eu pergunte? Eu vou perguntar então: o que mais você acha importante... estar me falando sobre esse assunto, sobre os fatores que influenciam as indicações de tratamento? O que mais, na sua visão, você acha importante me falar?

ENTREVISTADO: Olha, é... é tão amplo isso, né. Porque... quando você recebe um paciente, vem desde uma história, né, que você monta a história clínica junto com o paciente, né, onde você ouve um relato de vida e ali vai determinado, né, muitas coisas: o que você pensa, o que você... acha junto com o paciente, que pode ser feito, né. Então são... é um... umas decisões que vão sendo baseadas na sua experiência teórica, né, e a sua experiência prática, né, e sua vivência no Serviço, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E... é... são mu... muitas variáveis, né, que determinam a sua atitude aqui.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Desde você estar numa escuta, né, que... que favorece ao paciente falar de si, né, ter um tempo diferente de outros... atendimentos onde, por exemplo, Clínica que está sobrecarregado, né. Muitas vezes atende o paciente em quinze ou menos minutos, não é, dez minutos.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO:...uma agenda! Da mesma forma, o ginecologista, né, o pediatra também, né. Então quando o paciente chega aqui, primeiro já começa assim, que ele não precisa ficar desde cedinho aqui na fila, né. Cinco horas às ve... alguns vêm... cinco horas já ficam na fila pra marcar agendamento com o Clínico, né, ou com o ginecologista, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, com... com a gente é assim, com os psiquiatras aqui, aqui, é... vem e marca, né. Tem a agenda lá e marcam, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Sem precisar ficar de... vir de madrugada pra pegar, né. E se está num quadro, assim, agudizado, a gente...atende como extra, né. Tem sempre o que cada um de nós pode atender... dois pacientes extra.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: E é possível isso sim, sem precisar, né, ficar... aguardar... aguardando muito, né.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: É... tem o Serviço de triagem, né, que... que às vezes a minha agenda está tão... cheia, né, que não dá pra... de pronto eu fazer um atendimento. Então a... é... até... quando eu estava sozinha, eu não fazia a triagem, né. Eu deixava que... a T.O. e a...psicóloga fizessem, né, essa triagem... pra saber, né, determinar se era uma coisa... que tinha a ver com... o uso da medicação, ou se era mais pra participar de grupos, né. Ou que, que era, né... Elas faziam a triagem e aí eu... e eu ia recebendo mais os casos de medicação, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Agora com o...

FIM DO LADO A DA FITA.

ENTREVISTADO: Tem uma procura... espontânea, né. Eles chegam ali na... na recepção e começam a falar que... vieram porque... estão com uma série de problemas, ou já vêm muitas vezes já com o sentido de procurar a psicóloga, né. Geralmente eles não falam psiquiatra.

ENTREVISTADORA: Tá.

ENTREVISTADO: É com a psicóloga, né. E aí es... ou alguns já vêm procuran... procurando o psiquiatra espontaneamente, mas com muito receio, né, porque... o psiquiatra é aquele que lida com a loucura, né.

ENTREVISTADORA:- Tá.

ENTREVISTADO: Uma idéia... em geral é isso né. E que... se eu procuro um psiquiatra, portanto eu sou um louco, né. E vem com receio, né, e depois a gente conversa aqui e... procuro, né, desmistificar um pouco isso da loucura e... como é que eles se sentem, né. Tanto é que quando eu chamo os... é... por exemplo, tem um paciente que é casado, ou uma... uma paciente casada, que eu chamo um dos... companheiros pra participar aqui, né, é... fica muito receio, né, de que... porque vai chamar o companheiro porque que vem aqui, né, se... um certo medo, né, assim, que se eu vou dar bronca, o que que é que eu... né?

Eu costumo escrever um... nesse papel aqui mesmo, de receituário, costumo por assim: pra comparecer na...nessa data, no horário tal, pra tratar de assunto referente à saúde da pessoa que está em tratamento aqui, né, e aí a gente...começa a conversar, né. Às vezes, muitas vezes são... na maioria das vezes mulheres, né, reclamando do relacionamento e... e da dificuldade que tem de conversar com o companheiro.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E... tem funcionado também assim e... acho que tem dado certo.

ENTREVISTADORA: Você chama então o companheiro...

ENTREVISTADO: Quando vejo que...quando é uma soli... solicitação do paciente, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...eu, quando eu vejo que é necessário, né...porque eu tenho no grupo, pacientes que são esposas de alcoolistas, né.

ENTREVISTADORA: Tá.

ENTREVISTADO: E... e é uma reclamação freqüente, né... do comportamento, às vezes da agressividade, né...da falta de tolerância, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Problemas no relacionamento sexual. Aí... procuro chamar...

ENTREVISTADORA: E você atende como esse...

ENTREVISTADO: Atendo o casal. Atendo o casal. E vejo, né... e às vezes é... muitas vezes são pacientes que estão no grupo, ou então que estão fazendo acompanhamento individual aqui. Agora, tem pacientes que se recusam, né. Acham que... que venha o companheiro ou a esposa, né... conversar aqui, porque eles acham que é um assunto muito... hum! (limpada de garganta) particular deles, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ou se sentem inseguros, né. Aí eu dou o tempo, se a pessoa... e deixo em aberto... quando quiser a gente pode fazer isso.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então tem pacientes, por exemplo, que já tem dois anos que está no grupo, agora é que vai trazer o companheiro, né. É que achou que... está re... está no momento, né, próprio que pode trazer, né, e vai se valer disso ou que adquiriu mais confiança em si próprio, né... no tratamento em si.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Atendo adolescentes também, quando procuram, né, mas geralmente é...crianças e adolescentes vem mais com a psicóloga, né. Não... tenho o hábito de atender, nunca trabalhei com crianças, né. Então, fica mais com a psicóloga atendimento de crianças. Adolescentes eu atendo alguns. Raramente medico, né, a não ser que seja um quadro de reincidência... de uma psicose, não é.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas, aí, sempre com a presença da família também, né. Peço pra família vir...quando precisa de medicação. Quando não... Tem um paciente que eu estou fazendo... estou acompanhando em psicoterapia.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Um jovem de... dezesseis anos, né.

ENTREVISTADORA: Em psicoterapia individual?

ENTREVISTADO: É.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E... tem caminhado. Devagarzinho, mas tem. Mas a grande demanda mesmo, são pessoas adultas e... mais do sexo feminino... que procuram mais. Tem crescido um pouco o número de atendimento a pessoas acima de sessenta a sessenta e cinco anos, né.

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: Tem alguns com... doenças neurológica degenerativas, ou então com... envelhecimento precoce, né, Alzheimer. Tem... ou então complicações... neurológicas, né, após derrame. A gente atende, também, com distúrbios de comportamento, né. Pessoas com deficiência... de desenvolvimento, né.

ENTREVISTADORA: Uhum. E você faz o que com esses pacientes?

ENTREVISTADO: Ba...basicamente o acompanhamento medicamentoso, porque a gente encaminha pros outros Serviços de atendimento a pessoas com deficiência. E está sempre lotado, né, sempre lotado. E os pacientes, depois os familiares, dão retorno...dessa dificuldade de não ter o que fazer com essas pessoas. E é realmente difícil, né, mas não tem na Re... uma... assim na, no Serviço, uma coisa, né, estruturada no atender a essas pessoas assim, né. São mais entidades que funcionam aí, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Entidades mistas, com fundo privado e... alguma ajuda da Prefeitura, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E eu acho que o que é grande, que a gente poderia melhorar muito aqui, era o atendimento em crianças, né. Ter profissionais pra atender crianças, né, ou nas escolas tivesse profissionais pra atender criança e adolescentes, né. Psicólogos, né. Mas, é, evitaria até de ter um grande fluxo, né, de... de encaminhamento pra cá, que... não dá co... não... a pessoa não consegue atender toda essa demanda.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Crianças com problemas no... aprendizagem na escola, não consegue, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E da Prefeitura parece que só um... local aqui que tem uma pessoa que atende mesmo crianças e... e que tem uma especialidade nesse sentido de atender crianças, né. Se a gente sabe que a infância, né, é onde... dela é que parte toda problemática fu... futura, né, em grande... na sua grande maioria, seria de se priorizar mesmo, né. Mas eu não vejo um... isso... não é feito, né, na Rede Pública não... de maneira geral, não. E... eu atendo muitos casos, assim, que são de atendimento neurológico, né. Porque é aquele limite, né, onde começa a Psiquiatria e onde começa a Neurologia? Então, assim, quando vêm pacientes, né, que na realidade são pacientes com crise convulsiva, né, epilepsia, que são muito freqüentes...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...sou eu que tenho atendido aqui, né. Então, passar medicação, né, porque o Clínico acha que não é com ele.

ENTREVISTADORA: Tá.

ENTREVISTADO: Então... o pediatra também não, né. Então vem... me procuram, né, e como não tem... neurologista na Rede, né... se tem é só mais em alguns... Postos de Saúde raros, né, mais centrais, eu acabo atendendo e medicando e quando necessário faço o encaminhamento pro neurologista.

ENTREVISTADO: Que eu trabalho vinte horas por semana aqui, né. Tem dois grupos que eu faço, de uma hora e meia.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Tem algumas psicoterapias individuais. Então que que resta de horário, né... pra atender medicação e tudo que eu tenho que atender?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, é o meu limite... né...dentro da instituição.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Fora que a gente... quinzenalmente também tem reunião da equipe, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então o horário fica todo preenchido, né.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Então eu tenho... a minha agenda fica assim, muitas vezes, a cada dois meses já está, né, cheia. Agora melhorou bastante com a vinda da outra psiquiatra, porque a gente não atende só a nossa...região de cobertura aqui, né. Nós atendemos também do "..."... porque não tem psiquiatras lá, né. Não tem... não tem Saúde Mental, né, então vem pra cá. E muitos pacientes que... que periodicamente, é... alguns serviços entram em crise, porque... é... ou o psiquiatra sai, ou... pede demissão... e esses pacientes de... ou... da região "...", né, vem pra cá, certo, e aí eu tenho... eu começo a atender, né, o... E aí, depois, uma vez formado o vínculo, ele não quer... eles não querem ir embora, né, não querem... voltar pra sua antiga... área de cobertura, né.

ENTREVISTADORA: Então permanecem aqui?

ENTREVISTADO: É, aí permanecem, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E aí fica difícil também, né, você mandar, né. Então por isso a agenda está sempre cheia também, sempre lotada. (tempo) Bom, que mais? (tempo)

ENTREVISTADORA: Há mais alguma coisa que você queira falar sobre o assunto ou ...?

ENTREVISTADO: Por certo deveria ter, né, mas eu não lembro assim, né. Teria que... você teria que... acompanhar a gente aqui no trabalho, no dia-a-dia... pra saber o que que é, né, assim, de fato, o que que é isso aqui, né.

ENTREVISTADORA: Sei.

ENTREVISTADO: O que que é lidar com essas questões aqui, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É uma visão muito superficial, essa que eu dei, né... e... Não sei se você já trabalhou em Rede Pública, se... se você tem essa experiência...de como é, né.

ENTREVISTADORA: Você acha que é uma visão superficial essa sua...

ENTREVISTADO: Ah, eu acho...

ENTREVISTADORA: ...o que você passou?

ENTREVISTADO: ... eu acho que é muito superficial, né. Porque você falar de alguma coisa é... é você... limitar, né. É diferente de você vivenciar, né, a coisa em si.

ENTREVISTADORA: A linguagem tem os seus limites.

ENTREVISTADO: É, claro.

ENTREVISTADORA: Então está bom. Se não há mais nada, acho que podemos encerrar, então.

ENTREVISTADO: Está bom. Hoje está mais tranquilo, por causa da greve de ônibus, né, então alguns pacientes faltaram.

ENTREVISTADORA: Ah! É um fator que interfere?

ENTREVISTADO: É!

FIM DA ENTREVISTA.

9.5.7. Entrevista Nº 7

ENTREVISTADORA: Então, Dr. “G”, a questão é essa...eu gostaria que o senhor me falasse a sua visão sobre os fatores que influenciam as suas indicações de tratamento na Unidade Básica.

ENTREVISTADO: Sim, mais nas indicações de tratamento psiquiátrico?

ENTREVISTADORA: É... os fatores que influenciam essas indicações.

ENTREVISTADO: Bom, em primeiro lugar, eu gostaria de colocar que... é... nesta Unidade, como... é comum nas outras Unidades da Rede Pública de Campinas, o nosso trabalho na área de Saúde Mental é um trabalho de equipe. E esta equipe tem uma composição mínima que consta de: um psiquiatra, um psicólogo, uma Terapeuta Ocupacional e ... uma Assistente Social. Nesta Unidade, atualmente, nós não dispomos de Terapeuta Ocupacional. Eu sou um psiquiatra de vinte horas, há uma psicóloga de vinte horas, e... uma Assistente Social de quarenta horas. A en... a porta de entrada dos pacientes para a área de Saúde Mental nesta Unidade é o que nós chamamos de triagem. Essa triagem é feita em rodízio pelo psiquiatra, pela... psicóloga e p... pela Assistente Social. Eu ia me lembrando; nós temos também uma enfermeira com dedicação parcial à equipe de Saúde Mental, que participa também da triagem. A triagem busca identificar a necessidade de tratamento na área de Saúde Mental. E nessa oportunidade, a pessoa é encaminhada para o atendimento psiquiátrico, ou, atendimento psicológico, ou às vezes... A enfermeira ...também participa da triagem.....(retomada após um incidente com o microfone)... Ah! sim... Estava dizendo que...é...o caso é encaminhado pra...o tratamento com o psiquiatra e com a psicóloga, né, ou preferencialmente, num primeiro momento, para...o psiquiatra. É, como psiquiatra...desta equipe, eu...é, participo, é, do a...do atendimento quanto ao tratamento medicamentoso, né, individual, e participo também de grupos. Eu participo junto com a psicóloga de um grupo de psicóticos, um grupo de alcoolistas, e tenho sob...os meus cuidados, um grupo de pacientes neuróticos. Então, as minhas atividades como psiquiatra, são de: diagnóstico clínico; tratamento...medicamentoso e...psicoterapia de grupo. Eu não faço, aqui nesta Unidade, psicoterapia individual. A...a quase totalidade, pra não dizer totalidade dos pacientes, que procuram ajuda via a porta do psiquiatra é...são

confirmados como realmente pessoas necessitadas de tratamento. É claro que a intervenção medicamentosa depende do nível de ansiedade do paciente, não é, ou então do grau de sua depressão, que são sintomas mais ou menos...universais dentro da clientela psiquiátrica. E, outras...manifestações, é...especialmente no âmbito das psicoses, né, delírios e alucinações, e que necessariamente exigem...a intervenção medicamentosa. Então... é... em... num primeiro momento eu quero ressaltar que...a...a totalidade, ou quase a totalidade dos pacientes que buscam a...essa ajuda através do atendimento psiquiátrico, não é, realmente são pessoas... necessitadas de tratamento e comumente...há uma intervenção medicamentosa. Quando... o... o quadro apresentado é...vamos dizer, puramente psicogênico e o nível de...ansiedade ou grau de depressão do paciente não são tão importantes, então, eu dispenso o tratamen... o... o tratamento me... a... ou intervenção medicamentosa, e encaminho o paciente exclusivamente para a abordagem... psicoterápica. Mas o que é mais comum, é que haja uma intervenção medicamentosa mesmo que temporária no caso de neurose ou distúrbios afetivos, né... uma intervenção...é...concomitante...de tratamento...a intervenção medicamentosa e abordagem psicoterápica, e à medida que o paciente progride na abordagem psicoterápica a gente vai fazendo um desmame... progressivo da medicação até suspendê-la totalmente. Então, é... com essa população, é ...e tendo em vista...a...a demanda de um alívio mais ou menos pronto da ansiedade, da depressão, é...é muito comum que, haja, da parte do psiquiatra essa intervenção...medicamentosa, né?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então eu creio que, é...eu já estou, pelo menos em parte, respondend psicótico... é que... é... entre cujos sintomas não tem uma consciência de seu estado mórbido, né, tem uma... o juízo de realidade perturbado, então não se considera doente... quer dizer, o próprio paciente não... não quer ou não espera tratamento, não é, mas a família... demanda... esse tratamento e muitas vezes pelas alterações, ou pelos transtornos que conduta que o paciente apresenta, há uma ansiedade grande da família para uma pronta intervenção e um pronto alívio destas manifestações.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então diríamos assim: a expectativa ou demanda do paciente individualmente e da família, né, em relação ao pronto alívio dos sintomas, é um dos fatores que indica a intervenção psiquiátrica medicamentosa.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: A maioria desses pacientes são de um poder aquisitivo baixo, né. Então a U... a Unidade de Saúde está equi... equipada com... a... uma linha medicamentosa básica, né, que é... é... que é... mantida pela Secretaria da Saúde de tal forma a garantir praticamente uma cobertura e... de amplo espectro das necessidades medicamentosas... do, do paciente, não é?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Esse é um esclarecimento que... convém, é, colocar aqui. Desliga um pouquinho que eu vou... me situar ainda na... e... a... desliga um pouquinho...(referindo-se a 'pensar um pouco para depois responder', olhando a carta que eu havia encaminhado. Deligo o gravador. Ele lê a carta novamente e volta a falar).

ENTREVISTADORA: Posso continuar ? (indico o gravador).

ENTREVISTADO: Pode continuar. É... não tem importância a ...(refere-se à interrupção).

ENTREVISTADORA: É... não tem...

ENTREVISTADO: Ah! Não tem importância.

ENTREVISTADORA: Não.

ENTREVISTADO: Bom, a questão então que você me coloca é quais são os fatores que... levam a indicação... do tratamento, né?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É... bom, eu já referi a um... a um fator. Um segundo fator, é de ordem...é... psicopatológica, não é, ou seja, é... nós indicamos tratamento pras pessoas que é... realmente sejam porta... portadoras de algum transtorno... psíquico, não é. É... desde... um transtorno... de... menos monta, não é, que eu poderia chamar de uma reação neurótica, até transtornos mais graves, né... é, como a neurose propriamente dita, que é um transtorno mais estruturado... de personalidade, uma psicose, não é. É... nós temos... um contingente grande de pacientes epiléticos, pacientes deficientes mentais com distúrbios de conduta ou mesmo com antecedentes, ou episódios recentes de psicose, né. Entre as psicoses, predominam as psicoses esquizofrênicas, né, e as psicoses afetivas e temos também... pacientes alcoolistas e muito raramente nesta Unidade nós somos procurados... por pacientes drogaditos. Isso é uma ocorrência rara... aqui na Unidade. Então é claro que a indicação de tratamento é... tem... como ponto de partida é... o fato do paciente ser portador de uma patologia... psíquica, né?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É... eu me referi então a essas... entidades diagnósticas, né. É... e... na verdade... é... empiricamente na... na fo... na, na... no levantamento, é, de dados que permitam uma avaliação diagnóstica, é, do caso, não é...

ENTREVISTADORA: Hum...

ENTREVISTADO: ...a gente constata que, numa situação ou noutra, não é, há uma preponderância, né, basicamente... em determinados casos, de fatores orgânicos. Em outros, há uma preponderância de fatores psicogênicos, né, e há casos em que a...releva a importância de fatores sociais, não é, é... e numa visão...a visão que a gente tem da... da patologia mental é de que ela é multi...determinada. E nessa multideterminação é... sobreleva a importância hora fatores... basicamente orgânicos, né, ou endógenos, como no caso... das... é... psicoses esquizofrênicas ou as psicoses afetivas, né, ou fatores psicogênicos como nos... nos transtornos neuróticos, não é. E... mas... é... sempre há uma interveniência associada de vários fatores, não é; fatores biológicos, psi... psicológicos e, e

sociais e nesse ou naquele caso se destaca... a importância de um ou outro fator, né? E... então... a... a indicação do tratamento... psiquiátrico, é, particularmente mé... medicamentoso, não ignora a importância de outras intervenções. Por isso é que nós trabalhamos em equipe, não é...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...e... é... é comum que os pacientes recebam uma atenção ao mesmo tempo do psiquiatra, do psicólogo, da Assistente Social e aqui nós não dispomos, mas eventualmente se temos...à mão, a Terapeuta Ocupacional. Ela também faz a sua intervenção, não é? Então... a gente não tem uma visão unilateral...do paciente, não é, ou... u... uma visão uni... dimensional, de uma dimensão única. A gente encara a pessoa como uma totalidade indivisível, né, e que esses múltiplos aspectos tem que ser contemplados... né, para...uma maior eficácia...ou resolutividade do tratamento na área... de Saúde Mental.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ainda falarei sobre as in...as internações. Eu me permitiria... eu fazer uma consideração. É que eu sou um psiquiatra já... de “...” anos de prática. Eu... embora... embora os avanços na área da Saúde Mental, especialmente, é, pelo trabalho... através do trabalho de equipe, a... a... e a... os... a... os avanços no, no, no aspecto de reabilitação psicossocial, etc, eu acho que... a grande carência ainda na... na área da psiquiatria, ou da, da Saúde Mental, é a politização das ações em Saúde Mental, né. É... eu acho que a Saúde Mental deverá, pra cumprir melhor os seus objetivos, encami... ca... caminhar na direção...da democratização não só do conhecimento...da área de Saúde Mental, mas também, das práticas de Saúde Mental, né. Eu estou me referindo especialmente a uma participação...mais ativa da população, nas ações, na discussão das políticas de Saúde Mental. E, por isso, uma participação... mais ativa nas ações de Saúde Mental, não é. Eu acho que Saúde Mental é um campo muito complexo que, é... desborda os limites, é, da... da atuação técnica. Porque, por muitos psicólogos e psiquiatras que nós tenhamos, nós nunca daremos conta do volume da problemática... psíquica... humana... não é?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E eu acho que a ajuda na área...Mental, também deve ter a participação...da comunidade como um todo e, a exemplo da, da própria ajuda religiosa, né. Então, eu me referiria, por exemplo, a experiência de Alcoólicos Anônimos, que é uma experiência que nasceu fora do âmbito da Saúde Mental oficial, né, vamos chamar assim, e que... é um... é uma... é um... subsídio importante na recuperação...de... de alcoolistas... né? É uma experiência que eu conheço... é... mais ou menos proximamente, não é, e tenho reconhecido...a...o...a importância da...de Alcoólicos Anônimos na recuperação de alcoolistas... não é. Então eu acho que a... a Saúde Mental oficial, ou seja, a Saúde Mental... como uma área profissional ou de profissionais psi, não é, ela... ela não deve ficar restrita ao âmbito dos profissionais, mas ela...ela deve ser democratizada, ela deve incorporar a participação da população de uma modo geral, não é. E daquelas áreas afins... com a Saúde Mental... não é. É, eu acho que os sociólogos, os antropólogos, que também são... é... gente da área Acadêmica, têm a ver com Saúde Mental... Acho que filosofia tem a ver...

ENTREVISTADORA: Uhum...

ENTREVISTADO: ...com Saúde Mental, não é. Economia tem a ver com Saúde Mental ou com os aspectos de política de Saúde Mental e a Saúde Mental tem a ver com os leigos... é... enquanto religiosos ou simples cidadãos, né. E, então, essa é uma... é uma... esse é um sonho que eu acalento, assim, em termos de... de ver...os, os, a...os técnicos de Saúde Mental atuando juntos com pessoas...leigas, não é, e que tem alguma noção, ou que para quem se passou alguma noção de Saúde Mental, e que no quarteirão, no bairro, etc., participe da intervenção... é... com pacientes, que... é...podem ser, desde que com a cobertura adequada, tratado até à nível... do domicílio, não é, minimizando mais ainda a... a internação nos hospitais... psiquiátricos, né. O que tem sido um... um objetivo priorizado dentro, é, das políticas de Saúde Mental, não é. Então essa democratização do conhecimento e das práticas, incorporando ações que teriam a participação de Agentes, é, de Saúde... não técnicos, não é, como a população de um modo geral, eu acho que representaria um avanço muito importante... dentro da área da... da Saúde Mental...né?(tempo)

ENTREVISTADORA: O senhor falou em internação. No caso, quando ocorre algum caso pra internação aqui, se ocorre...

ENTREVISTADO: Uhum.

ENTREVISTADORA: ...é...quais fatores o senhor considera para então se decidir pela internação?

ENTREVISTADO: O de sempre. A indicação de internação decorre mais de... é... pressões ou condições sociais do que propriamente, é, de motivos técnicos, não é. A rigor, se você dispusesse... de cobertura, é... no, no domicílio, na casa do paciente ...quer dizer, com a... a... a possibilidade da intervenção da equipe de Saúde Mental na casa ou no domicílio, enfim, no tratamento domiciliar e se...a... ocorrência ou a emergência... de... um, um quadro psiquia... ou... ou um quadro mental agudo no seio de uma família, não viessem em prejuízo da rotina de vida familiar... e tendo como consequência por exemplo, no caso da mãe de família que adocece mentalmente, do marido ficar impedido de ir trabalhar... coisas desse tipo, não é, essa intervenção... poderia ser feita no próprio domicílio. Ocorre que, não tendo equipe que atue à nível domiciliar, não é, e aí a angústia da família é muito grande, não é, no... em... em lidar com o doente e aí a exigência ou a pressão da internação. Em segundo lugar, eu ressaltaria... a... o impedimento do...de um dos cônjuges, alguém da família, de... para dar cuidados ao paciente ficar impedido, então, de trabalhar, não é, o que tra... traria problemas...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Porque o... o doente tem... se ele é trabalhador, tem direito a licença médica, mas aquele que presta cuidado, não! Salvo se houvesse algum dispositivo... legal que amparasse eventualmente o prestador de cuidados no... no seio da família, né. Então... é... são especialmente pressões sociais, né, que... é... determinam a internação. É claro que não se deixa de considerar o risco... é... eventual, especialmente da conduta psicótica para o próprio paciente, né, em termos de tentativa de suicídio ou então risco para a família ou para a vizinhança em termos de... uma conduta... é... perigosa... em termos de risco de prática de homicídio ou danos físicos ou a pessoas... periféricas (risos)...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...em...no en... no en... no em torno do paciente. Fora essa situação, a... a, a pressão é realmente, assim, de ordem social, é... porque... o, o paciente atrapalha a vida da família, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, é... a gente procura intervir precocemente e evitar que o paciente chegue a uma condição... agudíssima em que não haja mais outra saída senão a internação. Mas, de uns anos a esta parte, não é, com assistência ambulatorial, especialmente no âmbito das psicoses, com o controle de pacientes mediante as chamadas drogas de depósito, não é, então tem-se minimizado... de uma... a um nível, assim, importante, as indicações de internação, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Pra você ter uma idéia, aqui... é...num semestre aqui nessa Unidade, a gente indica aí, diríamos,... uns seis, umas seis internações por semestre...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ... sendo que só...o psiquiatra, atende...em média,...no mínimo... cinquenta pacientes por semana... não é. Então,...é ...uma...é um índice mínimo... relativamente, é um índice mínimo... de internações...é...durante o ano.

ENTREVISTADORA: Seriam quase que umas doze por ano, uma média de dez, doze por ano...

ENTREVISTADO: Isso, é. Vamos dizer vinte pra...né? Para a população atendida, é um índice baixo. Índice baixo. Mas é que nós estamos fazendo uma assistência... é... coerente com... a... a política atual de Saúde Mental, não é, que...recomenda...o tratamento prioritário à nível de ambulatório, de Pronto-Socorro. E... é claro que nós não dispomos, não é, mas...é...se recomenda, preferencialmente, o tratamento à nível de Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, não é. Em última instância, internação

no hospital psiquiátrico, né. É claro que, na Rede, nós dispomos do tratamento a nível de ambulatório, nós dispomos também dos chamados CAPS, né, que são verdadeiros Hospitais-dias, né, e temos a internação integral em dois hospitais aqui da... da reg...de Campinas...não é. Então praticamente nós temos... é... estou me referindo aos Hospitais... é...”...” e o “...”... não é.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: O acesso...ao... à Unidade de Psiquiatria do “...” é um acesso difícil porque a gente entende que... a... essa internação lá é seletiva, né, tendo-se em vista o interesse científico nos casos, né. Então, a gente compreende essa se-le-ti-vi-da-de, não é. Então o nosso acesso a internação é...via o Hospital “...” e o Hospital “...”, que são hospitais de convênio com a Rede Pública, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, é... razoavelmente, as Unidades de Saúde que tem equipe de Saúde Mental, tem contribuído pra...efetivar a... essa... recomendação de política de Saúde Mental de... evitar as internações.

ENTREVISTADORA: Uhum.

(tempo)

ENTREVISTADO: Você teria algum outro ponto que gostaria de...

ENTREVISTADORA: Esclarecer melhor?

ENTREVISTADO: É.

ENTREVISTADORA: O senhor falou sobre a medicação, fatores que...

ENTREVISTADO: Ahm.

ENTREVISTADORA: ...influenciam para medicação...a psicoterapia, a internação...

ENTREVISTADO: Ahm.

ENTREVISTADORA: Teria outro tipo de tratamento... que o senhor, eventualmente também indica aqui na Unidade fora esses que o senhor já citou?

ENTREVISTADO: Uhum... Bom, a Prefeitura...dispõe de Serviços Específicos, né, como o CRIADE, os... o CRIADE é um centro de recuperação, é, pra pacientes alcoolistas e drogaditos. O CRIADE, ele dispõe de uma equipe...completa, com Terapeuta Ocupacional, Assistente Social e etc. Então os casos de alcoolistas ou drogaditos, os casos assim mais complexos, e... e... considerando que...o que nós oferecemos em termos de... é... no grupo de al... num grupo... uma seção de grupo de alcoolistas uma vez só por semana, né, e a possibilidade de uma revisão... no caso, psiquiátrica, também uma vez por semana, é, há casos assim de uma tal complexidade que isso é muito pouco. Então o paciente tem que ser engajado num regime, que eu diria, é... próximo do Hospital-dia e o CRIADE faz isso. Então esses casos nós encaminhamos para o CRIADE, não é. Muitas vezes o paciente até... é... psicoterapia de grupo na frequência maior, duas ou três vezes por semana, ou tem... atendimento individual, também, então esses casos nós encaminhamos pra lá. A grande carência nossa aqui é, no momento, é na área da Terapia Ocupacional, que nós temos um... um grupo aí de pacientes crônicos, não é, que também se... se beneficiariam com um regime tipo Hospital-dia e que se o Cen... a Unidade dispusesse da Terapeuta Ocupacional, eles poderiam ser engajados numa rotina de atividades, né... é... terapêuticas, incluindo a... ocupacionais aqui na Unidade...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...de tal forma que é... essa intervenção... pudesse ser mais benéfica... né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Porque nós temos pacientes, assim, com... com... uma psicopatologia em diferentes níveis de complexidade, né. Então há os pacientes que vem aqui uma... pra uma seção de grupoterapia por semana, fazem a sua revisão... medicamentosa, e se man...

(final da fita)

ENTREVISTADORA: O senhor falou: "...trabalhando... adaptados a..."

ENTREVISTADO: É, então eu estava dizendo que...nós temos aqui pacientes para os quais a... a frequência a uma seção semanal de grupo, a... revisão semanal psiquiátrica, são suficientes pra mantê-los... remitidos e adaptados na vida social.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: São pacientes que trabalham fora de casa, ou então que participam da rotina doméstica, não é, mas que têm uma vida social estável, com... o tipo de intervenção que se oferece. Já outros pacientes que pela complexidade da sua patologia exigem... é... uma intervenção mais intensiva, né, especialmente de...é Terapia Ocupacional, é, grupoterapia, etc, ou de um atendimento individual... e nós não dispomos de recursos para esse tipo de... assistência mais intensiva.

ENTREVISTADORA: Nem... pra atendimento individual?

ENTREVISTADO: Individualmente sim, mas... e... isso com a p... a... a... a psicóloga, né?

ENTREVISTADORA: Uhum. E pra indicar esse paciente para atendimento individual com a psicóloga, que fatores o senhor vai levar em conta?

ENTREVISTADO: Bom, eu... levo em conta o... o... o di... o... o diagnóstico clínico, né... quer dizer, a...patologia de que o paciente é portador. Então a gente... eu encaminho... é, preferencialmente pra psicóloga... pra atendimento individual, os casos de neuroses, não é, e... encaminho pra grupo... o, o, o... a... os... os psicóticos, porque, em geral os psicóticos são atendidos em grupo. Nós temos... um número menor aí... e eu tenho um grupo, né, aqui. A... a psicóloga deve ter um maior número de grupos... de, de, de pacientes neuróticos, mas... é... num primeiro momento pelo menos, esses pacientes... com um tipo de patologia, são atendidos individualmente, no segundo momento às vezes são encaminhados para grupo... né?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Porque é uma...há uma tendência...dentro da Rede Pública de priorizar... o atendimento em grupo tendo em vista... a... o volume da demanda. Aliás, no momento, é... foi bom tocar... é... nós estamos implantando... o atendimento em grupo, que a gente chama “Grupo de Medicação”, de pacientes epiléticos e de pacientes psicóticos.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ou seja, é... se trata de racionalizar o atendimento de pacientes convulsivos, ou pacientes psicóticos, que já vêm em acompanhamento a longo tempo, e que... é... estão mantidos...assintomáticos, e que vem à Unidade somente pra pegar... praticamente pra pegar a receita...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Não é. Nós temos um grande número de pacientes nessa condição. E aí, como...a...o padrão de atendimento...do psiquiatra... é... para os, os retornos, o psiquiatra atende um caso a cada vinte minutos, isso é o padrão...no atendimento.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ou seja, são... três casos por hora. Na situação de atendimento de grupo nós poderemos atender, no máximo, não é, mais poderemos atender... dez pacientes por grupo de uma hora ou de cinquenta minutos.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, é... é um número... é o o... nessa... é... esse atendimento então, vai... vai render mais... do que... o atendimento... é... padrão individual,né, porque nós vamos atender num número maior de pacientes. Então, esses grupos que já estão sendo implantados, repito, é de convulsivos e de... é, psicóticos, não é. Esses grupos vão ter a participação da Assistente Social, está tendo, né, a participa... estão tendo da Assistente Social, e de uma Auxiliar de enfermagem. E... o médico então dá uma repassada na, na, na situação clínica dos pacientes, né, e... a a... a Assistente Social e a... e a

Auxiliar de... de enfermagem... é, se encarregam de fazer a receita que será assinada pelo médico, mantendo... aquele esquema já... que... que... que sustenta... a estabilidade do paciente, né. E... e aí nós vamos apro... estamos aproveitando o tempo, é... que sobra dessa avaliação sintomática, pra transmitir informações para os pacientes sobre a sua patologia e estar à disposição para qualquer esclarecimento a respeito... da sua doença, não é.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É... inclusive expectativas com relação a... a tempo de tratamento, término de tratamento, assim por diante. É... então esses grupos, repito, são... é... grupo de medicação... de convulsivos e... é... psicóticos. Esses grupos são realizados de... duas em duas semanas, quer dizer, nós temos um grupo de convulsivo cada duas semanas, e um grupo de psicóticos cada duas semanas.

ENTREVISTADORA: Fica intercalado?

ENTREVISTADO: Intercalado. É... sendo que o retorno do paciente, em média, é de sessenta dias. Então cada sessenta dias, ele vai retornar... num desses grupos. Se ele é convulsivo... no grupo de convulsivo, se ele é psicótico, no grupo de psicótico, não é, ... então para o tratamento de... manutenção.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É mais ou menos, em linhas gerais o... o nosso trabalho aqui.

ENTREVISTADORA: Certo. Dentro desse assunto da entrevista, tem mas alguma coisa que o senhor ... acha importante estar colocando...

ENTREVISTADO: Uhum.

ENTREVISTADORA: ...o senhor acha relevante?

ENTREVISTADO: Uhum.

ENTREVISTADORA: Teria mais alguma coisa?

ENTREVISTADORA: Eu aproveitaria a oportunidade pra dizer que essa Unidade de Saúde já tem um intercâmbio com a Instituição “...” na área de Clínica Médica, é... Ginecologia, Obstetrícia, não é. E eu acho que seria desejável que nós tivéssemos também, um intercâmbio na área de Saúde Mental, né. Porque eu acho que há condição aqui, na Unidade, de oferecer treinamento pra... acadêmicos de Medicina que estejam cursando... é... a disciplina de Psiquiatria, não é. Enfim, as disciplinas da área de Saúde Mental, do curso de Medicina, né. Ou, eventualmente, algum curso da “...” que tem a ver com Saúde Mental... não é.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, é, da nossa parte, há uma... uma predisposição de...acolher, eventualmente, algum interesse da... do Departamento de Psiquiatria, né, em relação a treinamento ou de Residentes, ou de Acadêmicos de quarto, quinto ou sexto ano, não sei.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...né, que estejam é... cursando... a disciplina de Psiquiatria. Então...

ENTREVISTADORA: É isso?

ENTREVISTADO: É isso.

FIM DA ENTREVISTA.

9.5.8. Entrevista Nº 8

ENTREVISTADO: (risos) Tudo bem.

ENTREVISTADORA: Eu vou colocar mais pertinho de você o microfone.

ENTREVISTADO: Tá bom então. Então eu acho assim...Eu pensei a respeito do que... você escreveu lá na cartinha. ...eu acho que o primeiro... a primeira coisa que influencia é você ter ... os critérios... pra formular um diagnóstico..... do paciente, né?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então feito isso...se você não fez isso, você tem que chamar o paciente pra uma outra entrevista ou chamar familiares que possam estar complementando a história, do paciente de maneira objetiva, né, pra você poder chegar a um diagnóstico mais preciso... do que o paciente tem

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: A partir daí, você vai ... é orientado para a terapêutica do... do paciente.

Bom, tem que levar em consideração, também, os tratamentos anteriores que esse paciente fez, né, ou em outras clínicas, ou em outras instituições, ou... é... internações que esse paciente já teve...

ENTREVISTADORA: Todo o histórico...

ENTREVISTADO: Todo o histórico anterior, né. Se ele se deu bem com determinadas medicações, ou com outras não, né, e que dosagem da medicação que ele se deu bem...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então tudo. Se ele teve efeitos colaterais com determinadas medicações. Então tudo isso tem que ser avaliado pra você estar... é... se direcionando, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Outra coisa, ahm... a minha experiência, a minha experiência... de... de Centro de Saúde...né. O manejo com determinados, com determinadas medicações, com outras não, né. Então tem umas que você acaba tendo mais prática do que outras medicações. Então isso tudo também influencia no... no que você vai... vai colocar ali pro paciente, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Hum...Que mais? O, o nível sócio-econômico do paciente. Se ele tem condições de estar comprando uma medicação fora ou não, né. Se você tem que usar obrigatoriamente, os psicotrópicos existentes no Centro de Saúde, ou se você pode estar... é... receitando um...mais caro, que ele pode estar... estar fazendo fora, ou mandando fazer...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...ou comprando em farmácia... né?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então o nível econômico do paciente.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Ham... que mais? Os recursos terapêuticos que a gente tem no Centro de Saúde. Então se a gente tem grupos... de verbalização, grupos de medicação, é... se a gente tem psicóloga na... no Serviço, se a gente tem Terapeuta Ocupacional... né?

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então tudo isso, assim, se, se precisar, vai estar...é... sendo encaminhado...esse paciente pra esses tratamentos, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Se tiver recurso no Centro de Saúde.

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: Ham... O, o nível cultural do paciente também. Se o paciente for de um nível cultural muito baixo, você p... provavelmente não vai estar podendo encaminhá-lo, assim... uma... psicoterapia. Ele não vai ter capacidade de abstração... você entendeu? O Suporte familiar, também, o suporte social familiar desse paciente. Se ele não tiver, ele não... você não vai estar podendo... ter uma certeza do... do tratamento. Você preci... dependendo da... da patologia, né... ahm... você precisa ter a família do lado do paciente pra poder... pra ele poder estar saindo daqui com uma medicação, a certeza do tratamento, a certeza de tá tomando a medicação, né. Então a família nisso tudo é muito importante ...Pra você estar indicando inclusive uma internação, se você não tiver suporte familiar...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Dependendo da patologia...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Né?

(tempo)

ENTREVISTADORA: Você... me falou dos critérios diagnósticos, né...

ENTREVISTADO: Uhum.

ENTREVISTADORA: ... das possibilidades que a Unidade de Saúde possa estar oferecendo pra você recorrer...

ENTREVISTADO: Uhum.

ENTREVISTADORA: Eu queria que você me colocasse melhor é...quanto à questão do suporte familiar pra você se decidir... a se utilizar desses outros recursos de tratamento. Me esclarece melhor isso. E você falou em internação, medicação, psicoterapia... Para cada um desses tratamentos, se você pode estar tornando mais claro para mim... quais fatores vão fazer você se decidir a encaminhar o paciente pra esse ou para aquele outro tratamento?

ENTREVISTADO: Uhum. Eu acho que...a gravidade dos sintomas que o paciente está... está apresentando, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, por exemplo, se for uma depressão muito grave, você vê que o paciente tem risco de suicídio, se você não tiver o suporte familiar pra esse paciente, você vai... ter que se obrigada a interná-lo, né, em vez de tratamento ambulatorial. Ahm... se o paciente é agressivo...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...com a família, dentro de casa, né; então, e nisso, a entrevista objetiva se torna muito mais importante também...pra família poder estar dizendo o que que está acontecendo dentro de casa... e você estar se direcionando melhor quanto ao risco da família, quanto ao risco do paciente...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...né, e... avaliando a necessidade de estar sendo internado, se tem condições de estar fazendo tratamento ambulatorial, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Que mais?

ENTREVISTADORA: Então isso é no caso...pra internação?

ENTREVISTADO: É.

ENTREVISTADORA: E os outros?...

ENTREVISTADO: Os outros...

ENTREVISTADORA: Você falou de outros recursos.

ENTREVISTADO: A grande maioria... que a gente pega aqui em Centro de Saúde, são pacientes neuróticos, né. Dessa grande maioria, grande maioria precisa também de tratamento p... psicoterápico...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...junto... né? Mas, assim, como a gente tem... uma psicóloga, e essa psicóloga... ela não consegue... é... manter a demanda toda que... que o Centro de Saúde precisava, né, então... isso é um... é um problema que a gente tem. Então tem que estar selecionando os pacientes...de acordo com a gravidade mesmo. Se o paciente tem realmente necessidade de estar passando por um tratamento psicoterápico junto, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Se ele pode aguardar numa fila de espera, e às vezes ser chamado meses e meses depois...

ENTREVISTADORA: Dá pra você me dar um exemplo que diferencie aquele que tem uma... que você considera “esse é urgente, precisa de uma psicoterapia já” e esse vai dar pra ficar numa fila de espera”?

ENTREVISTADO: Eu acho que depende assim; o conflito que o paciente está vivendo no momento, né. Se aquele conflito que ele está vivendo no momento é, é... é essencial... ser resolvido naquele momento, ele precisa ser encaminhado pra psicoterapia... se não; se são coisas assim...do passado do paciente, que ele... ele vem carregando e arrastando durante a vida dele toda e isso acabou... desencadeando uma depressão, você pode estar tratando a depressão primeiro e depois esse paciente estar sendo encaminhado pra psicoterapia... mas não de maneira assim, mais... imediata. Ele pode estar sendo levado pra uma fila de espera, né. Pacientes assim com, com risco de suicídio, é... devem ser

encaminhados o mais breve possível, né; depressão recorrente...uma depressão atrás da outra...o paciente não consegue... ficar muito tempo bem... apesar de estar tomando... medicação, acabam voltando os sintomas depressivos, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então esse tipo de paciente tem que ser encaminhado logo... se for... uma depressão neurótica, né. Se for uma depressão orgânica que não tem a ver com a vida... prévia do paciente, com todos acontecimentos que ele já vivenciou ,aí não. Tem que... dis... distinguir bem uma da outra... né?

(tempo)

ENTREVISTADO: Que mais eu posso te dizer?..... Acho que é isso.

ENTREVISTADORA: Outra indicações ... você citou medicação, né...

ENTREVISTADO: Uhum.

ENTREVISTADORA: Psicoterapia, internação..

ENTREVISTADO: Uhum... Terapeuta Ocupacional.

ENTREVISTADORA: Então... para Terapeuta Ocupacional, como é que... funciona a indicação? Você vai se basear em que fatores?

ENTREVISTADO: Então, se é um paciente psicótico controlado e ele esta precisando de uma... de uma ajuda... de... pra poder estar... se reintroduzindo na... na parte social, né, estar podendo fazer alguma coisa ou outra , ou estar até... é... começando a... um trabalho... simples, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...e não tem... não está tendo condições ainda pra isso, apesar de estar bem... então a Terapeuta Ocupacional ajuda nesse sentido e ela costuma aqui também... é... ajudar na parte... não é bem psicoterapia, né, mais muitos pacientes, assim, neuróticos, são encaminhados pra ela também. Ela acaba fazendo grupos, ela... ajuda um pouco também nesse sentido, né...

ENTREVISTADORA: Uhm.

ENTREVISTADO: Então... é mais isso.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: A grande maioria... são os neuróticos, né, que a gente tem que...mas ela também, ela pega alguns psicóticos e consegue levar bem. Mas não é o grosso.

(tempo)

ENTREVISTADORA: Dentro deste tema, o que mais você poderia estar me colocando, me informando sobre o que que você pensa, o que você acha...

ENTREVISTADO: Eu acho assim... é... uma dificuldade que eu tenho aqui, é... o... com... em relação ao... a medicação, né. Aqui, basicamente, a gente está tendo tricíclicos como antidepressivos, a gente tem... dos neurolépticos a gente tem alguns, também, não tem os mais novos, não tem os mais novos antidepressivos, né. E como a gente pega pacientes, muitas vezes, que tem: pressão alta, cardiopatia, outras, outras patologias associadas, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...e... e pacientes, assim, de um nível... econômico bem... baixo, que não pode estar comprando a medicação... então é... é uma dificuldade que eu tenho aqui de estar... levando um pouco isso, né, porque ele... esses pacientes que têm outras patologias, principalmente cardiopatia, é... deveriam estar tomando outros remédios, né, os antidepressivos mais novos, de nova geração, e... e a gente não tem aqui no Centro de Saúde, e não são todos que... que podem estar... utilizando, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então é uma dificuldade que eu tenho aqui. Outra dificuldade de não estar podendo encaminhar todos os pacientes pra psicoterapia, todos aqueles que precisam no momento.

ENTREVISTADORA: De ter que fazer a... fila de espera?

ENTREVISTADO: É, de ter que fazer a fila de espera.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E... e os pacientes, assim... eles costumam... é... faltar muito no Centro de Saúde. Eles faltam demais, principalmente se eles têm um resto de medicação em casa, então eles não vêm no dia da consulta, eles vêm... é... alguns dias depois quando termina a medicação...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...entendeu? Pela própria necessidade de estar tomando o remédio, então... você se... você acaba sendo obrigada a fazer uma receita... certinha... com contagem de... de comprimidos, pra que isso não aconteça assim, com tanta frequência.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas mesmo assim acontece, e acontece muita falta, muita falta de paciente.(tempo) Eu acho que é... é isso praticamente, né. E em Centro de Saúde não especializado em alcoolismo, como esses... como esse aqui por exemplo, você também não tem muita condição de estar... fazendo o tratamento dos alcoolistas de maneira adequada, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Teria que estar fazendo um grupo, mas só que esse grupo é... difícil de... de ser montado. Então é a... a grande maioria acaba sendo... é... encaminhada ao CRIADE.

ENTREVISTADORA: Esse grupo é difícil de ser montado em função de que fator?

ENTREVISTADO: Em função dos pacientes mesmo...

ENTREVISTADORA: Ahm.

ENTREVISTADO: ...eles não aderem, eles não aderem, eles não vêm, eles não comparecem.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Então, fica muito difícil, né... Já foi tentado várias vezes, e, e é uma coisa muito difícil mesmo.

ENTREVISTADORA: Uhum. Aí você encaminha...

ENTREVISTADO: É...

ENTREVISTADORA: ...para o CRIADE...

ENTREVISTADO: É. Você tenta uma, duas vezes, pelo Centro de Saúde, né...

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: ...e conforme as recaídas que o paciente... você vê... você percebe a dificuldade... em manter um paciente bem... num Centro de Saúde... não especializado...

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: ...né? Porque ele acaba voltando uma vez por mês, devido a nossa demanda, né. A agenda está sempre cheia, a agenda do mês está sempre cheia, então ela acab... ele não...a gente não... sobra muito tempo pra estar vendo esse paciente uma vez por semana, né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E esse paciente acaba voltando a beber, depois de um tempo, e... fica... quer dizer, não adere ao tratamento, né, de maneira adequada.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: São poucos os que aderem. Então tem que estar encaminhando pro CRIADE... os casos...mais... mais graves, né...

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: A gente não consegue dar conta. Mesma coisa drogadição

ENTREVISTADORA: O que acontece com a drogadição?

ENTREVISTADO: A mesma coisa! É difícil, é muito difícil...você conseguir... um tratamento em...em nível de Centro de Saúde. Esse paciente teria que estar sendo acompanhado praticamente, assim, duas, três vezes por semana, e mesmo assim, difícil... né?

ENTREVISTADORA: Pela... adesão dele...

ENTREVISTADO: É.

ENTREVISTADORA: ...a não adesão dele?

ENTREVISTADO: Não, não adere, não adere, é muito difícil. Geralmente vem a família, desesperada, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...querendo uma orientação...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É isso que costuma acontecer mais vezes aqui, o paciente praticamente não vem...nem quer se tratar...né.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: É isso. Então... a maior a... adesão aqui em Centro de Saúde, são os... os pacientes ansiosos, os pacientes depressivos e... é isso que a gente tem, né; com alguns psicóticos, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: E alguns alcoolistas, também, que a gente consegue... manter.

ENTREVISTADORA: Alguns conseguem?

ENTREVISTADO: Alguns conseguem... alguns conseguem.

ENTREVISTADORA: E esses alcoolistas, aí eles são mantidos sob que ...é...ou quais tratamentos?

ENTREVISTADO: Só medicamentoso!

ENTREVISTADORA: Só medicamentoso?

ENTREVISTADO: Só medicamentoso... pela própria dificuldade que eu te falei de estar montando um grupo, né...teria que estar fazendo um grupo com eles...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...pra ver se...o vínculo deles com...com o Centro de Saúde...fica melhor.

ENTREVISTADORA: Uhum.

(tempo)

ENTREVISTADORA: Eles são encaminhados também para psicóloga ou não, para um atendimento individual?

ENTREVISTADO: Não... tis... tsc... não. Uma outra coisa também...olha, criança, se... praticamente a gente não atende.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Uma ou outra é...encaminhada, né, pra... pra Saúde Mental...e... que mais? O que... costume atender, também, que não... que não é da nossa área é epilepsia. Então chega muito em Saúde Mental, né. O casos mais controlados a gente vai dando conta e... aqueles que fogem um pouco do,do controle, ou está difícil o manejo, são encaminhados pra um neurologista.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Mas o grosso fica na Rede.

(tempo)

ENTREVISTADORA: Você disse que o, o alcoolista, ele não é encaminhado para psicoterapia individual em função de que fator?

ENTREVISTADO: Olha(respira fundo) ... eu acho que... eu acho que o fator, assim, do próprio profissional mesmo, que atende...né.

ENTREVISTADORA: Para você indicar?

ENTREVISTADO: É. Eu, eu não indico, porque eu sei que a psicóloga está... cheia de... está com uma demanda grande, né...

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: ...e ela não gosta de alcoolista. Então isso já é um fator contra. Você tem que estar aceitando o paciente pra estar fazendo um... pra estar fazendo um acompanhamento psicoterápico com ele, né.

ENTREVISTADORA: Tá.

ENTREVISTADO: E em função também da própria... dificuldade de adesão do paciente...né. Então um horário que poderia ficar com uma pessoa que realmente está... preocupada com o tratamento, acaba sendo desperdiçado com outra pessoa, e com profissional que não... não quer ficar com aquilo. Então, acabo nem indicando aqui no Serviço, né. Acabo encaminhando porque o... CRIADE acaba fazendo todo esse tipo de trabalho...né. Mas uma parte fica conosco, aquela que... a gente consegue estar levando.

ENTREVISTADORA: Uhum. E aí essa parte que fica com você, você leva na medicação?

ENTREVISTADO: Só na medicação.

ENTREVISTADORA: Aham.

ENTREVISTADO: Só na medicação...e geralmente ficam bem, e não estão precisando de... de psicoterapia, nada. Ficam bem, na medicação.

ENTREVISTADORA: Uhum.

ENTREVISTADO: Hum... É isso.

ENTREVISTADORA: Mais alguma coisa sobre esse... esse assunto, que você ache importante, que você ache interessante contar... ou sobre outro aspecto que queira abordar.

ENTREVISTADO: Ahm...que mais... Não sei, não sei que mais, viu (riso)...

ENTREVISTADORA: Você acha que é isso?...

ENTREVISTADO: Eu acho que é isso, sim.

FIM DA ENTREVISTA