

WANDERLEI SARAIVA MADRUGA



UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Estadual de Campinas

ATENDIMENTO PÚBLICO EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE CURITIBA:

UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

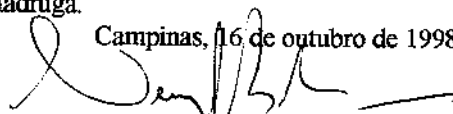
Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção de grau de Doutor em Saúde Mental.
Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental.
Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP.
Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Campinas-SP, outubro de 1998

WANDERLEI SARAIVA MADRUGA

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós – Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde Mental, defendida pelo aluno Wanderlei Saraiva Madruga.

Campinas, 16 de outubro de 1998.

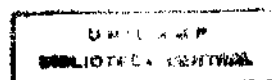

Prof. Dr. Neury José Botega
Orientador

ATENDIMENTO PÚBLICO EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE CURITIBA:

UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de grau de Doutor em Saúde Mental.
Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental.
Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP.
Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega.

Campinas-SP, 16 de outubro de 1998



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
V. 01	Ex.
TOMBO BC/36419	
PROC. 229/99	
C ☐	D ☒
PREÇO R\$ 11,00	
DATA 30/01/99	
N.º CPD	

CM-00120859-2

Ficha catalográfica

M267a

Madrugá, Wanderlei Saraiva

Atendimento público em saúde mental na cidade de Curitiba: uma proposta de avaliação / Wanderlei Saraiva Madrugá. Campinas, SP : [s.n.], 1998.

Orientador: Neury José Botega

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Avaliação. 2. Hospital psiquiátrico. 3. Psiquiatria - História.
I. Neury José Botega. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

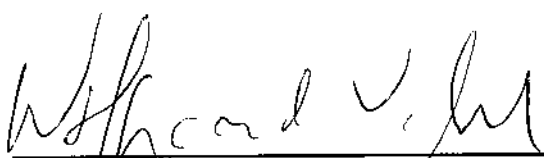
WANDERLEI SARAIVA MADRUGA

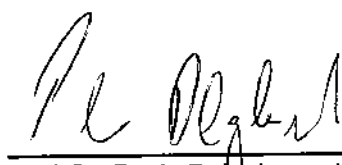
ATENDIMENTO PÚBLICO EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE CURITIBA:

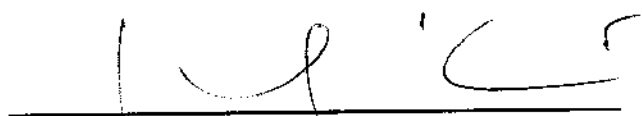
UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor no Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pela Comissão formada pelos professores:


Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega - FCM/UNICAMP


Prof. Dr. Wolgrand Alves Vilela - FCM/UNICAMP


Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo - FCM/UNICAMP


Prof. Dr. José Crippa - UFPR


Prof. Dr. Luiz Fernando R. S. Paulin - FM/B. PAULISTA

Campinas-SP, 16 de outubro de 1998

DEDICATÓRIAS

Aos meus pais:

Braulia Saraiva Madruga,

Manoel Joaquim Madruga (In memória),

pelo exemplo.

A

Suely, pela paciência e apoio,

Alessandra e Caroline,
pelo estímulo.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Dorgival Caetano pela orientação durante a elaboração do projeto de pesquisa que se concretizou neste Trabalho.

Ao Prof. Dr. Neury José Botega, pelo empenho na orientação e revisão do texto, possibilitando a continuidade e conclusão desta Tese. A quem atribuo grande parte do mérito, que por ventura possuir, e eximo das falhas que, neste trabalho, possam ser encontradas.

A CAPES, pelo apoio financeiro proporcionado na forma de uma bolsa de estudos.

Aos colegas, profissionais em saúde mental, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos, prestadores de serviço junto ao SUS, da Região Metropolitana de Curitiba, pela participação ativa na pesquisa. Tanto como respondentes dos questionários quanto solícitos entrevistados. Atenderam a um pedido e o fizeram com entusiasmo, mostrando-se como valiosos estimuladores. Com eles aprendi bastante, e muito do que penso hoje, sobre a profissão e suas vicissitudes, deve-se à sua influência.

Ao Dr. Carlos Abel Fiorucci, Presidente do Conselho Estadual de Entorpecentes, que na qualidade de Diretor Geral, na fase preliminar deste estudo, e como Diretor Clínico do Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) de Curitiba, na etapa final, pela disposição de ajudar, até mesmo espontaneamente, sem a necessidade de solicitação. Fornecendo dados, informações oficiosas, documentos, bibliografia e sugestões, se constituiu em alento para o desenvolvimento deste trabalho de pesquisa.

Aos colegas do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria da Universidade Federal do Paraná, pela disposição em proporcionar condições que me permitiram a ausência para assistir as aulas do Curso de Pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Aos colegas, meu especial agradecimento pela disposição de se colocarem como intermediários entre minha pessoa e os demais profissionais dos respectivos serviços. Sua participação, durante a primeira fase da pesquisa, foi de fundamental importância:

Dra. Angela Levorato

Dra. Carmem Schettini

Dra. Maria Amélia Ferreira Tavares

Dr. João Artur Borges Winkelmann

Dr. Mário Ayuda de Luna Pedrosa

Dr. Oswaldo Capraro Suriano

Dr. Renato Rocco

Dr. Rui Max Beckhauser

A todos, meus agradecimentos.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	x
RESUMO.....	xiii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 PROBLEMATIZAÇÃO, PRESUPOSTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS.....	9
2.1 O PROCESSO DO TRABALHO.....	15
2.2 QUESTÕES METODOLÓGICAS.....	18
2.2.1 ANÁLISE DE DADOS EM PESQUISA QUALITATIVA.....	18
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
3.1 ASPECTOS DO ATENDIMENTO BRASILEIRO EM PSIQUIATRIA: UM APANHADO HISTÓRICO.....	23
3.1.1 MUDANÇAS RECENTES QUANTO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL.....	35
3.2 ESBOÇO HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA CURITIBANA.....	40
3.2.1 O INÍCIO.....	41
3.2.2 A MUNICIPALIZAÇÃO.....	45
3.2.3 AMBIENTES TERAPÊUTICOS.....	46
3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	49
4 OBJETIVOS.....	78
5 MÉTODO.....	79
4.1 DELINEAMENTO.....	79
4.2 PRIMEIRA FASE.....	79
4.2.1 SUJEITOS.....	79
4.2.2 INSTRUMENTOS.....	80
4.2.3 PROCEDIMENTO.....	80
4.3 SEGUNDA FASE.....	81
4.3.1 SUJEITOS.....	81
4.3.2 INSTRUMENTOS.....	83
4.3.3 PROCEDIMENTO.....	83
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	84
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	86
5.1 PRIMEIRA FASE: QUESTIONÁRIOS.....	86
5.1.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS.....	88
5.1.1.1 O SEXO.....	88
5.1.1.2 A IDADE.....	88
5.1.1.3 O ESTADO CIVIL.....	89
5.1.1.4 TEMPO DE FORMADO.....	89
5.1.1.5 ESCOLA DE ORIGEM.....	89
5.1.1.6 PÓS-GRADUAÇÃO.....	91
5.1.1.7 TÍTULO DE ESPECIALISTA.....	92
5.1.1.8 CLÍNICA PRIVADA.....	92
5.1.1.9 LOCAIS DE TRABALHO.....	93
5.1.1.10 CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA.....	94
5.1.1.11 CONCLUSÃO.....	96
5.1.2 OS PROBLEMAS DO DIA-A-DIA (DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICA, E PRO- BLEMAS CORRELATOS).....	97
5.1.2.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS.....	97
5.1.2.1.1 Fatores que deveriam ser levados em conta na elabo- ração de um plano de saúde mental.....	97

5.1.2.1.2	Fatores efetivamente levados em conta.....	98
5.1.2.1.3	Conclusão.....	100
5.1.2.2	A PROFISSÃO: SATISFAÇÃO X INSATISFAÇÃO.....	100
5.1.2.2.1	Conceito em relação à profissão.....	100
5.1.2.2.2	Questões salariais: salário ideal X salário real.....	106
5.1.2.2.3	Vínculo empregatício.....	109
5.1.2.2.4	Conclusão.....	112
5.1.2.3	O PROCESSO DE TRABALHO.....	112
5.1.2.3.1	Referencial teórico.....	112
5.1.2.3.2	Fatores envolvidos na gênese do estado mental.....	115
5.1.2.3.3	Tempo ideal: 1ª entrevista, em ambulatório.....	119
5.1.2.3.4	Tempo disponível: 1ª entrevista em ambulatório.....	121
5.1.2.3.5	Tempo disponível para entrevistas de seguimento.....	126
5.1.2.3.6	Frequência máxima de entrevistas em ambulatórios.....	130
5.1.2.3.7	Informações sobre o paciente ao internar.....	132
5.1.2.3.8	Disponibilidade ambulatorial.....	134
5.1.2.3.9	Integração profissional.....	136
5.1.2.3.10	Solicitação de recursos diagnósticos.....	151
5.1.2.3.11	Recursos diagnósticos e terapêuticos utilizados.....	151
5.1.2.3.12	Maneira de requisitar exames.....	156
5.1.2.3.13	Utilização de testes psicológicos.....	159
5.1.2.3.14	O tratamento após a alta hospitalar.....	161
5.1.2.3.15	Causas de reinternamento.....	165
5.1.2.3.16	Conclusão.....	168
5.2	SEGUNDA FASE: ENTREVISTAS.....	173
5.2.1	DIFICULDADES OU PROBLEMAS.....	175
5.2.1.1	EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA.....	175
5.2.1.1.1	Sexo.....	175
5.2.1.1.2	Idade.....	175
5.2.1.1.3	Procedência.....	176
5.2.1.1.4	Escolaridade.....	177
5.2.1.1.5	Renda familiar.....	177
5.2.1.1.6	Comorbidade.....	177
5.2.1.1.7	Tipos de patologia.....	179
5.2.1.2	EM RELAÇÃO AO PROCESSO DIAGNÓSTICO.....	181
5.2.1.2.1	Tempo de entrevista.....	181
5.2.1.2.2	Quem realiza a entrevista.....	181
5.2.1.2.3	Exames médico-laboratoriais	183
5.2.1.2.4	Testes psicológicos.....	183
5.2.1.2.5	Quem requisita os exames.....	183
5.2.1.3	EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO (EXEQUIBILIDADE).....	183
5.2.1.3.1	Organização funcional, incluindo estrutura física.....	183
5.2.1.3.2	Recursos farmacológicos.....	183
5.2.1.3.3	Outros recursos de terapia somática (ECT, etc.).....	184
5.2.1.3.4	Tempo disponível com o cliente.....	186
5.2.1.4	EM RELAÇÃO AO POSTERIOR ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE..	186
5.2.1.5	INTEGRAÇÃO FUNCIONAL.....	186
5.2.1.6	INTERCOMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS	186
5.2.2	DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	187
5.2.2.1	HOSPITAL ENQUANTO AMBIENTE TERAPÊUTICO.....	188

5.2.2.2	AMBIENTES EXTRA-HOSPITALARES.....	191
5.2.2.3	REPERCUSSÕES SOBRE OS PACIENTES.....	195
5.2.2.4	LEGISLAÇÃO PERTINENTE, ASPECTOS POLÍTICOS E ADMINIS- TRATIVOS ENVOLVIDOS.....	199
5.2.2.5	CONCLUSÃO.....	202
5.2.3	FAMILIARIDADE COM A LEGISLAÇÃO PERTINENTE.....	205
6	CONCLUSÕES.....	209
	ABSTRACT.....	213
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	214
	ANEXOS: QUESTIONÁRIOS, TABELAS, ENTREVISTAS E DOCUMENTOS.....	Volume 2

LISTA DE TABELAS

QUADRO 01 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. AMBULATÓRIOS: ANO DE FUNDAÇÃO E MOVIMENTO - MARÇO 1998.....	46
QUADRO 02 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. AMBULATÓRIOS: CATEGORIAS PROFISSIONAIS - MARÇO 1998.....	46
QUADRO 03 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. HOSPITAIS-DIA E NAPS: ANO DE FUNDAÇÃO E DISPONIBILIDADE DE VAGAS / DIA. MARÇO 1998.....	47
QUADRO 04 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. HOSPITAIS-DIA E NAPS: CATEGORIAS E NÚMERO DE PROFISSIONAIS - MARÇO 1998.....	47
QUADRO 05 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA: HOSPITAIS. ANO DE FUNDAÇÃO E DISPONIBILIDADE DE LEITOS - MARÇO 1998.....	48
QUADRO 06 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA: HOSPITAIS. CATEGORIAS E NÚMERO DE PROFISSIONAIS - MARÇO 1998.....	48
TABELA 07 - Q-09-T —PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq Amb e Psq Hosp), PSICÓLOGOS (Psc Amb e Psc Hosp) E ASSISTENTES SOCIAIS (As Am e As Hosp), DE AMBULATÓRIO E HOSPITAL QUE, ALÉM DE ATENDEREM EM SERVIÇO PÚBLICO, ATENDEM EM CONSULTÓRIO PARTICULAR. CURITIBA - 1995.....	93
TABELA 16 - Q-12-T — CONCEITO, EM RELAÇÃO À PROFISSÃO, ATRIBUÍDA PELOS PROFISSIONAIS, EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As), ENQUANTO PRESTADORES DE SERVIÇOS PÚBLICOS (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	101
TABELA 17 - Q-30-T — NOTA ATRIBUÍDA À PROFISSÃO, PELOS PROFISSIONAIS, EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As), ENQUANTO PRESTADORES DE SERVIÇOS PÚBLICOS (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	101
TABELA 18 - Q-27-T — REMUNERAÇÃO IDEAL, PARA UMA JORNADA DE TRABALHO DE 4 HORAS DIÁRIAS, DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	108
TABELA 19 - Q-28-T — REMUNERAÇÃO REAL, POR UMA JORNADA DE 4 HORAS DIÁRIAS DE TRABALHO, DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS(Psq), PSICÓLOGOS(Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS(As), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	108
TABELA 22 - Q-26-AmbH.Psq — ORDEM DE FATORES ENVOLVIDOS NA GÊNESE DO ESTADO MENTAL DOS PACIENTES, ATRIBUÍDA POR PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	116
TABELA 23 - Q-26-AmbH.Psc — ORDEM DE FATORES ENVOLVIDOS NA GÊNESE DO ESTADO MENTAL DOS PACIENTES, ATRIBUÍDA POR PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSICÓLOGOS (Psc), EM ATENDIMENTO PÚBLICO EM AMBULATÓRIO E HOSPITAL. (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	117
TABELA 24 - Q-26-AmbH.As — ORDEM DE FATORES ENVOLVIDOS NA GÊNESE DO ESTADO MENTAL DOS PACIENTES ATRIBUÍDA POR PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	118

TABELA 25 - Q-17-Amb.T — OPINIÃO QUANTO AO TEMPO IDEAL PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA: PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE AMBULATÓRIOS, PSIQUIATRAS (Psq Amb), PSICÓLOGOS (Psc Amb) E ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As Amb), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	120
TABELA 26 - Q-18-Amb.T — OPINIÃO QUANTO AO TEMPO DISPONÍVEL PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA: PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE AMBULATÓRIOS, PSIQUIATRAS (Psq Amb), PSICÓLOGOS (Psc Amb) E ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As Amb), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	120
TABELA 27 - Q-19-Amb.T — OPINIÃO QUANTO AO TEMPO DISPONÍVEL PARA ENTREVISTA TERA-PÊUTICA: PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE AMBULATÓRIOS, PSIQUIATRAS (Psq Amb), PSICÓLOGOS (Psc Amb) E ASSISTENTES SOCIAIS (As Amb), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA-1995.....	126
TABELA 28 - Q-20-Amb.T — OPINIÃO QUANTO À FREQUÊNCIA MÁXIMA PARA AS ENTREVISTA DE SEGUIMENTO (TERAPÊUTICAS): PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE AMBULATÓRIOS, PSIQUIATRAS (Psq Amb), PSICÓLOGOS (Psc Amb) E ASSISTENTES SOCIAIS (As Amb), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	131
TABELA 29 - Q-17-H.T — OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE HOSPITAIS, PSI- QUIATRAS (Psq Hosp), PSICÓLOGOS (Psc Hosp) E ASSISTENTES SOCIAIS (As Hosp), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS), QUANTO A RECEBER INFOR- MAÇÕES RELATIVAS AO PACIENTE ORIUNDO DE AMBULATÓRIO. CURITIBA - 1995.....	133
TABELA 31 - Q-21-23-AmbH.Psq — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS PSIQUIATRAS DE HOSPITAIS (Psq Hosp) E AMBULATÓRIOS (Psq Amb), AOS ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As) E AOS PSICÓLOGOS (Psc), NA FASE PRELIMINAR DO ATENDIMENTO (DIAGNÓSTICO). CURITIBA - 1995.....	136
TABELA 32 - Q-22-24-AmbH.Psq — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS PSIQUIATRAS DE HOSPITAIS (Psq Hosp) E AMBULATÓRIOS (Psq Amb), AOS ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As) E AOS PSICÓLOGOS (Psc), NA FASE SUBSEQÜENTE DO ATEN- DIMENTO (TRATAMENTO). CURITIBA - 1995.....	137
TABELA 33 - Q-21-23-AmbH.Psc — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS PSICÓLOGOS DE AMBULATÓRIOS (Psc Amb), E HOSPITAIS (Psc Hosp), AOS ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As) E AOS PSIQUIATRAS (Psq), NA FASE PRELIMINAR DO ATENDIMENTO (DIAGNÓSTICO). CURITIBA - 1995.....	139
TABELA 34 - Q-22-24-AmbH.Psc — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS PSICÓLOGOS DE HOSPITAIS (Psc Hosp) E AMBULATÓRIOS (Psc Amb), AOS ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As) E AOS PSIQUIATRAS (Psq), NA FASE SUBSEQÜENTE DO ATEN- DIMENTO (TRATAMENTO). CURITIBA - 1995.....	139
TABELA 35 - Q-21-23-AmbH.As — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS, DE AMBULATÓRIOS (As. Amb) E HOSPITAIS (As. Hosp.) AOS PSI- CÓLOGOS (Psc) E AOS PSIQUIATRAS (Psq) , NA FASE PRELIMINAR DO ATENDIMENTO (DIAGNÓSTICO). CURITIBA-1995.....	141
TABELA 36 - Q-22-24-AmbH.As — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS, DE AMBULATÓRIOS (As Amb) E HOSPITAIS (As Hosp), AOS PSICÓLOGOS (Psc) E AOS PSIQUIATRAS (Psq), NA FASE SUBSEQÜENTE DO ATENDIMENTO (TRA- TAMENTO). CURITIBA - 1995.....	142
TABELA 38 - Q-14-Amb.Psq — RECURSOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS POR PSIQUIATRAS ATENDENDO EM SERVIÇO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS), EM REGIME AMBULATORIAL. CU- RITIBA - 1995.....	152

TABELA 39 - Q-14-H.Psq — RECURSOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS POR PSIQUIATRAS, QUANDO ATENDENDO EM SERVIÇO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS), EM REGIME HOSPITALAR. CURITIBA - 1995.....	153
TABELA 40 - Q-15-Amb.Psq — MANEIRA DE REQUISITAR EXAMES POR PARTE DE PSIQUIATRAS, ATENDENDO EM SERVIÇO PÚBLICO, EM REGIME AMBULATORIAL (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	157
TABELA 41 - Q-15-H.Psq — MANEIRA DE REQUISITAR EXAMES, POR PARTE DE PSIQUIATRAS, ATENDENDO EM SERVIÇO PÚBLICO, EM REGIME HOSPITALAR (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.....	158
TABELA 43 - Q-19-H.T — OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS EM, SAÚDE MENTAL, DE HOSPITAIS, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), DE HOSPITAIS, QUANTO AO COMPORTAMENTO DOS PACIENTES, EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO, APÓS A ALTA HOSPITALAR. CURITIBA - 1995.....	161
TABELA 44 - Q-20-H.Psq — OPINIÃO, DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE HOSPITAIS, PSIQUIATRAS (Psq), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS), QUANTO ÀS CAUSAS DE REINTERNAMENTOS. CURITIBA - 1995.....	166
TABELA 45 - ENTREVISTAS: FAMILIARIDADE DOS PROFISSIONAIS PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc), E ASSISTENTES SOCIAIS PSQUIÁTRICOS (As), DE AMBULATÓRIOS (PsqAmb, PscAmb e AsAmb) E DE HOSPITAIS (PsqHosp, PscHosp e AsHosp), EM RELAÇÃO À LEGISLAÇÃO PERTINENTE À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. CURITIBA. - MARÇO 1998.....	205

RESUMO

O presente estudo refere-se ao tema geral "avaliação em saúde mental". Apoia-se na opinião de médicos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos, prestadores de serviço em ambulatórios e hospitais públicos, ou privados em convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), da região metropolitana da Cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. Realiza-se em duas fases, em um contexto de desinstitucionalização, compreendendo um período de tempo entre novembro de 1994 e março de 1998. Os objetivos são: conhecer o perfil dos profissionais; conhecer as dificuldades mais comuns, e problemas correlatos, no cotidiano do processo de trabalho; conhecer sua opinião sobre a desinstitucionalização em curso; e, conhecer sua familiaridade com a legislação pertinente a este tema. Utilizam-se de questionários e entrevistas como instrumentos de coleta de dados. Na primeira fase, antes da Lei Nº 11189, Paraná, desinstitucionalizante, aplicam-se os questionários. Dois anos e oito meses depois, na vigência da Lei, realizam-se as entrevistas. Quanto ao perfil, importante característica é a boa formação dos profissionais, via pós-graduação. Conclui-se pelo arrolar de problemas e dificuldades que, segundo a opinião dos respondentes e entrevistados, interferem negativamente no processo de trabalho. Os principais problemas são, entre outros: carência de ambulatórios e ineficiência dos mesmos; hospitais com demanda acentuada, agravada pela procura por parte de pacientes de outras cidades ou estados; dificuldade de o usuário, ambulatorial, adquirir medicamentos devido ao baixo poder aquisitivo; precária distribuição de medicamentos; freqüentes reinternações em decorrência dos problemas acima citados; inexistência de serviços especiais para pacientes portadores de patologias somáticas e para idosos mentalmente doentes; resistência dos hospitais clínicos em aceitar pacientes psiquiátricos; dificuldades práticas em se trabalhar de maneira interdisciplinar; baixos salários; baixo auto-conceito em relação à profissão, associado à insuficiente gratificação no trabalho. Observa-se que, para os profissionais consultados, o processo de desinstitucionalização é aceitável. No entanto, segundo eles, esbarra na carência de serviços extra-hospitalares, particularmente ambulatórios, bem como na ineficiência dos mesmos. Há uma atitude de descrédito quanto ao sucesso da iniciativa manifesta em lei. Esses mesmo profissionais são de opinião de que é necessário humanizar-se o atendimento via maior disponibilidade de recursos extra-hospitalares. Acreditam que o hospital tem um papel importante dentro do plano geral do atendimento. Os profissionais referem uma precária divulgação dos textos legais em relação ao trabalho em saúde mental. Tal situação parece ser um dos determinantes de sua pouca familiaridade com aquilo que se normatiza via decisão por parte das autoridades constituídas. No capítulo destinado à revisão bibliográfica, discorre-se sobre aspectos históricos da psiquiatria brasileira. Apresenta-se, também, um esboço histórico da psiquiatria na cidade de Curitiba. Segue-se, no mesmo capítulo, uma revisão referente às metodologias de avaliação de serviços em saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo refere-se ao tema avaliação de serviços em saúde mental, públicos ou privados, estes em convênio com o SUS — Sistema Único de Saúde. Tem como objeto de estudo a opinião dos profissionais atuantes (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos) em hospitais e ambulatórios situados na cidade de Curitiba, Paraná. Realizado em duas fases. Na primeira inclui-se a região metropolitana, tanto para os profissionais de ambulatórios quanto para os de hospital. Na segunda, os profissionais de ambulatórios são, apenas, os do Município de Curitiba, mantendo-se, porém, em estudo, inclusive os profissionais de hospitais da região metropolitana.

Além de se buscar conhecer o perfil desses profissionais, salienta-se a importância qualitativa dos problemas vinculados aos processos diagnóstico e terapêutico, no cotidiano do trabalho. Dá-se ênfase, também, à postura dos profissionais, e seus temores, frente às mudanças inerentes a um contexto de desinstitucionalização, bem como estima-se a familiaridade dos referidos profissionais com a legislação pertinente.

Este trabalho tende a um afastamento das formas tradicionais de avaliação de um serviço de saúde mental. Porque, em geral, pode-se classificar os tipos de avaliação, em relação aos objetos de estudo: centradas no paciente, centradas na comunidade e, centradas no profissional. Estas últimas referem-se à opinião dos mesmos em relação ao serviço, em relação ao atendimento, ou então, à observação de um pesquisador em relação ao trabalho.

A proposta aqui apresentada dificilmente poderá ser, com tranquilidade, encaixada em um ou outro enfoque. Mesmo neste último, qual seja, centrada no profissional. Pois, não se pretendeu avaliar diretamente o bom ou mau funcionamento de um hospital ou ambulatório, ou mesmo o desempenho do profissional. Seria necessária outra metodologia. Pretende-se sim, de maneira direta realizar um levantamento de dificuldades, problemas vivenciados pelos profissionais durante o processo de trabalho, enquanto trabalhadores junto ao SUS.

Só indiretamente, a pretensão é a de avaliar. Avaliação por inferência, tanto do serviço quanto, também, de uma certa forma, da postura do profissional em relação ao planejamento para a saúde mental. Planejamento este levado a efeito por atores nem sempre envolvidos diretamente com o trabalho junto ao cliente. Avalia-se ao se qualificar e quantificar dificuldades enfrentadas pelos profissi-

onais em seu dia-a-dia de trabalho. Avalia-se o real pela explicitação de sua representação na mente desses mesmos profissionais. Pode-se com base em opiniões, aquilatar a realidade que pode não ser acessível de outra forma. Pois o trabalho do homem faz parte de sua realidade e é essa realidade que nos interessa, aqui, na condição de pesquisador.¹

Os planos de saúde mental, ou quaisquer outros planos em saúde, estão vinculados às políticas de saúde. Muito embora haja a participação de profissionais na elaboração destes planos, é possível, e compreensível, que as mudanças se façam mais por influência de fatores ideológicos e políticos do que por orientações técnicas. É aceitável admitir que em função disso, ou devido a outros motivos, encontre-se resistência por parte dos profissionais. Sendo a natureza humana tal como é, por hipótese, entre os profissionais de saúde mental pode haver uma atitude conservadora que se oponha a mudanças, mesmo que essas mudanças sejam avassaladoras em seu avanço.²

Havendo ou não resistências, independentemente das novas tendências, como estes profissionais vivenciam seu trabalho, no lidar com a doença mental? Uma vez que os saberes e as “[...] práticas de intervenção institucional que eles originam”, como nos diz LUZ (1994, p. 88), “não são monolíticos nem coerentes. Ao contrário, são muitas vezes contraditórios, tanto no nível do saber quanto no nível da intervenção. Daí resultam muitas contradições entre discurso — entendido como planos, programas, normas — e prática institucional.”.

¹ Os capítulos referentes aos pressupostos teóricos e metodológicos, e o capítulo referente à revisão bibliográfica (avaliação em saúde mental) poderão justificar melhor estas afirmativas.

² O entendimento de que esteja havendo interferência político-ideológica na condução da chamada Reforma Psiquiátrica é a base de argumentação do empresariado da saúde em psiquiatria. Houve reação aos documentos elaborados pela Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica nas reuniões dos dias 16 e 17 de outubro de 1997, conforme atestam documentos não publicados, mas utilizados como divulgação da contestação:

MATTOS, Heider G. (Diretor Técnico). **Contestação dos documentos da comissão nacional de reforma psiquiátrica**. Casa de Saúde Dr. Eiras S/A, Rio de Janeiro : cópia fotostática, 1997, 2 p.

MATTOS, Heider G. (Diretor Técnico). **Política de Saúde Mental da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica e a Casa de Saúde Dr. Eiras – Paracambi, Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro : cópia fotostática, 1997, 2 p.

VOTO EM SEPARO DO CONSELHEIRO OLYMPIO D. CORREIA SOBRE A “PROPOSTA DE RECOMENDAÇÃO” DA COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA PSIQUIÁTRICA AO CONSELHO. **Assunto – Desativação de leitos em hospital de psiquiatria com mais de 400 unidades**. Cópia fotostática, 1997, 5 p.

MELO, Humberto Gomes de. (Assessor do Departamento de Psiquiatria da FBH, Presidente do SINDHOSPITAL E AHEAL, Ex-Secretário de Saúde do Estado de Alagoas). **A realidade sobre as despesas do SUS com internações psiquiátricas**. Maceió : cópia fotostática, 13 de out. 1997, 26 p.

MELO, Humberto Gomes de. (Assessor do Departamento de Psiquiatria da FBH, Presidente do SINDHOSPITAL E AHEAL, Ex-Secretário de Saúde do Estado de Alagoas). **Parecer sobre a proposta de recomendação da comissão nacional de reforma da assistência psiquiátrica que pretende estabelecer o limite de 400 leitos por unidade hospitalar psiquiátrica**. Maceió : cópia fotostática, 17 nov. 1997. 24 p.

Acredita-se justificável a presença, no capítulo relativo à revisão bibliográfica, do assunto avaliação em saúde mental. Optou-se não pela costumeira estrutura cronológica da exposição dos autores e respectivos trabalhos, aquela em que se faz uma apresentação histórico-evolutiva da maneira como o problema tem sido tratado. Optou-se sim, pela exposição, tal como se apresenta, na qual o que se prioriza, e valoriza-se, é a demonstração da variabilidade pelo apresentar de "espécimes" de avaliação entre os tantos possíveis. Tenta-se, por fim, inserir no contexto e justificar a metodologia do presente trabalho de avaliação, limitada a um aspecto do processo de trabalho no campo da saúde mental. Torna-se importante, então, que a avaliação em pauta seja colocada, também, no contexto relativo ao planejamento em saúde mental. Não se pretende, porém, aprofundar uma discussão sobre este tema, qual seja, o do planejamento em saúde mental.

No Brasil, de uma certa forma, os objetivos mais gerais em cuidados de saúde, mostram-se orientados pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988, p. 91) e pela lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8.080 de 19-09-90 (BRASIL, 1990). Legislação que, antecedendo, deu condições para que surgissem as que se destinam especificamente para as questões relativas à Saúde Mental.

No que diz respeito à saúde mental, em particular, aceita-se que, em linhas gerais, os Planos pretendam atingir objetivos que consistem em substituir gradativamente os grandes hospitais por outros ambientes terapêuticos. São eles: ambulatorios, hospitais-dia, hospitais-noite, lares protegidos, oficinas protegidas, serviços psiquiátricos em hospitais gerais, e os hospitais de pequena lotação. Acrescentam-se, ainda, os ambientes destinados a certas categorias tais como: alcoolistas, usuários de drogas, grupos etários, e oligofrênicos. (LEITÃO, 1974, p. 43-72).

Pois esta é a proposta aproximada do Projeto de Lei do Deputado DELGADO (1989), da Portaria Nº 224 (1992, p. 63-66), da Lei Estadual-PR (PARANÁ, 1995) (ANEXO 5) do Dep. Florisvaldo Fier e da Lei Municipal de Curitiba N.º 9000, de 31/12/96 (CURITIBA, 1996) (ANEXO 5), em sua seção III que se refere à saúde mental. Estas últimas duas leis, precisando apenas serem regulamentadas, já fazem parte da legislação de Curitiba-Paraná.

A bibliografia referente ao tema permite que se conclua, como já se assinalou, não existir apenas uma única metodologia que objetive avaliar os serviços³. Isto decorre do que se pretende ava-

³ Conforme pode-se observar pela leitura do exposto ao longo da seção sobre avaliação, no cap. 3.

liar e da perspectiva do avaliador. As informações decorrentes poderão se constituir em importantes elementos para a tomada de decisão, particularmente dos gerentes locais.

Muitas são as razões pelas quais deve-se atribuir importância ao tema deste trabalho. Uma delas, e provavelmente a principal, é a de que o núcleo em torno do qual giram as demais atividades preconizadas por qualquer plano de assistência em saúde é a consulta, e as ações daí decorrentes.⁴

É nesse momento que o recurso tecnológico, do qual o profissional é dotado, põe-se em prática com vistas ao seu primeiro objetivo: diagnóstico e tratamento. Mesmo que não se limite a este momento, pelo menos aí devem se dar os primeiros passos, ou seja, indicação do "qual", "como", "por quem" e "onde" se processará, tanto um diagnóstico quanto um tratamento. A melhoria das condições deste trabalho passam, necessariamente, pela necessidade de melhor conhecimento das dificuldades em levar a termo essas tarefas.

Pretende-se deixar claro que não se está a desmerecer a epidemiologia. Aceita-se a dimensão social do ser humano, o que implica em situá-lo no coletivo enquanto objeto de estudo na qualidade de paciente. Não poderia ser diferente, uma vez que a presente pesquisa, não só implícita mas também explicitamente, diz respeito ao coletivo. Pois sua preocupação é voltada para o atendimento público.

Durante muito tempo vêm-se trabalhando em moldes tais que, salvo algumas variantes, o hospital tem sido o centro em torno do qual montam-se as estratégias de atendimento em psiquiatria. Estratégias que valorizam a reclusão como a mais importante das características do ambiente terapêutico. Postura que se mostra coerente com os limitados recursos terapêuticos existentes nas décadas que antecederam à de 50, quando do advento dos neurolépticos. Mesmo assim, e antes de tal avanço, desde a 2ª Guerra Mundial, tem tomado corpo a tendência que em nossos dias encontra-se corporificada em legislação: tendência *comunitariocêntrica* opondo-se ao outro neologismo, qual seja, *hospitallocêntrica*.

⁴ Conforme SALA (1993, P. 118), justificando sua abordagem da avaliação, em seu texto: "A opção por se tomar a avaliação a partir da consulta médica decorre primeiramente do fato de esta ter-se constituído em um dos instrumentos privilegiados da programação, a ponto de, em várias situações concretas, esta atividade ganhar a dimensão de trabalho nuclear, deixando em segundo plano a perspectiva de um trabalho epidemiologicamente orientado." SALA, Arnaldo. A Avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, Lília Blima (Org.). **Programação em saúde Hoje**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993. 117-138. p. 118.

O processo de mudança, precisa ser gradativo (HICKLING, 1994) (REDA, 1995), sob pena de fracassar. Leva-se tempo para que se consiga uma mudança de mentalidade, via educação em nível de graduação, e reciclagem (REDA, 1995), que funcionem como esclarecimento ou até mesmo doutrinação — não se pode negar a importância e respectiva influência de fatores políticos e ideológicos — em relação aos profissionais.

A necessidade de mais tempo, permitindo a mudança, não se refere, porém, tão somente a este aspecto da representação da psiquiatria na mente dos profissionais. Refere-se também à necessidade de tempo para se discutir objetivos realisticamente colocados; tempo para se repensar a viabilidade técnica; tempo para se discutir viabilidade econômica; tempo para se conseguir, ou se forçar, mudanças nas autoridades levando-as a um estado de vontade política, sem a qual, os recursos dificilmente podem ser alocados para os cuidados de saúde mental da população.⁵

Visto desta forma, conhecer as atuais dificuldades com que lida o profissional, no dia-a-dia de trabalho, dará subsídios a mais para o enfrentamento dos problemas inerentes a um outro estilo de trabalho, qual seja, num contexto de plena desinstitucionalização. Em essência: algumas dificuldades serão, tudo indica, as mesmas, tal é a tarefa de diagnosticar e tratar. As diferenças dirão respeito às outras necessidades — não satisfeitas em um ambiente comunitário — para o tratamento que habitualmente se fazia (melhor dizendo, ainda se faz), salvo exceções, predominantemente em ambiente hospitalar. Então, novas necessidades, novas dificuldades em satisfazê-las.

O bom desempenho profissional vincula-se, além do mais, ao estado de satisfação, ou insatisfação no exercício da profissão. Dificuldades podem se apresentar como fatores por demais estressantes. Conhecer essas dificuldades, esses problemas, permitirá o desenvolvimento de estratégias que visem minimizá-las.

O conteúdo programático, das escolas que preparam esses profissionais, precisará se ajustar à nova forma de trabalho. Forma esta, centrada no paciente inserido na comunidade, em que se valoriza o aspecto cidadania e sua natural consequência. Este ajuste passa pela necessidade de incrementar não só o acúmulo de conhecimento, mas, sobretudo, uma formação que atenda a essa nova maneira de trabalhar. Por isso mesmo, conhecer a atitude e postura atual do profissional em relação a essas mudanças, num contexto de desinstitucionalização, permitirá que se proponham abordagens es-

⁵ Vide o capítulo Revisão da literatura, onde a avaliação, no campo da saúde mental, é contemplada.

pecíficas do tema durante os anos universitários. Isto para as gerações de profissionais que vierem a entrar no mercado. A grande maioria dos profissionais, atuando na Região Metropolitana de Curitiba, teve sua formação universitária nesta mesma cidade.⁶

A análise dos currículos atuais, particularmente em medicina, na cidade de Curitiba, evidencia uma carência de temas eminentemente práticos ou mesmo teóricos, em relação a um atendimento comunitário em Saúde Mental. Isto não caracteriza uma atitude dolosa, mas, na pior das hipóteses, pode ser culposa. É natural. Mas, se uma mudança está em andamento em relação ao processo de trabalho, é preciso que se faça também uma reformulação do processo de ensino.

Finalmente, acrescentando-se ao acima exposto, pouca atenção tem sido dada às dificuldades enfrentados pelo profissional. O entendimento tem sido feito com base na experiência pessoal, dando margem, acredita-se, a uma despreocupação em se estudar o assunto, como se fosse óbvio. No entanto, sendo vários os fatores envolvidos, fatores estes intimamente ligados a um ambiente cultural, o óbvio pode não ser uniforme para as distintas localidades, justificando, pois, um estudo sistemático em cada uma das mesmas. Similar, portanto, ao que se pretende com o presente estudo, no qual se estuda a opinião de profissionais que prestam serviço em hospitais e ambulatorios da Região Metropolitana de Curitiba.

Vários foram os questionamentos que motivaram este trabalho de pesquisa. Todos eles surgidos nos anos dedicados ao ensino de psiquiatria no Curso de Medicina da UFPR. Quando sentíamos — os professores das disciplinas relativas à matéria psiquiatria — necessidade de preparar o aluno para o enfrentamento de dificuldades que não conhecíamos, pois naquela época não dispúnhamos de ambulatório conveniado à Previdência. Necessidade que se mostrou imperiosa com o movimento que propunha mudanças nos moldes de atendimento. Além do mais, pessoalmente, a leitura de textos relativos à história da psiquiatria, como o que se apresenta neste trabalho, e a leitura de leis e portarias versando sobre normatização de atendimento em saúde mental, motivaram o surgimento de uma série de perguntas. Estabeleceu-se uma síntese das mesmas, o que pode ser expresso da seguinte forma:

1- Qual o perfil dos profissionais trabalhadores do serviço público, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos?

⁶ Conforme se apresenta no capítulo **RESULTADOS E DISCUSSÃO**, PRIMEIRA FASE: QUESTIONÁRIOS, 5.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS, Escola de origem,. Ou a TABELA 04 - Q-06-T —, em ANEXO 2.

2- Quais os problemas, com que se defrontam esses profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos, e assistentes sociais psiquiátricos) em seu dia-a-dia de trabalho, impedindo ou dificultando, direta ou indiretamente o atingir de seus objetivos diagnósticos e/ou terapêuticos?

3- Qual o posicionamento desses profissionais em relação às mudanças no atendimento em saúde mental, em particular à desinstitucionalização?

4- Qual a familiaridade dos mesmos em relação à legislação pertinente?

Tem-se como hipótese a possibilidade da existência de dificuldades inerentes ao processo de trabalho. Dificuldades tais que, na forma de problemas, poderiam ser explicitadas em suas qualidades via pesquisa exploratória que se apoiasse na opinião dos profissionais. Por outro lado, parte-se da hipótese de que há uma insatisfação significativa, entre os profissionais de saúde mental, em relação ao processo de desinstitucionalização vigente na cidade de Curitiba. Assume-se, também, a hipótese de que há pouca familiaridade com as leis pertinentes ao tema. Adotou-se, então, uma atitude curiosa, em relação à opinião dos mesmos, em especial quanto à aplicação de leis que estabelecem normas no tocante ao trabalho de atendimento em saúde mental, particularmente a desinstitucionalização.

Numa primeira fase, lança-se mão de entrevistas e questionários como instrumentos coletores de dados. O que permite, então, obter-se informações relativas ao processo de trabalho bem como a natureza das dificuldades correlatas. A parte inicial dos questionários destina-se ao recebimento de dados necessários à elaboração de um perfil dos profissionais. As demais perguntas versam sobre as hipotéticas dificuldades.

Na segunda fase, 2 anos e 8 meses após a primeira e, 2 anos e 2 meses após a Lei Estadual-PR, Lei Nº 11189 (PARANÁ, 1995) que rege a desinstitucionalização, utilizou-se apenas de entrevistas. Observou-se o relato das percepções dos entrevistados como forma de objetivar aqueles fenômenos em estudo, posto que os mesmos não poderiam se localizar no real, mas se apresentariam como conteúdo da mente nos trabalhadores em Saúde Mental. Tratou-se, pois, de avaliar o processo de trabalho pela perspectiva dos profissionais, pelo explicitar das dificuldades no dia-a-dia.

Em suma, os instrumentos visam obter dados que permitam construir um perfil destes mesmos profissionais, conhecer a natureza dos problemas mais comuns, conhecer suas opiniões quanto à desinstitucionalização, e aquilatar sua familiaridade com as normas legais pertinentes.

Os objetivos deste trabalho, então, podem ser assim expressos:

- Conhecer o perfil dos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos.

- Conhecer os principais problemas que os profissionais possam enfrentar, enquanto trabalhadores em Saúde Mental, prestando serviço público [Sistema Único de Saúde (SUS)], particularmente no que tange ao diagnóstico e terapêutica.

- Conhecer a postura dos referidos profissionais em relação às mudanças no processo de trabalho, que se vislumbra com a tendência comunitária no atendimento em Saúde Mental.

- Verificar, também, o quanto os mesmos estão familiarizados com a legislação referente ao tema desinstitucionalização.

Na organização deste trabalho, destina-se um capítulo ao problema em foco: sua problematização, e a apresentação de pressupostos teóricos e metodológicos.

Um outro capítulo destina-se a uma pequena revisão bibliográfica relativa a evolução histórica da maneira como vem sendo tratado, no Brasil, a problemática com relação aos transtornos mentais. É apresentado, além do mais, um esboço da evolução no atendimento psiquiátrico em Curitiba e o estado atual quanto aos serviços disponíveis. Revisa-se, também, textos publicados sobre avaliação do trabalho em saúde mental, verificando-se a necessidade criativa em que se colocam as questões de avaliação nesta área — pois se mostra bastante ampla a gama de enfoques e metodologias — na qual pode-se situar o presente trabalho de pesquisa.

Os demais capítulos tratam dos objetivos, do método, dos resultados e discussão, e, finalmente, das conclusões.

2 PROBLEMATIZAÇÃO, PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS.

Quando uma teoria trabalha mais em sua autojustificação (que é o papel da epistemologia) do que na preparação minuciosa de seu confronto com os fatos experimentais, esta pseudoteoria torna-se ideologia, isto é tentativa de conservação e de justificação de uma "ordem estabelecida", conceitual e/ou material. Não sendo especulação, mas construção da prática científica, a teoria deve implicar a pesquisa empírica, a confrontação com o real que ela se esforça por apreender. Assim, a teoria deve ser concebida em função da pesquisa, na direção da experiência do real na qual ela confronta os fatos que ela própria suscitou com seu sistema de hipóteses (BRUYNE, HERMAN, SCHOUTHEETE, 1991, p. 103).

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, apresenta em seu texto uma série de progressos sociais. Concretizam-se na forma de normas que especificam deveres e direitos, os quais são ideais políticos de parcelas não dominantes de nossa população. A saúde foi contemplada, tornando-se um direito de todos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 91).

Dois anos depois, em 1990, a LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, LEI Nº 8.080, no Capítulo II,

Dos Princípios e Diretrizes, dispõe:

Art. 7º – As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde — SUS — são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X – integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

O chamado "movimento sanitário", com a proposta da Reforma Sanitária, atingiu, então, parte de seu objetivo. Foram quase duas décadas de elaboração. Caracterizou-se por um amplo de-

bate em torno de uma questão tão importante, que diz respeito ao pleno exercício da cidadania: saúde para todos, independente de sexo, cor, etnia, ou condição social. No entanto, passou-se uma década e a Constituição não tem, ainda, seus artigos plenamente regulamentados, muito embora já se pense em modificá-la, e, efetivamente, esteja sendo modificada.

Com o texto constitucional relativo à Saúde, vislumbra-se, pois, a realização de um ideal tão almejado. Por decorrência espontânea, o ambiente cultural torna possível debater, também, a "loucura"; uma vez que entre as tantas acepções do termo, até mesmo as manifestas literariamente (ROTERDAN, 1996), uma há que, permeando entre todas as formas biológicas do adoecer humano, é um objeto do campo da Saúde Mental.

Os planejamentos em saúde mental precisaram adequar-se às novas tendências. Tendências essas manifestas em movimentos intelectuais, que redundaram em leis, de que não se pode mais limitar o atendimento ao doente mental a um único enfoque terapêutico.

Uma série de eventos, então, permitiram que ocorressem fatos importantes para o campo da saúde mental:

1. 1986, VIII Conferência Nacional de Saúde (importante para a concretização do Sistema Único de Saúde);
2. 1987, Rio de Janeiro, I Conferência Nacional de Saúde Mental;
3. 1987, Bauru, II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (propondo mudança das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica, dando margem ao nascimento do "movimento antimanicomial" com o lema "Por uma sociedade sem manicômios");
4. 1988, Constituição do Brasil;
5. 1990, setembro, Lei Orgânica da Saúde;
6. 1990, novembro, Caracas, Conferência de Caracas (referência fundamental para as mudanças que hoje se operam). (OPS, 1990)
7. 1992, agosto, IX Conferência Nacional de Saúde (definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais);
8. 1992, dezembro, Brasília, II Conferência Nacional de Saúde Mental.

O movimento Antimanicomial tem como objetivo a desinstitucionalização do doente mental, conforme tem sido o conteúdo proposto por alguns dos eventos acima listados. No entanto, corre-se o risco de se obter não mais que a desospitalização. Apesar dos pesares, tem conseguido se impor em alguns ambientes no Brasil¹, ao menos na forma de legislação, como acontece no Paraná com a lei elaborada pelo Deputado Florisvaldo Fier (PARANÁ, 1995). Trata-se, esta, de uma implementação local similar ao projeto de lei, no plano federal, do deputado Paulo DELGADO (1989).

Muito embora questionável por alguns autores, como fazem SONENREICH; SILVA FILHO (1995), uma nova maneira de se trabalhar está em vias de se colocar plenamente em prática. Qual seja, a de não se dispor de hospital psiquiátrico para internar os pacientes que realmente necessitem de tal ambiente, nos moldes como vinha acontecendo. A proposta é a de se valer predominantemente de outros ambientes e recursos terapêuticos. Tem sido proposto, mesmo, que não se faça uso de eletroconvulsoterapia ou psicofármacos nas doses de escolha do médico, por mais absurdo que pareça.² Além do mais, problemas realmente sérios podem ser levantados: como será esta nova maneira de trabalhar? Será melhor que a maneira atual, ou melhor que a maneira passada? Como os atuais profissionais de saúde mental lidam com esta (pretensa) intrusão em seu campo profissional? Como lidam com a normatização de seu proceder e até mesmo com a definição de limites em relação a seus atuais instrumentos de trabalho, parte de sua tecnologia vigente?

Tais colocações, é preciso que se expresse, podem dizer respeito ao possível ideário ou até mesmo imaginário de boa parcela da população profissional de Curitiba e região metropolitana. Suposição que também motivou a presente pesquisa. Pode ser pensado assim, em que pese o fato de

¹ O Movimento Antimanicomial possui uma página na Internet: <http://www.svn.com.br/smental/>. Entre as várias informações úteis encontram-se as relativas aos Estados e Municípios onde já há legislação específica: Rio Grande do Sul, Paraná, Minas Gerais, Distrito Federal, Pernambuco, Ceará, Ribeirão Preto/SP, Rio Grande/RS. Estados e Municípios que tem Projetos de Lei em tramitação: Santa Catarina, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás, Bahia, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Salvador/BA. É uma informação colhida em março de 1998. Ali não consta e, por isso se registra aqui o Município de Curitiba: A Lei Municipal n.º 9000, "Código Municipal de Saúde", Art. III. Vide ANEXO 5.

² Conforme propõe o Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final, p. 31. Encontra-se no Capítulo 8 (Questões gerais sobre a revisão legal necessária) da Terceira parte, relativa a Direitos e Legislação: "Exigir a aprovação de dispositivos legais que garantam a cidadania do doente mental e **proibam o uso de práticas violentas, tais como camisa de força, ECT (eletrochoque), medicação em excesso e psicocirurgias.**" (o grifo é nosso). O parágrafo seguinte reza: "Evitar, ao máximo, a internação do doente mental, a qual só deverá ocorrer após esgotados todos os recursos que possam tornar desnecessário tal procedimento." Pode-se questionar: os pacientes tem sido internados ao longo da história por terem sido "esgotados os recursos", próprios do momento e do lugar. No momento atual, se internado, o que fazer com o paciente? Os profissionais terão a seu dispor recursos eficientes que não sejam os que se usam em casos graves? ECT, medicamentos e psicocirurgia são realmente práticas violentas? Quanto aos medicamentos, quando é excessivo?

não ter sido explicitado, com a lei paranaense (PARANÁ, 1995) e a curitibana (CURITIBA, 1996), a eliminação de recursos terapêuticos. Quando muito limita-se sua utilização preponderante, como nos é dado pelos Artigos 1º e 2º da Lei n.º 11189 de 09 de novembro de 1995 (ANEXO 5), Lei estadual em torno da qual toda uma movimentação se faz para cumpri-la.

- a) impede internação involuntária sem que haja processo legal;
- b) impede internação voluntária sem que seja fornecido laudo médico bem como esclarecimento ao paciente que lhe permita formar opinião;
- c) determina gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico por uma rede integrada e variados serviços extra-hospitalares.

Inova, ao relocar o poder decisório no que respeita a criação de ambiente hospitalar, ao estabelecer com o Art. 3º e o Art. 7º, e os respectivos parágrafos, da referida Lei:

- a) construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, ou novos leitos, condicionadas à prévia aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde;
- b) ao hospital, faculta a progressiva instalação de leitos em outras especialidades médicas, em substituição aos leitos psiquiátricos;
- c) abrangerá o nível estadual e o municipal, respeitando as características locais.

E, acrescenta recursos terapêuticos, na forma de ambientes, conforme o Art. 2º, acima citado e, o que muito enriquece, pelos Art. 4º e 5º desta Lei estadual:

- a) permite construir unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas loco-regionais, de acordo com autorização das secretarias e conselhos municipais de saúde, e parecer da Secretaria e do Conselho Estadual de Saúde;
- b) estas unidades psiquiátricas deverão contar com áreas e equipamentos básicos, comuns ao hospital geral, estrutura física e pessoal adequado;
- c) não deverão reproduzir efeitos próprios do sistema hospitalocêntrico;
- d) exige construção de espaço para doentes mentais por ocasião de construção de hospitais gerais, guardadas as necessidades locais.

Uma etapa pode ter sido vencida, mas, como nos diz BAREMBLITT (1994), a proposta de desinstitucionalização encontra resistência. Segundo ele, "[...] os setores mais reacionários e contrários a essa proposta são as corporações, os agentes políticos e científicos, especialistas e profissionais, que são formalmente autorizados para cuidar dos 'desviantes'." (BAREMBLITT, 1994, p.193)

Continua citando responsáveis ao dizer que "[...] dificilmente nasceria ou se difundiria a partir do Estado ou das categorias de técnicos e funcionários civis. Tal como surgiu no início, se reiniciará constantemente com base em ensaios práticos de cidadãos livres e empreendedores, 'qualificados' ou não." (BAREMBLITT, 1994, p.193)

Seja essa mudança liderada pelo povo, profissionais ou políticos, o fato é que torna-se necessário evidenciar-se as condições de trabalho do profissional, cujo papel continuará a existir. Papel de técnico, mesmo que na qualidade de delegado do poder institucional, da família ou, simplesmente, e como ideal, do paciente.

Então, os projetos, visando elaboração de Planos de Saúde Mental, atrelados às ações programáticas em saúde, necessariamente devem incorporar os mesmos princípios básicos. Quais sejam: os relativos à necessidade de respeito à dignidade humana. Entendendo como certo seu direito à saúde mental, em todos os níveis: prevenção primária, secundária e terciária. Levando-se em conta tal objetivo, faz-se necessário que se acredite que a comunidade, enquanto formada por agentes e pacientes, precisa assumir, também, a responsabilidade pelo destino, no que respeita a saúde mental, de seus membros. Disto resulta, porém, a intenção de "inserir" o paciente em sua comunidade, de uma certa forma forçando sua aceitação. Implica em uma mudança radical na maneira de se lidar com a doença mental, dando origem a conflitos que precisam ser administrados no momento em que se pensa em planejamento. Pois, se o atendimento volta-se para o ambiente comunitário, as técnicas, outras que não as centradas no hospital, precisam dispor de recursos dos mais variados.

Muito embora um Plano de Saúde Mental tenha, em linhas gerais, como objetivo, a saúde mental de uma população além das do indivíduo, ao se pensar em saúde mental, enquanto planejamento, pode-se admitir que a intenção não se restringe unicamente àqueles. Esta afirmação apoia-se no pressuposto de que vários objetivos são subjacentes. Objetivos, estes, vislumbrados por diferentes agentes ou atores, substratos dos fatores envolvidos na promoção da saúde. Corrobora, ainda, tal assertiva, o conhecido fato de se formarem "lobbies", das mais variadas origens, por ocasião das discussões relativas à qualquer projeto de lei. Estes fatores podem ser listados, a título de exemplo: técnico profissional, ideológico, político-partidário, socioeconômico, sociocultural, ético e moral, administrativo, religioso e tantos outros aspectos do viver em sociedade.

Embora possa parecer, a cada um dos envolvidos, bastante claro como deve ser organizado um Plano de Saúde para a saúde mental, em realidade, longe está a possibilidade de clareza.

Uma das dificuldades consiste justamente em como gerenciar os variados interesses e tendências manifestos pelos agentes (dos elementos ou fatores), envolvidos e participantes. Além do mais, é possível que nem todos os que deveriam estar envolvidos participem e, de uma maneira ou de outra, até mesmo pressionem no sentido de colocar obstáculos no momento de se por em prática.

Uma das maneiras de minorar problemas decorrentes de conflitos faz-se mediante a aplicação das leis. O Paraná, conforme o que se disse anteriormente, já dispõem de lei (PARANÁ, 1995). Curitiba já dispõem de legislação na forma de "Código Municipal de Saúde" (CURITIBA, 1996). Está-se a por em prática. Falta, acredita-se, conhecer aspectos da realidade atual no que tange à dificuldades quanto à realização do trabalho na área de Saúde Mental.

Tratando-se do fator imediato na concretização do objetivo explícito na elaboração de um Plano de Saúde Mental, o "Fator Técnico Profissional" constituiu-se na preocupação deste trabalho de pesquisa. Uma parcela de seus atores, os profissionais de saúde mental, especificamente psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos, constituem o universo desta pesquisa. As dificuldades enfrentadas pelo mesmos, tornam-se objetos de estudo.

O termo "Profissionais de Saúde Mental" é aqui, para esta investigação, usado para designar o psiquiatra, o psicólogo e o assistente social psiquiátrico. Evidentemente, não se exclui por uma questão valorativa os demais, como fonoaudiólogos, praxiterapeutas, ludoterapeutas, musicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, enfermeiros psiquiátricos, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.. Exclui-se, sim, para estabelecer limites ao universo da pesquisa e pelo fato de aquelas categorias estarem mais intimamente relacionadas às questões diagnósticas e às decisões terapêuticas, tanto no ambiente hospitalar quanto no ambulatorial. Isto porque, dá-se por aceito, o diagnóstico e a terapêutica constituem-se no objetivo central do atendimento ao nível do cliente. Centra-se, pois, toda a atenção sobre a consulta, núcleo ao redor do qual deve gravitar todo o planejamento, conforme já se expôs no momento da introdução à esta Tese. Nesse momento, o da consulta, serão tomadas as decisões terapêuticas, com apoio, evidentemente, nos procedimentos diagnósticos. É aí que o profissional, em decorrência de suas decisões, terá consciência de suas "necessidades" com vistas a satisfazer as do paciente. Suas "necessidades", cotejadas com as possibilidades, definirão as probabilidades do êxito em se tratar. Sua escolha, quanto ao melhor tratamento, determinará o local: um hospital ou um dos recursos extra-hospitalares, e entre estes o tradicional ambulatório.

Não obstante tenha, o planejamento, como objetivo atender ao paciente — sem que se desvalorize a importância dos aspectos epidemiológicos — sempre existe a possibilidade desse atendimento não se efetivar, de maneira plenamente eficiente. Tal situação pode decorrer de uma série de obstáculos, aqui denominados problemas ou dificuldades. São condições que direta ou indiretamente inviabilizam um processo de trabalho eficiente. Tal deficiência se materializaria pelo dificultar ou impedir de o profissional atingir seus objetivos, particularmente o diagnóstico e o tratamento. Aceita-se que, no atendimento, um dos fatores envolvido com a questão da qualidade do ato em saúde — embora não seja a qualidade o tema dessa tese — é a produção do “[...] serviço que o usuário finalmente consome na forma de medidas de diagnose e terapia (NOGUEIRA, 1994, p. 17)”. Igualmente se aceita desejável, e possível, por parte dos trabalhadores em saúde, a capacidade de identificar causas de mau desempenho dos serviços e apontar correções. Pois é isso que se conclui do que diz NOGUEIRA (1994, p. 17), ao enumerar uma longa lista de questões, cujas respostas permitiriam inferir sobre a qualidade de um serviço.

Para uma aproximação do objeto de estudo e, também, para que haja um suporte à metodologia da pesquisa, é necessária uma abordagem que possa se constituir em um marco referencial. Serão feitas algumas considerações em relação ao processo de trabalho, no qual se envolve a parcela dos profissionais de saúde mental em estudo. O mesmo será feito em relação a metodologia ligada a coleta de dados.

2.1 O PROCESSO DO TRABALHO

O papel do médico psiquiatra foi utilizado como balizamento do procedimento básico profissional. Não se trata de escolha baseada apenas no interesse pessoal. Decorre principalmente da diferente formação, em que, além do biológico, é prestigiada, também, a formação em aspectos psicológicos e sociais. Decorre, ainda, e, principalmente, do fato de se atribuir, do ponto de vista legal — e provavelmente social — responsabilidade ao médico por tudo que aconteça com o paciente

Entende-se que todo trabalho humano tem como motivação as necessidades sociais, sendo necessário selecionar, em a natureza, os elementos que virão a constituir seu objeto. Este objeto precisa ser construído, e necessita conter as potencialidades do produto que é desejado. Constrói-se

este objeto pela apreensão intelectual do objeto natural, lançando-se mão do saber que instrumentaliza o trabalho.(SALA, 1993, p. 122)

Em decorrência, surge o objeto em condições de ser transformado em produto do trabalho.³

Em Saúde, o trabalho não acontece de maneira diferente. Dá-se de maneira similar em sua estrutura básica. Pois, "[...]foi organizado, historicamente, em dois eixos polares, por referência a seu objeto. Um que se dirige ao corpo individual e outro que toma como seu objeto a população: a prática clínica e a prática sanitária."(SALA, 1993, p.123)

O corpo individual apresentou-se à clínica de uma maneira que começou a se estruturar já no início do século XIX (FOCAULT, 1980), quando a medicina, com a clínica, reconheceu o patológico em sua localização corporalizada nos tecidos e nos órgãos. A seguir precisou esclarecer a maneira como o tecido ou órgão tornou-se patológico, para poder, então, agir no sentido de eliminar a causa e seus efeitos, restituindo a normalidade. "A finalidade do trabalho médico é, assim, o retorno a uma normalidade socialmente definida, normalidade que ganha aparência de ser, antes, cientificamente definida pela prática médica."(SALA, 1993, p. 124)

Antes de atingir este objetivo o objeto natural da atenção médica, o indivíduo doente necessitado de ajuda, é transformado, pela apreensão intelectual do clínico, em objeto de trabalho.

Para a concretização desta tarefa, o médico e também o psicólogo, e, por que não dizer, o assistente social, dispõem de três grupos de "instrumentos de trabalho": o saber médico (ou psicológico ou social), e os instrumentos do processo diagnóstico; as técnicas terapêuticas; e, finalmente, condições materiais para sua realização.

O primeiro grupo não modifica o objeto de trabalho. Apreende sua realidade mediante as concepções relativas à anatomofisiologia, normal e patológica, à fenômenos psicossociais, também normais e patológicos. Lança mão dos instrumentos que viabilizam o diagnóstico: Anamnese, exame psíquico, exame físico, exames médico laboratoriais e outros. O segundo grupo, formado pelos recursos terapêuticos (fármacos, cirurgias, manobras, etc.), é o que, efetivamente, transforma o objeto, ca-

³ Os conceitos apresentados nesta seção referem-se, principalmente, ao trabalho de GONÇALVES (1994), ao discorrer sobre a tecnologia do trabalho médico por ocasião de suas teses de mestrado e doutorado. Sua tese de doutoramento foi publicada:

GONÇALVES, R. B. M.. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1994.

racterizando o trabalho médico (ou psicólogo ou assistente social). O terceiro grupo, ou seja, o grupo formado pelas condições materiais, não faz, realmente, parte dos elementos que constituem o processo de trabalho, mas é imprescindível para o que é pretendido pelos dois primeiros grupos.

Diagnóstico e terapêutica, então, constituem-se no primeiro objetivo do profissional. O objetivo final é o de conseguir o retorno do paciente a uma condição que antecedeu seu adoecer. São necessidades do paciente a serem satisfeitas, mesmo que tal necessidade esteja apoiada no conceito de normal e patológico. Pois este paciente, independente do profissional, tem para si quais sejam suas necessidades, e entende — e isso lhe parece bem claro — o que seja normal. Tais observações, acima expostas, são manifestações de concordância ao que diz CANGUILHEM (1995) ao se referir aos objetivos da terapêutica no tocante ao termo normal:

É certo que, em medicina, o estado normal do corpo humano é o estado que se deseja restabelecer. Mas será que se deve considerá-lo normal porque é visado como fim a ser atingido pela terapêutica, ou, pelo contrário, será que a terapêutica o visa justamente porque ele é considerado como normal pelo interessado, isto é pelo doente? Afirmamos que a segunda relação é a verdadeira. Acharmos que a medicina existe como arte da vida porque o vivente humano considera, ele próprio, como patológicos — e devendo portanto serem evitados ou corrigidos — certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são apreendidos sob forma de valores negativos. Acharmos que, desta forma, o vivente humano prolonga, de modo mais ou menos lúcido, um efeito espontâneo, próprio da vida, para lutar contra aquilo que constitui um obstáculo à sua manutenção e a seu desenvolvimento tomados como normas. (CANGUILHEM, 1995, p. 96)

No campo da saúde mental o conceito de normal e patológico torna-se mais problemático. Está-se a lidar com valores que não se originam tão somente no indivíduo, isto é, têm suas vertentes também no social, e, conseqüentemente, em questões políticas e ideológicas. Em muitas “doenças” mentais o que as caracteriza é a ausência do saber-se doente por parte do paciente. As necessidades acima mencionadas passam a ser as necessidades do ambiente social que o cerca. Visto desta maneira, se bem que simplista, persiste o diagnóstico e a terapêutica como objetivo dos profissionais.

Na atualidade — em decorrência da maior complexidade, pelo maior conhecimento em relação às técnicas diagnósticas e procedimentos terapêuticos — não se concebe mais um trabalho isolado no campo da medicina. O mesmo se dá no particular campo da saúde mental. Entende-se como desejável, estando já parcialmente normatizado, que profissionais envolvidos executem suas tarefas no contexto de um trabalho de equipe. Não na forma de um mutirão, mas, usando do saber que lhe é próprio, cada um venha a atuar em benefício do paciente. Também aqui, a tarefa básica será o de

lançar mão de instrumentos, a semelhança do médico da medicina somática.⁴ Analogamente, seu primeiro objetivo será o de utilizar-se dos instrumentos que permitem o diagnóstico e a terapêutica. Independentemente de ser um diagnóstico ou tratamento (no sentido de cuidados) médico em geral, médico psiquiátrico, psicológico ou social. Pois em psicologia há que se fazer, antes de tudo, um diagnóstico, o diagnóstico psicológico. Cabe, também, em questões sociais, que se faça um diagnóstico da situação. Evidentemente essas tarefas, diagnosticar e tratar, serão distintas e distintos os instrumentos utilizados, conforme digam respeito à essa ou àquela categoria profissional.

Além do mais, é preciso que não se esqueça, a normatividade que acontece na organização do trabalho, incluindo o uso de sua tecnologia, não poderá ser confundida com simples exigências técnicas ou com as leis da natureza. É, tal normatividade, a expressão de um sistema socioeconômico, no qual se incluem a dimensão ideológica e as relações de poder. (THIOLLENT, 1983, p. 83)

Os profissionais exercem sua atividade em um ambiente mutável quanto a organização do trabalho, quando se considera o ambiente terapêutico onde ele se processa. Levando-se em conta um plano mais geral, a mais significativa mudança, que interessa a cidade de Curitiba, como já se mencionou, faz-se via legislativa estadual, materializada na Lei Nº 11189 de 09-11-95 (PARANÁ, 1995). Lei esta, de uma certa forma, análoga ao projeto de lei de autoria do Deputado Paulo DELGADO (1989). O município também legislou em relação ao atendimento do doente mental, oferecendo orientação quanto aos procedimentos básicos. (CURITIBA, 1995) Na dependência de regulamentação das referidas leis, tais mudanças, por hipótese, interferirão no processo de trabalho. Não tanto em relação à fase diagnóstica, mas, possivelmente, à fase terapêutica. O trabalho, até então centrado em hospitais, se diluirá em um ambiente terapêutico bem mais amplo e, necessariamente, diversificado.

2.2 QUESTÕES METODOLÓGICAS

2.2.1 ANÁLISE DE DADOS EM PESQUISA QUALITATIVA

Concluída a fase de coleta de dados, iniciada a análise dos mesmos e não surgindo qualquer dificuldade, tem-se alguns caminhos possíveis em termos de metodologia em pesquisa social. Para que não haja dificuldades é preciso que os dados colhidos sejam suficientes, que os objetivos e

⁴ Não se insinua uma concepção mente/corpo em relação à saúde e à doença. O termo é empregado simplesmente para distinguir a práxis psiquiátrica da dos demais profissionais médicos.

as hipóteses, ou questões, tenham sido bem elaboradas, e que, haja uma fundamentação teórica bem estruturada.(GOMES, 1997, p. 67-68)

São duas as funções, quando se trata de Análise de Conteúdo, que se complementam, ou se dissociam, no analisar do material coletado:(BARDIN, 1977, p. 30)

- a) heurística (há um enriquecimento da tentativa exploratória, o que aumenta a possibilidade de descobertas. É uma análise de conteúdo do tipo 'para ver o que dá');
- b) administração de provas (hipóteses, na forma de questões, orientam e indicam o método de análise sistemática, possibilitando confirmá-las ou negá-las. É uma análise de conteúdo do tipo 'para servir de prova').

Uma terceira pode ser acrescentada: “ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens”(MINAYO, 1992, p.198).

Segundo MINAYO (1992), esses aspectos são de consenso entre os pesquisadores:

As divergências e dificuldades começam quando se parte para a tarefa concreta de análise do material coletado. Ai não existe concordância nem quanto a pressupostos teóricos e nem quanto a métodos e técnicas a serem empregados. Além disso, nota-se certa repugnância dos pesquisadores em tomar evidente a sua 'hesitante alquimia' para transformar dados brutos em descobertas finais. Tal fato não é de se desprezar porque freqüentemente oculta aquele estado nebuloso, límbico, no trabalho de pesquisa social, que pode ao mesmo tempo esconder alta criatividade e procedimentos analíticos pouco confiáveis técnica e cientificamente (MINAYO, 1992, p.198).

A análise do material qualitativo pode ser feita utilizando-se de algumas possibilidades.

Uma delas é a “Análise de Conteúdo”, como já se fez referência. Outra é a “Análise do Discurso” e uma outra é a “Hermenêutica-Dialética”.

Como a fase de análise dos dados é feita tendo em vista as finalidades pré definidas, pode-se fazer, com base nas mesmas, a escolha do recurso que será utilizado. As necessidades são, em uma síntese do exposto por BARDIN (1977, p. 30) e MINAYO, 1992, p.198): (GOMES, 1997, p. 69)

- a) compreender os dados coletados;
- b) responder as perguntas formuladas e/ou confirmar ou não as hipóteses;
- c) a partir da ampliação do conhecimento sobre o assunto em pesquisa, articulá-lo com o seu contexto cultural.

Deve ser entendido que essas necessidades, ou finalidades, se complementam, quando o que está em jogo é a pesquisa social.

A "Análise de Conteúdo" parece mostrar-se como a mais adequada para o propósito desta pesquisa. Em função disso esboça-se, com um esquema, sua aplicabilidade, tendo como base, principalmente, o trabalho de BARDIN (1977) e o de MINAYO (1992).

Segundo BARDIN (1977) Análise de Conteúdo é "Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens". Em outro trecho: " Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de normas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações." (BARDIN, 1977, p. 31)

Suas técnicas podem ser nomeadas e enumeradas: Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação. Cada uma dessas técnicas enfatiza aspectos que devem ser observados em relação aos textos dentro de pressupostos científicos. A "Análise Temática", além da "Análise de Enunciação", constitui-se na que melhor pode se adequar em relação à análise qualitativa de material referente a saúde. Por esse motivo serão apresentados aspectos apenas sobre essa técnica.

A Análise Temática, diz respeito ao tema, ligado, portanto, a uma afirmação sobre um determinado assunto. Desdobra-se em 3 etapas: (MINAYO, 1992, p. 209-211)

1. Pré-Análise (escolha dos documentos , retomar e reformular as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, e elaborar indicadores que possam orientar a interpretação final):
 - a) *leitura Flutuante* (contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, até poder ultrapassar à sensação de confusão inicial);
 - b) *constituição do Corpus* (organizar o material de forma a responder as normas de validade):
 - exaustividade (contemplando todos os aspectos do roteiro);
 - representatividade (contendo a representação do universo pretendido);
 - homogeneidade (obedecer precisos critérios de escolha quanto aos demais técnicas e interlocutores);
 - pertinência (documentos adequados aos objetivos do trabalho).

- c) *Formulação de Hipóteses e Objetivos* ("necessidade de estabelecer hipóteses iniciais, pois a realidade não é evidente: responde a questões que teoricamente lhe são colocadas")

Nessa fase determina-se "a unidade de registro (palavra chave ou frase), a unidade de contexto (delimita-se o contexto de compreensão da unidade de registro) os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise".

2. Exploração do Material (transformar dados brutos alcançando o núcleo de compreensão do texto, o que acaba sendo codificar:
 - recorte do texto em unidades de registro (palavra, frase, tema, um personagem, acontecimento estabelecido na pré-análise);
 - escolher regras de contagens (pois é possível alguma forma de quantificação);
 - classificação e agregação dos dados, possibilitando escolher as categorias teóricas ou empíricas que exercerão a especificação dos temas.
3. Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Submeter os resultados brutos a operações estatísticas simples (percentagens) ou complexas (análise fatorial) permitindo colocar em relevo as informações. Desse ponto em diante propõe-se inferências, interpreta-se de acordo com a teoria de base (quadro teórico referencial), ou abre-se novas pistas em torno das possibilidades teóricas que a leitura do material sugere. Existem variantes que trabalham com significados, não com inferências estatísticas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo se destina a uma revisão bibliográfica relativa a alguns aspectos das mudanças ocorridas quanto ao atendimento do doente mental. Revisão que pretende ser seletiva, dada a finalidade a que se propõe. Qual seja, a de identificar aspectos relativos ao processo de trabalho envolvendo profissionais da área de Saúde Mental. Pois, o primeiro passo, antecedendo as tentativas de conhecer os problemas atuais, seria o de procurar em nossa história a manifestação dos mesmos.

Apresenta-se, também, uma revisão referente às metodologias utilizadas em avaliação nesse mesmo campo. Com esta última, pretende-se melhor situar o trabalho aqui desenvolvido, que, para todos os efeitos, é um trabalho de avaliação, embora limitado à uma faceta do atendimento em saúde mental, em particular psiquiatria, e apenas no que concerne à visão dos profissionais envolvidos. Porquanto, para a elaboração desta Tese, entendeu-se como importante que se revisasse a literatura em relação ao tema avaliação, como parte integrante da pesquisa. De forma que se apresenta, neste capítulo, o resultado da mesma. Isto porque, pode-se aceitar, se novas maneiras de trabalhar são propostas, novos problemas surgirão no desempenho destas novas tarefas. A desinstitucionalização pressupõe o surgimento de uma nova maneira. Avaliar-se o processo de trabalho, durante a fase de transição, aponta para a possibilidade de previsão quanto aos possíveis impedimentos ao seu bom andamento.

Conhecer os presumíveis problemas, seria acrescentar informações necessárias ao aprimoramento do papel profissional, tendo em vista a nova situação, num contexto de desinstitucionalização. No seguimento, uma continuada avaliação seria necessária. Não como recurso visando unicamente policial, mas sim, recurso pedagógico possibilitando um consistente assentamento de idéias e ações. Isto contribuiria para uma efetiva mudança no atendimento em saúde mental e, simultaneamente, ensejaria aprimoramento em relação ao desempenho dos profissionais.

3.1 ASPECTOS DO ATENDIMENTO BRASILEIRO EM PSIQUIATRIA :

UM APANHADO HISTÓRICO

A proposta de KENNEDY (1964, p. 126-37) para a criação de um programa nacional de saúde mental, dirigida ao Congresso Americano, em 1963, dado a inegável liderança norte americana no campo da saúde mental, pode ser entendida como de fundamental importância para o crescimento da Psiquiatria Comunitária enquanto movimento renovador. Havia uma crítica aos hospitais psiquiátricos estatais, tanto pelo excesso de pacientes quanto pelo menosprezo em seu atendimento, reduzindo sobremaneira a possibilidade de uma significativa melhora. Era enfatizada a preocupação tanto com o ser humano quanto com os recursos financeiros envolvidos. Em outubro do mesmo ano o Congresso aprovou, o assim chamado, "Community Mental Health".

Eram propostos os Centros Comunitários de Saúde Mental os quais deveriam se espalhar pelo restante do país. Deveriam ser criados centros definidos para áreas definidas. Havia a crença de que assim os recursos comunitários seriam plenamente utilizados viabilizando uma melhoria qualitativa no desempenho das atividades envolvidas com a assistência em saúde mental.

A psiquiatria brasileira prontamente interessou-se pela experiência estrangeira. Na atualidade, tem surgido, em diversos pontos do Brasil, formas alternativas à internação. O Movimento Antimanicomial tem atualizado uma relação de endereços sobre esses serviços. Reproduz-se, abaixo, parte do texto de sua página na internet: MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL

EXPERIÊNCIAS ASSISTÊNCIAIS

Ao lado das suas intervenções político-culturais, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial tem impulsionado importantes experiências assistenciais. Espalhados pelo Brasil, quase uma centena de novos serviços de saúde mental, são animados a partir dos seus conceitos básicos, inventando novas possibilidades de relacionamento da Sociedade com a Loucura, com a Desordem e o Imprevisível. Marcados pelo signo da luta pela Cidadania dos usuários, estes locais de acolhimento tem recebido os nomes de Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial, Hospitais ou Espaços-dia, Pensões Protegidas, Oficinas Terapêuticas etc. Assim, inúmeros cidadãos, outrora condenados aos círculos viciosos dos Hospícios, já podem hoje experimentar suas crises num contexto marcado pela dignidade, pelo respeito e pela cidadania. Indicamos, a seguir, por estado, alguns endereços de Unidades de Tratamento da Rede Pública, que praticam os princípios do Movimento Antimanicomial. Esta lista é provisória, aceitamos novos endereços ou a retificação de algum que não estiver correto. Contatos pelo e-mail smntal@svn.com.br (MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL, MAR 1998)

Um "novo período" caracterizado pela expectativa de humanizar o atendimento aos doentes mentais se iniciou nos anos 1980.¹ Outros provavelmente virão. Em meio a isto, vale a pena medi-

¹ Conforme se fez referência no Cap. 2, por ocasião das datas significativas: Bauru, 1987.

tar um pouco a realidade, a preocupação com o doente mental. O que tem sido feito ao longo da história, em termos de posturas em relação a doença mental? Que problemas enfrentavam os profissionais? Que tentativas se fez em relação ao tratamento? Que soluções foram elaboradas? Quais foram postas em prática e quais erros se cometeu? É preciso deixar bem claro que não se pretende apresentar um trabalho de historiografia. Não é esta a finalidade desta Tese. Pretende-se, apenas, uma certa coerência em relação a uma postura que se acredita necessária. Essa postura é muito bem expressa por Nobre de MELO (1979) ao iniciar o capítulo "Gênese e evolução do conhecimento psiquiátrico", no segundo volume de seu livro *Psiquiatria*, onde faz verdadeira apologia ao conhecimento histórico relativo aos assuntos que se fazem investigados. Entre outras afirmações:

Decididamente incompreensível e inaceitável pretenda alguém iniciar e levar a termo a exposição metódica e sistemática de um conjunto de conhecimentos científicos de qualquer natureza, sem preliminarmente, indagar de *quando, onde e como* se originaram e evoluíram tais conhecimentos, na perspectiva histórica. [...]

Ai está por que, ao contrário do que se vem insinuando, ultimamente, acerca da falência do método historiográfico e da inanidade da experiência histórica, direções tidas por insuscetíveis de fazer prosperar o conhecimento científico contemporâneo, confessamo-nos cada vez mais persuadidos da necessidade e alta importância dessa tarefa preliminar.[...] (MELO, 1979, p. 3)

Aqui, porém, o que se pretende é utilizar-se do conhecimento de alguns aspectos históricos para se comparar com o que ocorre no presente e verificar se há algo de novo no que respeita aos cuidados com a doença mental. Particularmente a atitude dos profissionais terapeutas, seus problemas e dificuldades que, em realidade, se fazem notar pelos problemas em torno do atendimento em Saúde Mental. Isso porque aquela atitude não poderia ser dissociada do entendimento, ou representação, a respeito do adoecer psíquico. Não sendo assim, ao percorrermos a história da psiquiatria, no Brasil, verifica-se, como se verá a seguir, que não tem mudado muito a maneira como o doente tem sido tratado.

O tratamento parece se nortear pelo entendimento do que seja o adoecer psíquico. Os diagnósticos feitos pelos especialistas, hoje, são, por convenção, predominantemente descritivos. Esta é a proposta do DSM-IV (ELETRONIC DSM-IV, 1994) e do CID-10 (OMS, 1993), que abandonam o ideal etiológico, vergando frente a evidência imposta pela atual ignorância dos fatores causais da maioria das doenças mentais.

Apresentam-se, então, estas classificações, desprovidas de uma base teórica com o propósito estratégico de contentarem a todos e assim universalizarem-se. Em que pese a lógica das mesmas, tal postura pode dar margem a um proceder em que a etiologia possa ficar por conta e gosto de cada um. Em consequência, o tratamento poderá tender a seguir o mesmo caminho. Quer se use o

termo tratamento no sentido social (trato, acolhimento, agasalho, recepção), quer no sentido de terapia (ato de curar). Em outras palavras, atender o doente de acordo com o que se pensa ser a doença, de acordo com o que se pensa ser sua causa (HANDYSIDE; HEYMAN, 1990). Neste sentido, a tese de Jurandir Freire COSTA (1981), ao tratar um tema histórico tendo como foco de observação a postura da Liga Brasileira de Higiene Mental, demonstra claramente o poder inerente a uma ideologia. Ideologia de franco colorido racista, eugenista, e xenofóbico — a carta dos princípios da Liga propõe um programa que visa intervir no espaço social. Poder este capaz de dar justificativa, como o fez, a uma postura preconceituosa em relação a doença mental.

Diferente do que insinuava Nobre de MELO (1979, p. 3), com a expressão “tendência por demais generalizada, em certos meios nos tempos atuais”, fazendo alusão a um suposto desinteresse pela historiografia da prática psiquiátrica, a psiquiatria brasileira, hoje, tem a sua disposição excelentes trabalhos. Podendo-se citar alguns, entre outros: MEDEIROS (1977), MACHADO(1978), COSTA(1981), CUNHA (1986), MAGRO FILHO(1992) e RESENDE (1994). Tanto os relativos aos serviços isolados quanto os estudos mais abrangentes. Muitos deles se constituindo em material teórico que dá suporte à tendência desinstitucionalizante.

Todos esses trabalhos, críticos ou factuais, oferecem subsídios para que se compreendam melhor as dificuldades inerentes ao atendimento do doente mental. Atendimento este que, embora apoiado na tecnologia psiquiátrica, não consegue ser tão somente médico, desprovido de influências outras que não as oriundas da ciência médica. Para tanto, basta observar o papel de outros profissionais no campo da saúde mental, os quais são espontaneamente solicitados. Estes profissionais, ao atuarem, atestam de maneira inquestionável, pela eficiência, sua importância e necessidade, muito embora sua origem, na maioria dos casos, pouco tenha a ver com as ciências biológicas. São os profissionais de saúde mental, representados pelos assistentes sociais psiquiátricos, psicólogos, ludoterapeutas, psicopedagogos, praxiterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros psiquiátricos, musicoterapeutas, fisioterapeutas, professores de educação física, professores de trabalhos artísticos, religiosos e outros tantos quanto mais se possa inventar.

Os profissionais de saúde mental atuarão, no exercício de sua profissão, dispondo de motivadores afetivos que, via de regra, apoiar-se-ão em elementos cognitivos. Suas representações, relativas à doença mental e ao ideal quanto à forma de atendimento, servirão de balizas para o seu traba-

lho. Decorre disso a importância das teorias que cada um dos profissionais esposa. Sendo tantas, é presumível a existência de conflitos ao atuarem como equipe.

É bem sabido que o doente mental, em todos os tempos e lugares, foi objeto de admiração, respeito, medo, escárnio, agressões, piedade e tantos outros sentimentos e ações por parte de seus semelhantes auto denominados normais. No Brasil as atitudes não diferiam e não diferem, conforme nos dizem os autores, revisados neste capítulo, se comparadas suas descrições.

Embora não claramente colocada, existe uma certa dicotomia em se tratando de quem costuma se preocupar com a doença mental: o cidadão de um lado e o governo, enquanto autoridade constituída e delegada, de outro.

Nossa história é rica — o que se pretende demonstrar pelo conteúdo dos parágrafos a seguir — em medidas governamentais destinadas a proteger o doente, muito embora também visassem proteger o restante da população. Paralela, e lamentavelmente, inseriram-se medidas destinadas a reduzir os custos. Medidas estas que, muitas das vezes, puderam ser camufladas por pseudo teorias, ou ideologias, relativas à doença mental.

No Rio de Janeiro, médicos, em sua maioria higienistas, a partir de 1830 iniciaram um movimento reivindicatório que, entre outras, solicitava a construção de um hospício para alienados. Estes médicos foram os criadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, e pode-se dizer, foram uns dos fundadores da psiquiatria no Brasil. Em artigos publicados, nos periódicos da época (*Semanário de Saúde Publica*, 1831-1833; *Diário da Saúde*, 1835-1836; *Revista Médica Fluminense*, 1835-1841), tentavam desencadear movimento de opinião pública, visando a criação do asilo. Criticavam a maneira como os "loucos" eram abandonados a si mesmos, perambulando pela cidade. Criticavam os métodos de tratamento aplicados na Santa Casa de Misericórdia (celas insalubres, castigos corporais). Propunham, em síntese, que se qualificassem, como doentes mentais, as pessoas mentalmente alteradas, possibilitando um tratamento segundo os princípios do tratamento moral. Que fossem tratadas por médicos, recebendo um tratamento realmente médico. (COSTA, 1981, p. 21-2)

É como se fora o surgimento de um movimento humanitário. Um movimento em espelho ao "Movimento Antimanicomial", que veio a surgir em 1987 e se prolonga, este, pela década de 90 dos anos 1900. Pois aquele Movimento, o de 1830, poderia ter sido chamado de "Movimento Manicomial".

Não foi um movimento original, típico de nossa história. Na História do mundo ocidental, a "loucura" recebeu o status de doença mental em época que pode ser entendida como recente. Antes

do século XIX, de acordo com FOUCAULT (1991, p. 75-76), foram duas as vezes em que a medicina interferiu no problema da possessão (concepção a respeito da "loucura"). Uma entre 1560 e 1640 e outra entre 1680 e 1740, ambas a pedido de autoridades governamentais e da Igreja Católica. No século XVII, segundo PESSOTTI (1996, p. 29), as explicações teológicas da doença mental foram demolidas. A "loucura" foi incorporada ao campo de atuação da medicina. A custódia dos "alienados" saiu das mãos da Igreja para a da nascente psiquiatria (GRAEFF, 1997, p. 19). Isto por si só não resolveu muita coisa, pois a não utilização de explicações com base na concepção demoníaca não significou disporem-se de critérios definidos para o que pudesse ser a alienação ou equivalentes. Além do mais, naquela época não se poderia conceber, em ambiente médico, a "loucura" como resultante de sentimentos intensos. E assim, em meados do século XVII, "o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão (FOUCAULT, 1991, p. 78)", pois criaram-se estabelecimento para internar não só os "loucos", mas, também, inválidos pobres, velhos na miséria, mendigos, desempregados, portadores de doenças venéreas, libertinos, e outros. Os estabelecimentos europeus, na época clássica, conforme FOUCAULT (1991, p. 79), não colocavam em questão a relação loucura/doença, tratavam simplesmente de um problema social: a conduta dos indivíduos. Aceitava-se o problema como um problema médico, mas a solução tentava ser social, e entre as possíveis, a exclusão foi a escolhida.

O nosso, no entanto, pode-se aceitar como um importante movimento, uma vez que, no Brasil do século XIX, antes de uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizar um diagnóstico em relação à "loucura", os "loucos" da cidade, "[...]eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um louco submetido a tratamento (AMARANTE, 1994, p. 74)."

Mesmo à luz dos conhecimentos atuais, pode-se aceitar que aquela interferência da medicina brasileira nas questões relativas à doença mental pode ser entendida como de importância significativa. A despeito do fato de a "loucura" não poder ser tratada unicamente pela via médica, como se acredita hoje — por não lhe ser exclusiva —, entender o "louco" como doente permite que se atue de maneira pragmática. Pois,

Supondo-se que a elaboração de representações, concepções acerca do objeto sobre o qual se atuará — independentemente do caráter menos ou mais científico de que elas se possam revestir — seja um passo necessariamente prévio à atuação propriamente dita, é natural que teorias tão opostas[...]tenham em comum esse caráter instrumental (GONÇALVES, 1994, p. 43).

Instrumental este que, pode-se acrescentar, afora certas peculiaridades inerentes as respectivas atividades profissionais voltadas para o atendimento em saúde mental, assemelha-se, em seu uso, ao de um ato médico.

Não obstante a referência maior seja feita ao Rio de Janeiro, na questão relativa às atitudes frente a doença mental, cabe à São Paulo, 1831, o mérito de protagonizar o surgimento da primeira manifestação legal destinada aos cuidados a estes doentes: separá-los dos demais presos bem como eliminar o uso de correntes para os mais agitados. (MEDEIROS, 1977, p. 103)

Mas foi no Rio de Janeiro, provavelmente em decorrência, também, da já formada opinião pública, evidenciando preocupação e interesse em relação à doença mental, a autoridade máxima, na figura do Imperador, fez surgir o Hospício de Pedro II. O Imperador Dom Pedro II, com o Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, funda, no Rio de Janeiro, o hospital destinado exclusivamente para os doentes mentais. De uma certa forma, torna-se clara a aceitação da responsabilidade por parte do governo central. O Estado não só tomava para si a liderança dos cuidados, mas, também, distinguia o doente mental em relação aos demais doentes. O doente mental seria deslocado do hospital geral, impedido de retornar à prisão, e acomodado em hospital construído especificamente para ele. Tornava-se claro, portanto, a natureza médica do que acontecia a alguns desafortunados. Ficava sob a responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia, órgão assistencial de serviço público, que passaria acumular tal função aos cuidados já dispensados aos órfãos, aos enjeitados, aos doentes em geral, aos presos, e aos velhos. (MEDEIROS, 1977, p. 104)²

Cândido José de Araújo Vianna, Ministro de Estado dos Negócios do Império, e Francisco Gonçalves Martins, Secretário, foram os que assinaram, respectivamente, o Decreto N.º 82 e o Decreto N.º 1.077 de 04-12-1852. Este último decreto aprovava e mandava executar os estatutos do Hospício (que foi inaugurado no dia seguinte). Autorizava a organização de um regimento interno provisório que deveria ser alterado, conforme a necessidade, no prazo de três anos, sendo então levado ao Governo Imperial. No entanto, só em 14-03-1858 o citado regimento foi concluído. (MEDEIROS, 1977, p. 104)

² Cf. MEDEIROS, Tácito Augusto, Op. cit., que utiliza como referência os trabalhos de LOPES, I., C. Notícia histórica da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. *Arq. Bras. Neurol. Psiqu.* Rio de Janeiro, v. 22, p. 79-118, 1939. – MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (Republicado). *Arq. Bras. Neurol. Psiqu.* Rio de Janeiro, n. 38, p. 65-101, 1955. – OLIVEIRA, F. L. O. Seis meses de trabalho no INPS. *Previdência Social*. Rio de Janeiro, n. 1, p. 9-19, 1967. e, OLIVEIRA, M. V. C. *A previdência social brasileira e sua nova lei orgânica*: Exposição. Interpretação. Rio de Janeiro: Record, 254 p., 1961.

Apesar disso, não se pode negar a boa intenção e genuíno interesse humanístico dispensado aos doentes mentais, pelo menos no início. Pois, conforme PAIM (1991), durante o período de 10 anos que durou a construção do Hospício Pedro II, a Mesa diretora da Santa Casa de Misericórdia deliberou enviar à Europa o médico Antônio José Pereira das Neves para estudar o tratamento dos doentes mentais. Visitando os hospícios mais importantes, deveria observá-los e relatar o que visse. Uma consequência triste do fato de o Hospício ficar sob o comando do Hospital da Santa Casa de Misericórdia foi o atraso de mais de quarenta e cinco anos no desenvolvimento da psiquiatria brasileira. Poucos dias após sua inauguração em 05-12-1852, 6 irmãs de caridade foram transferidas do Hospital Geral para o Hospício. Pouco a pouco os laços entre o Governo Imperial e o novo estabelecimento hospitalar foram enfraquecendo, desaparecendo por completo. As autoridades públicas perderam o poder de sua administração. Alguns anos depois, suas portas só se abriam para os que podiam pagar ou para favorecidos pela proteção dos poderosos. Assim, um hospital destinado aos desfavorecidos, deixou de fazê-lo, e, até 1887, as irmãs de caridade tinham controle, também, sobre o diretor e os médicos, caracterizando-se pelo exercício de um poder absoluto. (PAIM, 1991, p.10-11)

Em relação a estas últimas observações, encontradas em PAIM (1991), começa-se a observar, nos anos 1990, em Curitiba, algo que merece registro: hospitais, atendendo orientação legal, iniciam a redução de leitos hospitalares destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS); criam, em contrapartida, Núcleos de Atenção Psico-sociais (NAPS) e hospitais-dia; mantêm, porém, os mesmos leitos, destinando-os a particulares ou a convênios com empresas. Fazem-no como se entendessem não ser bom para o doente mental desfavorecido aquilo que continua sendo bom para o mais afortunado. Evidentemente seguem determinações legais.

Voltando-se, porém, aos primórdios de nossa psiquiatria brasileira, há um consenso de que, nos anos que se seguiram, não mudou muito a situação em relação ao doente mental. Autores há, que só identificam o objetivo exclusão social no que tange aos hospícios. Como um dos representantes desta visão, pode-se citar RESENDE (1994, p. 38-39), que se mostra bastante cáustico, ao longo de seu texto, ao expor uma visão histórica em relação à política de saúde mental no Brasil. Enfatiza "um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades". Coloca em segundo plano "os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos."

Assinala, este autor, entretanto, três proposições que entende como “contraditórias entre si”: “indicação prioritariamente social, remoção e exclusão do elemento perturbador, visando a preservação dos bens e da segurança dos cidadãos”; “uma indicação clínica, a intenção de curá-los”; e, finalmente, “a proposta de minorar-lhes o sofrimento, na tradição das instituições de caridade brasileiras”. O apelo emocional continua evidente em vários trechos, como o que segue:

Ao abrir este trabalho, falei da minha preferência pela expressão *tendência* como mais representativa da realidade do que o termo *política* e creio já ser possível, a partir do que já se disse, extrair uma primeira conclusão, talvez a mais importante.

Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores. A história da assistência ao doente mental neste país, repita-se, não passa de uma monótona sucessão de volteios em torno desse tema central e, desde que enxugada da exaustiva citação de datas e decretos de criações de instituições (mais cabível numa tese acadêmica do que neste texto), caberia com sobras numas poucas páginas (RESENDE, 1994, p. 36).

E mais adiante:

Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista, os demais não entrando nem mesmo para legitimá-los. A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza. Uma das mais marcantes evidências desta afirmação é a constituição da sua clientela no período; tratava-se sobretudo de homens livres, os escravos, uma raridade. Muitos deles classificados como ‘pobres’; mas, entre estes, poucos negros, a maioria mestiços e mesmo europeus e brasileiros de ‘raça pura’, uma amostragem fiel daqueles grupos de indivíduos que, na descrição de Caio Prado Jr., formavam a população errante dos marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem-trabalho.

Além disso, do mesmo modo como no período anterior, persistiram as denúncias de maus tratos, imundície, superlotação, baixa qualificação e truculência dos atendentes e falta de assistência médica. No Hospício D. Pedro II os doentes eram vítimas ‘das camisoladas de força, os jejuns impostos, as cacetadas, os maus tratos e até o assassinato’[...]RESENDE (1994, p. 39)

Tácito Augusto de MEDEIROS(1977, p. 105) enfatiza o fato de que o “hospício”, “asilo”, anexo ao Hospital da Santa Casa, possuía as grades das prisões. Assinala o fato de que o Hospício de S. Pedro, no Rio Grande do Sul, era chamado de “O Cadeião”; que os funcionários mais numerosos fossem os responsáveis pela guarda e vigilância; que os enfermeiros eram escolhidos pela sua força física; que os doentes ao serem transferidos do Hospital de S. Pedro de Alcântara, em Recife, para o novo Hospício da Visitação de Santa Isabel, em Olinda, tenham tido escolta policial; que na década de 70 (defesa de sua dissertação), as viaturas policiais serviam como substitutas de ambulâncias, no transporte de doentes mentais (pode-se dizer que o mesmo ocorre em 1998). Segundo o autor:

O hospício constituía-se em substituto das prisões, em um quase hospital, e em uma casa de beneficência e caridade. Juntava os componentes característicos de cada um desses tipos de estabelecimento. As grades, os altos muros, os cadeados, os guardas, os meios de intimidação, das prisões. Os médicos, os

tratamentos, dos hospitais. As intenções de caridade, o patrocínio de credos religiosos, próprios das obras humanitárias.

As contradições no desempenho desse triplice papel eram indisfarçáveis. Pretendia ser hospital, mas frequentemente lhe faltava médico e empenho curativo. Pretendia ser casa de caridade, mas reinava nelas o rigor e a intimidação (MEDEIROS, 1977, p. 105).

Como se vê, faltavam médicos. E os poucos disponíveis sem os recursos da moderna psicofarmacologia e socio-psicoterapias. Não é difícil supor, e compreender, que uma enorme dificuldade havia em se lidar com a doença mental. Aquilo, que nos anos 1990 pode ser visto como barbárie, possivelmente consistia em solução disponível na época. Lá e cá, no tempo, fenômenos semelhantes acontecem. Como se expõe a seguir, foi uma época em que também se reagiu contra os maus tratos ao doente. Tal reação persiste nos dias de hoje. Um fenômeno dialético, hospital/comunidade, parece uma constante que se estende de tempos remotos aos nossos dias. Portanto, parece que nada é novo.

Com uma aliança entre autoridades públicas e os médicos, informa, ainda, MEDEIROS (1977), pretendia-se superar uma prática eminentemente policial, própria das cadeias e presídios. Uma atuação médica constituir-se-ia num objetivo comum a ser alcançado. Exemplos desta aliança, no Brasil, podem ser apresentados: Lei Nº 12 de 18-09-1848 em São Paulo (mandava levantar planta e orçamento para construção de um hospício, além de mandar a Santa Casa recolher os loucos a seu Hospital); relatório do Senador Ambrósio Leitão Cunha, em 1864, à Assembléia Provincial de Pernambuco propondo a transferência dos doentes mentais para o Hospício de Olinda. Na Bahia, várias medidas tomadas para dar asilo aos alienados, como a mensagem do Presidente Antônio Coelho de Sá e Albuquerque, em 1863, propondo à Assembléia Provincial o asilamento dos loucos na Quinta dos Lázarus; a Assembléia aprovando verba orçamentária, em 27-05-1864, para construção do asilo; em 28-10-1866, a resolução 1001 autorizava o governo a adquirir chácara com vistas a construção do hospício; Lei 1080, de 28-07-1869 que autorizou a compra da chácara da Boa Vista, localizando-se o Asilo S. João de Deus. No Pará, a Lei Nº 1289, de 13-12-1886, e a Lei Nº 1214 de 01-12-1889, autorizavam o governo a construir um asilo. (MEDEIROS, 1977, p. 114)

Diferente do que aconteceu no Rio de Janeiro, continua MEDEIROS (1977), em São Paulo, o Hospício, desde o início esteve sob a tutela do Estado, e não da Santa Casa. No entanto, os objetivos, bem como o problemas, eram semelhantes. Logo se constatou que o simples criar de ambientes específicos para o alienado não era suficiente. A superlotação, que logo se instalava, ensejou novas medidas. As Colônias foram criadas, na periferia das cidades, tão logo se reconheceu a condi-

ção de "crônicos". Aconteceu em São Paulo, no Rio de Janeiro, e, logo, se estendeu para o restante do país.

Esperava-se uma solução com a chamada "Assistência Heterofamiliar". Fazia-se um pequeno pagamento às famílias humildes do interior, em troca de cuidados àqueles inteiramente rejeitados pela sociedade. Tentou-se também recolocar os doentes na sociedade, mediante dotações para auxílio aos "loucos" que saíssem curados, (como veio a ocorrer em São Paulo em 1900, 1901, 1902; entre 1914 e 1927 a assistência heterofamiliar contou com dotações orçamentárias). (MEDEIROS, 1977, p. 108)

Essas soluções no trato da doença mental, então, referem-se não propriamente à condição de "louco". O termo utilizado tem sido o de "rejeitado". Por outro lado, o termo "rejeição" ao doente mental parece que não tem sido colocado em referência à condição socioeconômica do paciente e sua família. Sendo a ênfase feita em relação ao status mental do mesmo. As soluções, como se viu acima, porém, foram as de proporcionar acolhimento ao paciente. Acolhimento esse entendido como merecedor de pagamento.

Inserir o paciente na sociedade exigiu, pelo que parece, satisfazer duas necessidades: que os "loucos" "saíssem curados", dos hospícios, e houvesse dotações orçamentárias. Conclui-se que, para soluções dessa natureza, devesse existir, por parte do Estado, a intenção de se preocupar com esses cidadãos. Conclui-se, também, que deviam existir condições de se obter a "cura" nos casos em que não fosse espontânea. Este segundo aspecto diz respeito ao profissional, principalmente a existência de instrumentos de trabalho e, principalmente, das condições materiais para a realização de sua tarefa.

Ao longo daquele período inicial, buscou-se outra solução para o problema doença mental. Semelhante ao que se pretende nos dias de hoje, apelou-se para a limitação de internações, via redução do número de leitos, como será visto a seguir.

Menos de dois anos após a inauguração do asilo no Rio de Janeiro, sua lotação estava completa. Em 04-09-1854 foi proibida a admissão de alienados sem a prévia autorização do Ministro do Império. Em 1862, o Governo Imperial e a Santa Casa concordaram que novas admissões só aconteceriam com a anuência do provedor. Utilizou-se, também, Asilos para Mendicidade e as cadeias públicas, para dar abrigo aos doentes rejeitados pelos hospícios. (MEDEIROS, 1977, p. 109)

A "Assistência Médico Legal a Alienados", foi criada pelo decreto 206-A de 15-02-1890. Em 1897 Teixeira Brandão já era seu diretor. Este decreto entende o Hospício Nacional (nome para o antigo Hospício Dom Pedro II, após a Proclamação da República) e as Colônias Conde de Mesquita e S. Bento como componentes desse órgão público. Assim também seriam todos os demais estabelecimentos psiquiátricos a serem criados pelo governo, na Capital Federal. Visava socorrer alienados sem auxílio público ou os que dessem entrada mediante contribuição. As colônias ficavam reservadas para os indigentes. (MEDEIROS, 1977, p. 111)

Com a Constituição de 24-02-1891 foi estabelecida a República sob regime federativo. Os Estados tornaram-se autônomos. A Igreja separou-se do Estado. Diferente do que ocorria na vigência da constituição de 25-03-1824, onde o artigo 5º unia o Trono e o Altar permitindo o controle das Santas Casas pelo poder monárquico, a nova constituição deu margem a que estas passassem a sofrer sérias dificuldades financeiras. Gozavam apenas de subvenções e isenção de impostos, insuficientes, gerando agravamento da situação dos hospícios, superlotados, sem condições higiênicas, propiciando alta mortalidade além de alta incidência de Tuberculose, como nos relata MEDEIROS (1977, p. 114).

Novamente, aqui, o problema social e econômico entra em jogo, e de maneira determinante. Fica a questão de se saber se o problema era realmente a doença mental. Fica a questão de se saber se o problema dizia respeito ao desinteresse, ou rejeição, por parte das autoridades públicas. Embora os textos façam referência explícita aos poderes constituídos, apreende-se, nas entrelinhas, que a eles cabia a responsabilidade no tocante aos cuidados com os doentes mentais. Devolvê-los à comunidade, porém, parece ter sido mais uma medida destinada a retirar do Estado o ônus financeiro do que propriamente uma sincera preocupação com a dignidade do cidadão "doente mental". Se bem que o termo cidadão não cabia, ou melhor, não era atribuída, a essa parcela da população brasileira. A utilização desse termo, em relação aos portadores de transtornos mentais, tem se mostrado um fenômeno relativamente recente na História brasileira. Assim mesmo por imposição legal, muito embora a lei seja um reflexo da cultura que a gerou.

É com Teixeira Brandão (na direção da Assistência Médico Legal a Alienados do Distrito federal) que a preocupação dominante manifesta pelos decretos e leis é a de dotar a Assistência de condições médico-assistenciais. Os Hospícios passaram a oferecer serviços médicos semelhantes aos hospitais gerais: em 1892, com o Decreto Nº 896 de 29-06-1892, autonomia ao serviço de laboratório e ao museu anátomo-patológico; em 1893, com o Decreto Nº 1559, de 07-10-1893, aumentado o núme-

ro de médicos, instituindo-se vagas para oftalmologista e de diretor de serviço sanitário e criando, também, o Pavilhão de Observações sob os cuidados da Faculdade de Medicina; em 1897, com o Decreto de 19-02-1897, os serviços criados são colocados sob a superintendência científica e administrativa do Inspetor geral da Assistência. (MEDEIROS, 1977, p. 111)

Algo semelhante tenta-se nos dias de hoje. Tentativas, evidentemente, destinadas a humanizar o atendimento psiquiátrico. Na década de 90, dos anos 1900, os hospitais psiquiátricos são estimulados a diminuir seus leitos aos doentes mentais, substituindo-os por leitos destinados a medicina somática em geral. Determina-se que hospitais gerais passem a oferecer leitos, limitados a 10% de sua disponibilidade, aos pacientes portadores de "sofrimento psíquico"³

Por outro lado, observa-se, em nossa história, idas e vindas, pois, nova reforma do regulamento da Assistência a Alienados, realizada pelo Ministério do Interior, reduziu o pessoal e retirou os serviços de oftalmologia, ginecologia e laboratório anátomo-patológico. Foram parte das medidas para reequilibrar a economia nacional, estes cortes que atingiram as instituições psiquiátricas, durante o governo de Campos Salles. A assistência psiquiátrica começou a se degradar. (MEDEIROS, 1977, p. 111)

A caridade, a preocupação com o doente mental, novamente foi afetada desastrosamente por interesses de natureza econômica.

Como seria de se esperar, alguns anos depois, em 1902, durante o Governo Rodrigues Alves, um inquérito deixou claro que o Hospício Nacional não passava de uma casa para detenção de loucos, não dispendo de tratamento conveniente, disciplina ou fiscalização. (MAIA, 1961, p.133)

Rodrigues Alves decide reformular a assistência psiquiátrica nomeando Julianio Moreira como diretor do Hospício Nacional, designando-o para a direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados em 1903. Criam-se novos asilos, reorganizam-se os existentes e busca-se a legitimação jurídico-política da psiquiatria no Brasil. Novo ímpeto é dado à psiquiatria. Em 1903 é promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados. Lei Nº 1132, de 22-12-1903, reorganizando-se a assistência aos alienados. (AMARANTE, 1994, p. 77)

Responsabilidade do serviço público, então, bem como comando médico, foi a tendência que se estendeu pelos demais Estados brasileiros. (MEDEIROS, 1977, p. 113)

³ Vide, como exemplo, o que determina a Lei Estadual-PR, Nº 11189, em ANEXO 5.

Muito embora o velho — e por que não atual? — hábito de se economizar com a saúde do povo tivesse sido colocado em prática, estava consolidado o comando dos médicos nas questões psiquiátricas.

Um outro nome importante deste início de século é Gustavo RIEDEL. Fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923. Firmava-se o movimento da higiene mental no Brasil, que não se preocupou apenas com o doente, como era a orientação que Riedel havia imprimido (aperfeiçoar a assistência aos doentes), mas preocupou-se, também, com a sociedade, adotando uma postura marcadamente eugenista. Esta última postura desnuda-se pelos projetos que, a partir de 1926, começaram a ser elaborados pelos psiquiatras da Liga: estes projetos excederam-se em relação ao que era inicialmente aspirado; visavam à prevenção, à eugenia e à educação dos indivíduos. (COSTA, 1981, p. 28)

Juliano Moreira, que ocupou a direção da Assistência Médico-Legal dos Alienados por 27 anos, até 1930 (momento em que foi destituído pelo governo provisório de Getúlio Vargas), trouxe para o Brasil a visão, ou escola, alemã de psiquiatria, a qual substituiu a francesa, trazida por Teixeira Brandão. Disto resultou, de sua influência, importante fator para a discussão etiológica das doenças mentais: uma visão biológica, explicando tanto a doença mental quanto múltiplos aspectos dos fatos sociais. (AMARANTE, 1994, p. 77)

3.1.1 MUDANÇAS RECENTES QUANTO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Segundo ROCHA (1979), situa-se no final dos anos 60 e começo dos anos 70 o início dos debates em torno da Psiquiatria Comunitária. A discussão se manifestava em congressos bem como em alguns hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde. Chegava-se ao consenso de que havia incompatibilidade entre o modelo asilar e os princípios da Psiquiatria Social. Tendo, esta, inspiração nos conceitos de prevenção oriundas da Saúde Pública.

Para VAISSMAN (1983, p.36-38), a Previdência Social teve como primeiro ato, no que diz respeito à Saúde Mental, a Resolução de Serviço CD/DNPS 942/62 (Normas Gerais para a Prestação da Assistência Médica aos Doentes Mentais). Estas normas, em um enfoque de prevenção, disciplina a assistência psiquiátrica. Determina que o seu desenvolvimento ocorra em ambulatórios, locais de trabalho, domicílio do segurado e, também, nos hospitais gerais.

Havia, pelas referidas Normas, segundo a autora, uma preocupação em priorizar o ambulatório que, usando de recursos modernos, evitaria uso excessivo de leitos hospitalares. Existia a preo-

cupação, também, em valorizar o hospital-dia. Os pacientes agudos deveriam ser atendidos preferencialmente em hospitais gerais, com um tempo de internação não superior a 120 dias. Quanto aos crônicos, propunha seu encaminhamento aos hospitais-colônia. Estes hospitais deveriam dispor de lugares distintos para psicóticos e para neuróticos. Além do mais, as normas estabeleciam, como necessidade, amplos espaços que seriam destinados à agropecuária, ao artesanato e à terapêutica ocupacional.

Somente em 1965, segundo a mesma autora, estas Normas foram operacionalizadas, através da IS nº 004 do IAPI. (Este foi o único instituto que mostrou interesse em sua execução). No entanto, em que pese o interesse pelo tratamento ambulatorial, hospital-dia e internações em hospitais gerais, a questão da prevenção não foi cogitada por falta de recursos.

Mais de trinta anos se passaram e não há, ainda, um perfeito assentamento dessas idéias. O que em 1998 pode ser entendido como moderno, já em 1965 — tirante o hospital-colônia — era proposto. Também o era a falta de recursos para a Previdência envolver-se com a problemática da prevenção primária, tal como acontece em 1998.⁴

De qualquer modo, iniciava-se a consolidação do movimento da Psiquiatria Comunitária.

Em 1973 a Previdência publicou o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica (ODS nº SAM 304.3, de 19-07-73). De inspiração no pronunciamento do Presidente Kennedy, em 1963, ao Congresso Americano, apresentava princípios da Psiquiatria Comunitária.(BRASIL, 1973)

O referido Manual privilegiava o atendimento extra-hospitalar; preconizava equipes multidisciplinares; propunha os três níveis de atendimento (prevenção primária, secundária e terciária); e estabelecia parâmetros de atendimento, entre as quais, salienta-se aqui, o mínimo de tempo para uma consulta: 10 minutos. Para cada 4 horas deveriam ser atendidos um mínimo de 10 pacientes e um máximo de 15.

Com a Portaria 32/Bsb de 24-01-1974, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAN) apresentando-se como órgão normativo, preconizou a Psiquiatria Comunitária. Assessores de psiquiatria reuniram-se, anualmente, entre os anos de 1976 1978, com a coordenação da Equipe de Saúde Mental da Secretaria de Assistência Médica, trocando informações sobre os programas com vistas a

⁴ Conforme nos diz, relativo à "dengue" e outras questões da saúde, a Revista Veja, Editora Abril, ed. 1540, ano 31 n.º 13 de 1 de abril de 1998: **O grande desafio:** Em situação caótica, a saúde no país tem pouco dinheiro e ainda gasta mal o pouco que tem. p. 32-35.

uniformização da assistência psiquiátrica em cada estado. "Na verdade, nada do que fora proposto tecnicamente, foi aplicado"(VAISSMAN, 1983, p. 48).

Em 1978 foram emitidas as ordens de serviço: OS nº SAM 031.60, de 16-03-78 a OS nº INAMPS/SMS 49.1, de 29-12-78. As duas ordens de serviço pouco diferiam. Disciplinavam a assistência ambulatorial das cidades com mais de 140.000 habitantes. Equipes psiquiátricas, constituídas como pessoas jurídicas. O básico era composto por três psiquiatras e dois outros técnicos escolhidos entre psicólogo, assistente social, enfermeiro e logopedista:

3.1 - Da equipe psiquiátrica - como módulo básico, para cada três psiquiatras existentes na pessoa jurídica, deverá a equipe contar com um psicólogo e um assistente social cujas cargas horárias deverão ser, no mínimo, iguais à média das cargas horárias dos psiquiatras (BRASIL. INAMPS, 1978).

Em cidades pequenas aceitava-se o clínico geral como pessoa física. Era proposta a proximidade ao domicílio. A duração média das consultas ficava em 20 minutos (três consultas por hora) e 6 meses o período de tratamento, sendo 2 consultas por mês num total de 12 consultas. Esses prazos poderiam ser estendidos. Havia um estímulo às técnicas grupais em psicoterapia, sendo previstos grupos de 10 pacientes, sessões de, no mínimo, 60 minutos, com frequência semanal, num total de 40 atendimentos:

5.1 - O atendimento médico terá a duração mínima de 20 minutos, visando manter o parâmetro de três consultas/hora e, conseqüente melhor atenção médico-assistencial.

5.2 - É obrigatória a abertura de prontuário médico para cada paciente, onde figurem todos os atendimentos realizados pela equipe.

5.3 - Para cada paciente caberá o parâmetro de duas consultas mensais, em média.

5.4 - Cada período de tratamento terá a duração de 6 meses (12 consultas), podendo ser dilatado mediante justificativa e aprovação.

5.5 - Após a 6ª consulta, o paciente poderá passar a ser atendido em grupo desde que, avaliado previamente pela equipe (avaliação técnica e justificativa documentadas em prontuário), conclua-se que o paciente poderá se beneficiar com tal modalidade de atendimento psicoterápico (BRASIL. INAMPS, 1978).

Os grupos de famílias eram previstos (sem retribuição pecuniária) como uma obrigação na qualidade de terapia subsidiária aos recursos psicoterápicos. Não eram remunerados os testes psicológicos porque se considerava inerentes ao trabalho do psicólogo.

Os ambulatorios pessoa jurídica, credenciados, deveriam dedicar um mínimo de 8 horas mensais de atividades junto à comunidade com vistas à prevenção primária.

A retribuição de 10 Unidades de Serviço (US) por atendimento individual e de 10 US por paciente de grupo, pareceu interessar aos empresários de forma que houve pedidos de credencia-

mento. Destinava-se, o atendimento, prioritariamente, aos segurados ativos, egressos ou não de hospitais.

Dessa forma, também o atendimento extra-hospitalar era terceirizado (conveniado). É fácil concluir que, apesar de normatizado, o lucro ficava em primeiro plano. As “terapias de grupo” acabavam por se tornar “terapias em grupo”⁵, como podem se lembrar os que vivenciaram aquelas mudanças. O mesmo ocorria em relação ao atendimento hospitalar, onde até mesmo o diagnóstico era prejudicado no entrelaço de interesses financeiros, do qual parecia excluída a preocupação com o paciente. O diagnóstico de uma possível etiologia orgânica para uma patologia psíquica, ou até mesmo o diagnóstico de patologias somáticas, era prejudicado, pois

[...] surgiram umas tantas situações que se mostraram como desestímulo a melhor avaliação clínica — principalmente a limitação imposta pela Previdência no que se refere aos exames laboratoriais. De certa forma, os profissionais médicos são pressionados a não pedir exames ou a não tomar qualquer atitude médica que redunde em atraso de pagamento pela Previdência, em função da necessidade de justificar as requisições. (MADRUGA, 1983, p. 27)

Um avanço importante em direção a uma prática comunitária, pelo menos como discurso, foi a publicação da Portaria Interministerial 1369/79 (BRASIL. MPAS/MS, 1979). Entendia-se que os níveis de saúde mental bem como a recuperação dos transtornos mentais fossem vinculados aos padrões socioeconômicos e culturais das comunidades. A política de Saúde Mental deveria ter o seu desenvolvimento impulsionado pelos órgãos ligados ao Sistema Nacional de Saúde.

Essa portaria tinha como objetivo uma cobertura ampla da população, com ações de saúde mental vinculadas aos serviços gerais de saúde. Deveriam, tais ações, atingir todos os níveis de complexidade, até mesmo a participação da comunidade. Propunha a prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, bem como a reabilitação, com vistas à reintegração na família e no social.

As Secretarias de Saúde dos estados colaborariam no sentido de desenvolver as rotinas em relação às ações em saúde mental. Enfatizava a utilização de recursos extra-hospitalares. Os ambulatórios atuariam utilizando-se das mais variadas técnicas, tais como psicoterapias individuais e de grupo, bem como recursos fármaco-terápicos e terapia ocupacional.

⁵ Com esses dois termos faz-se referência à prática de, para o primeiro, utilizar-se técnicas grupais de atendimento que redundem em melhorias do indivíduo, e, para o segundo, o procedimento de atender o paciente, em consulta individual, na presença de terceiros. Sendo esta última, uma conduta eticamente questionável. Aceita-se o conceito exposto por D'ANDREA (1987, p. 109): “Psicoterapia de grupo é a forma de tratamento de distúrbios psiquiátricos que se realiza quando um terapeuta, apropriadamente treinado, reúne-se com um pequeno grupo de pacientes, cerca de dez, num lugar especial e por tempo determinado, a fim de trabalharem na busca de alívio para o sofrimento mental”. A Portaria Nº 224, de 1992, no entanto, também utiliza o termo “psicoterapia em grupo”.

Interessante era a proposta de que, no tocante às internações, se fossem inevitáveis, as mesmas ocorressem em "hospitais gerais", para um atendimento global do paciente. Observa-se, pois, que novamente o moderno se manifestava na forma de discurso. Neste sentido o mesmo ocorria em relação à clientela: era destacado a participação do paciente, de sua família e da comunidade. A reintegração social era o objetivo, e dar-se-ia via atividades oriundas de aspectos transculturais na comunidade. Isso tudo, sendo supervisionado pela atividade da psiquiatria nas mesmas.

Avanço mais significativo, no entanto, deu-se durante a década de 80. Um evento importante, a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre 17 a 21 de março de 1986, antecedeu a instituição de uma política de saúde descentralizada, via Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, finalmente, o Sistema Unificado de Saúde (SUS). Se pensarmos apenas na problemática do campo da Saúde Mental, verifica-se que o referido avanço deu-se somente no plano de discurso. Não se pode negar algum mérito: as AIS tiveram sua importância na medida em que foram precursoras de atos indispensáveis para se concretizar uma reforma sanitária. No que respeita à ações concretas, foram insuficientes.(RIBEIRO, 1995, p. 66, 71)

O SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) foi criado pouco antes do advento da Constituição de 88, época em que vigorava o antigo Sistema Nacional de Saúde.(CARVALHO, 1995, p. 22)

Foi prevista, então, a municipalização da rede pública de saúde com o decreto presidencial nº 94.657 de 20 de julho de 1987 (criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde). O INAMPS repassa, para aos governos estaduais e municipais, a incumbência de ser o responsável pelo atendimento direto ou indireto de ações de saúde. Participa na definição de políticas e, também, acompanha e controla os recursos financeiros.(CORDEIRO, 1991, p. 91)

Em 1988, com o texto constitucional, e em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde regulamentando a proposta da constituição, via SUS (Sistema Único de Saúde), inseria-se no papel a concretização da tão almejada reforma. Na prática, infelizmente, ainda se está muito longe de sua efetivação. Persiste a luta não dissimulada entre os interessados: os que desejam a medicina privada, mediada ou não pela Previdência (dizem respeito aos "ventos neo-liberais"), e os que pretendem-na como

uma rede de serviço público, oferecendo cuidados básicos destinado a toda a população. A saúde mental da população não é colocada à parte, pois insere-se nessa problemática ⁶.

3.2 ESBOÇO HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA CURITIBANA

Sendo uma cidade jovem, com trezentos anos de existência reconhecida, Curitiba requer algumas palavras sobre suas características:

A partir de 1640, mineradores oriundos do litoral fundaram vários povoados, como Vilinha e Atuba, no Primeiro Planalto, o de Curitiba. Foi por inspiração de Nossa Senhora da Luz, conforme nos diz a tradição. Tendo sido, segundo a mesma tradição, escolhido por um tuxaua tingüí, o local hoje denominado Praça Tiradentes. Tornou-se sede do município em 1693 após ter sido elevada à categoria de vila. Em 1842, contando com cerca de 5 mil habitantes, tornou-se cidade. (WACHOWITCZ, 1988, p. 101)

Em 29 de agosto de 1853, com a Lei Nº 704, assinada pelo Imperador, o Paraná desmembrou-se de São Paulo, tornando-se Província. Em 26 de julho de 1854, com a Lei Municipal Nº 1, Curitiba torna-se a capital. Em 18 de janeiro de 1894 perde a categoria de Capital do Paraná, voltando a ser em 29 de abril de 1894. (ANDRADE, 1997, p. 11)

Está localizada ao Sul do Brasil. Situa-se pouco abaixo do Trópico de Capricórnio. Sua área é de 432,17 Km², tendo infra-estrutura física e tecnológica de alto nível bem como indicadores sociais avançados. Sendo a quinta força econômica do país, colocando-se em posição vantajosa em relação aos principais mercados produtores e consumidores do país. O mesmo se dá em relação aos demais países parceiros do Mercosul. (GIS..., 1998)

O Município de Curitiba tem, numa contagem populacional de 1996, 1.476.253 habitantes, sendo 709.509 homens e 766.744 mulheres. (IBGE, 1998)

Fazem parte da Região Metropolitana, em um total de 25, os seguintes municípios:

⁶ O presente trabalho de pesquisa, oferece subsídios que podem ser incluídos na discussão: privatização X serviço público, em se tratando de atendimento em saúde mental. Como se verá mais adiante, com a leitura do capítulo "resultados e conclusões": a diversidade dos vínculos trabalhistas dos profissionais prestadores de serviço em saúde mental oferece vantagens e desvantagens, que, se devidamente estudadas, propiciariam a escolha de um esquema mais adequado. Possibilitando, assim, almejar qualidade de serviço.

Área conurbada (Localidades da área urbanizada contínua de Curitiba, como cidades vizinhas): Curitiba, Almirante Tamandaré, Colombo, Pinhais, Piraquara, São José dos Pinhais, Fazenda Rio Grande, Araucária, Campo Largo e Campo Magro.

Área não-conurbana (Demais localidades da região metropolitana): Dr. Ulisses, Adrianópolis, Cerro Azul, Tunas do Paraná, Bocaiuva do Sul, Campina Grande do Sul, Quatro Barras, Tijucas do Sul, Agudos do Sul, Mandirituba, Quitandinha, Contenda, Balsa Nova, Itaperuçu e Rio Branco do Sul.

Além de Curitiba, somente quatro, dos municípios vizinhos, oferecem serviços em Saúde Mental: Pinhais (Hospital), Piraquara (Hospital), São José dos Pinhais (Hospital) e Araucária (Ambulatório). Este último, oferece atendimento ambulatorial, particularmente a alcoolistas, apenas com psicólogos, assistentes sociais e atendentes de enfermagem. Os demais municípios servem-se do que é oferecido em Curitiba. São José dos Pinhais, além do grande Hospital (particular, conveniado), oferece um pequeno serviço ambulatorial em um posto de saúde ("Posto do Braga", como é conhecido o Centro de Saúde José Czczepanski).⁷

A cidade de Curitiba conta, para o atendimento da saúde mental da população, com ambientes diversos conforme atualmente se preconiza. Dispõe de hospitais psiquiátricos para internação integral, hospitais-dias, Núcleos de Atenção Psico-sociais (NAPS) e ambulatórios. Todas essas modalidades tem representantes do serviço público (com exclusão do hospital-dia) e da iniciativa privada. No final desta seção serão apresentados dados em relação aos serviços.

3.2.1 O INÍCIO

Pode-se situar o nascimento formal da psiquiatria em Curitiba aos primeiros movimentos da psiquiatria no Estado do Paraná.

Preocupações com a assistência aos então denominados "psicopatas", no Paraná, já existiam há bastante tempo. Um relato de Francisco NEGRÃO (1933), citado por ERVEN (1948, p.5), a respeito do relatório presidencial, pode situar em 1857 o início formal de uma movimentação no sentido de resolver problemas de atendimento em psiquiatria: "Ao engenheiro Frederico Hegreville foi dado o encargo de apresentar a planta da obra de uma enfermaria para alienados"(NEGRÃO, 1933, p. 9).⁸

⁷ Pesquisa de Campo.

⁸ NEGRÃO, Francisco. *Memória da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba*. Ed. 1933, p. 9. Apud ERVEN, Herbert Munhoz van. *Contribuição ao histórico do Hospital de Nossa Senhora da Luz: de Curitiba – Paraná – Brasil*. Curitiba: Publicação do Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico Paranaense, Do Centro de Letras do Paraná e do Circulo de Estudos "Bandeirantes", 1948, p.5, 38 p.

Naquela época, os doentes mentais eram alojados no próprio Hospital da Misericórdia, que se mostrava "deficientíssimo". Situava-se na rua Direita (posteriormente Rua 13 de maio). Prédio que fora doado, em 1855 (três anos após a fundação da Irmandade da Santa Casa) pela Loja Maçônica "Candura Curitibana". (ERVEN, 1948, p. 5)

Aspecto interessante e bastante humano se constitui em uma forma de elogio a uma pessoa que apresentara transtorno mental e se recuperara. Segundo ERVEN (1948), o construtor do novo hospital, José Cândido da Silva Murici, em 1876,

[...] após elogiar o enfermeiro Laurentino José da Silva, dá-nos a seguinte notícia:

'O outro é a ex-demente *Marcolina*, enfermeira e cosinheira (sic), que havendo se oferecido para servir gratuitamente por um ano como enfermeira, em sinal de gratidão pelos serviços recebidos da Santa Casa, onde recuperou a razão, entretanto tem contribuído (sic) por 4 anos consecutivos em tão piedosa e humanitária tarefa, sempre com o mesmo zelo (sic) e com a mesma boa (sic) vontade, sem remuneração alguma, contentando-se com o alimento que se lhe manda dar e com um pequeno presente que lhe faço ao fim do ano' (ERVEN, 1948, p. 5-6).

"A idéia da hospitalização especial para os enfermos mentais não deixou nunca de preocupar os dirigentes da Irmandade da Santa Casa, entidade resultante da transformação (em 1857) da 'Fraternidade Curitibana', já existente antes de 1843", continua ERVEN (1948). E mais adiante:

Nota o relatório do presidente da Província, em 1861, que "a não ser um ou outro louco que ali (Hospital de Caridade) foi entrado e que tem sido sustentado pelos cofres da Província, não consta que tratasse de enfermo algum a respectiva Irmandade". E, assim, recolhidos os psicopatas a quartos fortes do Hospital de Caridade, inaugurado por suas Magestades Imperiais em 22 de Maio de 1880, encontrou a república o problema da assistência aos doentes mentais no Paraná, equacionado na construção de uma Enfermaria especializada.

Uma idéia apenas.

Iniciar-se-ia o novo século com a idéia ampliada para um hospital e sua concretização condicionada a possibilidades financeiras (ERVEN, 1948, p. 6).

Coube a Alberto José Gonçalves, monsenhor, na provedoria da Santa Casa no decênio 1898-1908, a iniciativa para o surgimento do Hospital Nossa Senhora da Luz. Inaugurou-se o Asilo de Alienados de Nossa Senhora da Luz (seu primeiro nome) em 25 de março de 1903. Em 4 e 5 de abril, do mesmo ano, recebeu os doentes vindos do Hospital de Misericórdia. Situava-se no "subúrbio do Aú" (em 1998, é um bairro denominado Ahú), um edificio monobloco. No final do ano tinha 25 internados. O "nosocômio especializado" funcionou apenas 4 anos nesse endereço. Em 1905, o governo estadual acertou uma indenização para transformar o prédio em uma penitenciária, resolvendo um problema também sério: a falta de acomodação para criminosos. A irmandade passou a construir "os edificios do novo hospício, já então com acentuado cunho clínico, fruto das observações feitas, em São Paulo, pelo dr. Rodolfo Pereira Lemos no estabelecimento oficial congênere (Juqueri) devido ao preclaro mestre

Franco da Rocha". Os novos prédios erigiram-se nos terrenos do "antigo Prado de corridas". Os pavilhões 4 e 5 foram construídos em 1914 e 1931, respectivamente. Em 1916 um incêndio destruiu grande parte das construções. (ERVEN, 1948, p. 6-12)

Também em Curitiba, como se expôs, surgiu uma preocupação humanitária, sem que se perceba uma tentativa de excluir o doente mental. No entanto, como um repetir, o fator socioeconômico esteve envolvido. Os cuidados começaram como uma iniciativa filantrópica.

Com o Decreto Lei nº 615, de maio de 1947, criou-se a Secretaria da Saúde e de Assistência Social uma "promoção" à categoria de Secretaria de Estado, do antigo Dep. Estadual de Saúde. Seu organograma contemplava questões de saúde mental: Departamento Administrativo, Departamento de Saúde, Departamento Estadual da Criança, Departamento de Higiene Mental e Assistência a Psicopatas e Departamento de Assistência Social. (FERNANDES, 1987, p. 45)

Na época, segundo FERNANDES (1987), assumiu a direção do recém criado Departamento de Higiene Mental e de Assistência a Psicopatas o médico Jayme Drummond de Carvalho, cargo que acumulou com a Chefia do Departamento Estadual de Saúde. Ao mesmo tempo eram iniciadas as obras para a construção do Hospital Psiquiátrico do Estado. O local escolhido foi o Bairro do Canguiri, Município de Pinhais. O hospital recebeu o nome de Aduino Botelho, em homenagem a Aduino Botelho, na época Diretor do Departamento Nacional de Saúde Mental, que muito contribuiu para a construção. Outro nome de importância foi o de Arnaldo Gilbert, de grande participação nos primeiros anos de atividade do Departamento de Higiene Mental e de Assistência Social. Psiquiatra dos quadros federais, ficou à disposição da Secretaria, radicou-se em Curitiba, vindo, posteriormente, a dirigir o departamento de Saúde Mental, o que fez, praticamente, até sua morte, muitos anos depois.

O Hospital Aduino Botelho foi finalmente inaugurado em 1954, na categoria de hospital modelo para o tratamento de doentes mentais. Por mais de dois anos não se encontrava similar em todo sul do Brasil. Com capacidade para 350 pacientes, logo atingiu cerca de 1000 internos, sendo transformado em uma instituição asilar clássica, pela incapacidade de atender a grande demanda. (FERNANDES, 1987, p. 62)

O desinteresse dos familiares em relação aos pacientes era tal que se constituiu um problema sério promover alta hospitalar pelos idos do final da década de 50. Uma das soluções foi a criação do "Trem da Alegria", apelido que foi dado ao resultado de um convênio firmado com a Rede Ferroviária Federal e com as principais Delegacias de Polícia dos principais troncos ferroviários do Estado.

Vinte egressos do sexo masculino eram colocados em um vagão, supervisionados por um funcionário do sexo masculino; vinte egressos do sexo feminino ficavam em outro vagão, sob a supervisão de uma funcionária, também do hospital. O trem que os conduzia dirigia-se ao Norte do Paraná. A polícia local, das principais cidades do trajeto, se encarregava de localizar a família dos pacientes ali deixados pelo trem. O resultado não foi a solução. Os pacientes acabavam perambulando pelas ruas das cidades. Retornavam ao Hospital Adauto Botelho em condições piores das que apresentavam no momento da alta. (FERNANDES, 1987, p. 62)

Tentou-se a limitação absoluta à internação. Não deu bom resultado. Os pacientes continuavam a chegar. As delegacias de polícia da capital ficavam repletas de pacientes, no aguardo de vagas no Hospital. O Hospital acabava por ceder às pressões, e a demanda reprimida ocasionava problemas mais sérios ao se aceitar a internação. (FERNANDES, 1987, p. 63)

O texto de Célia Maria Perracini de AZEVEDO (1991), psicóloga sanitária da Seção de Programas DNPA/DSSA/DSS, permite ter-se uma idéia de como evoluiu o atendimento ambulatorial. O restante desta subseção contém as informações ali contidas.

Segundo a autora, "antecedendo ao hospital", o ambulatório, no campo da saúde mental, foi o primeiro recurso psiquiátrico, em Saúde Pública, na Cidade de Curitiba.⁹ Em 2 de maio de 1944, sob a coordenação e responsabilidade de Arnaldo Gilberti, na época psiquiatra do Ministério da Saúde, assessorado pelo médico Adauto Botelho, na incumbência de implantar o serviço de Saúde Mental no Estado, criou o primeiro ambulatório de Saúde Mental do Estado do Paraná. Como anteriormente referido, Gilberti, além do pioneirismo, dedicou praticamente uma vida (cerca de 40 anos) em trabalho junto a Secretaria de Saúde do Paraná. Os primeiros atendimentos psiquiátricos em Saúde Pública, em Regime Ambulatorial, foram realizados em um prédio à Rua José Loureiro, localização deste primeiro ambulatório.

Gradativamente, o atendimento, inicialmente médico-psiquiátrico, foi sendo complementado por atendimento psicológico, depois pedagógico, por assistente social, por enfermeiros e outros.

Situa-se em 1966, fevereiro, o início do atendimento por parte de psicólogos. A psicóloga Nelly de Mattos Mehl teve para si a responsabilidade. A clientela era a de crianças, particularmente

⁹ Observe-se que o Hospital Nossa Senhora da Luz (1903) não é um hospital público. Além do mais, não houve construção de hospital psiquiátrico público em Curitiba. A autora provavelmente faz alusão ao Hospital Adauto Botelho ao informar que "[...] o ambulatório, antecedendo ao hospital, [...]". O Hospital Adauto Botelho (fundado em 1954), público, pertence à Pinhais, um município da Região Metropolitana de Curitiba.

portadoras de distúrbios de aprendizagem escolar. O setor de psicologia vinculava-se à Secção de Neuro-psiquiatria Infantil do Ambulatório de Saúde Mental, tendo como responsável o médico psiquiatra Célio Trujillo Costa.

Em dezembro de 1973 formou-se a primeira turma de psicólogos do Paraná. Um ano após, 1974, o Serviço de Psicologia foi oficializado, tornando-se autônomo e com certa independência dentro do Programa de Saúde Mental. Adultos e adolescentes passaram , também, a se beneficiar deste serviço.

Em 1976 outro importante evento se fez presente: inaugurou-se o Pronto Socorro Psiquiátrico, hoje denominado Centro Psiquiátrico Metropolitano, sob a sigla CPM.

Severo de Almeida Neto implantou o 1º centro de Recuperação de Alcoólatras, funcionando em nível ambulatorial.

Em 1988 criou-se o Núcleo de Estudos e Tratamento do Alcoolismo (NETA), serviço desenvolvido por uma equipe multidisciplinar: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e agentes de Saúde em alcoolismo.

Nesse mesmo ano, após a realização de um curso sobre atendimento psicopedagógico, o pedagogo voltou a fazer parte integrante da equipe de trabalho no Ambulatório de saúde Mental. Dez anos haviam se passado sem este profissional, pois na década de 70, por um curto período, um pedagogo participou dos trabalhos.

3.2.2 A MUNICIPALIZAÇÃO

Em junho de 1996 tornou-se oficial, em Curitiba, a “municipalização” em relação aos cuidados de saúde para sua população. A responsabilidade por tais cuidados foi assumida pela Secretaria Municipal de Saúde. Os documentos relativos ao trabalho foram transferidos, então, da Secretaria Estadual para a Secretaria Municipal, e ali passaram a ser gerados os novos documentos. Ficou a cargo da Secretaria Municipal de Saúde tanto o trabalho de promoção da saúde e de proteção contra as doenças, quanto a medicina curadora e reabilitadora (prevenção primária, secundária e terciária)

Seguindo a orientação geral do Sistema Único de Saúde, Curitiba oferece a população serviços próprios e particulares conveniados, os quais são predominantemente voltados para a prevenção secundária (consultas que objetivam diagnóstico e tratamento).

Durante os dias 25, 26 e 27 de abril de 1997, promovida pela Secretaria Municipal da Saúde e Conselho Municipal de Saúde, aconteceu a "I Conferência Municipal de Saúde Mental de Curitiba". Processo máximo de sensibilização, em que participaram a comunidade, técnicos de saúde, instituições públicas e privadas. Inúmeras foram as reuniões em vários pontos da cidade. Oito Conferências Distritais, as quais produziram seus Planos Distritais de Saúde Mental, subsidiando a Conferência Municipal de Saúde. Estes dados foram levantados pela população bem como utilizaram-se dados técnicos. Propõe, entre outras medidas, equipes básicas, nos postos de saúde 24 horas, para cuidar da saúde mental comunitária e pronto atendimento.

3.2.3 AMBIENTES TERAPÊUTICOS

Apresenta-se a seguir, na forma de quadros, informações relativas a disponibilidade em ambientes terapêuticos do Município de Curitiba, com atualização em março de 1998:

QUADRO 01 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. AMBULATÓRIOS:
ANO DE INÍCIO DAS ATIVIDADES E MOVIMENTO DIÁRIO. MARÇO-1998

AMBULATÓRIOS	Início das atividades	Movimento / dia
1-Ambulatório do Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM)	1976	75/dia
2-Ambulatório do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da U.F.PR	1989	50/dia
3-Ambulatório da Clínica Ômega	1994	50/dia
4-Ambulatório do Hosp. Pínel LTDA	1996	20/dia
5-Ambulatório do Hosp. N ^{sa} . Senhora da Luz/Dom Alberto*	1998	35/dia
TOTAIS		230/dia

FONTE: Pesquisa de campo. Dados levantados junto à secretaria ou departamento de pessoal de cada um dos serviços.

NOTA: * Dois hospitais em um mesmo e amplo edifício.

QUADRO 02 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. AMBULATÓRIOS:
CATEGORIAS PROFISSIONAIS. MARÇO-1998

AMBULATÓRIOS	MClI	MPsq	AS	Psc	Enf	AuxE	TecE	AtE	Lud	TO	Msic	Fis
CPM		17	05	09	01	27				01		
Hospital de Clin. UFPR		04										
Ômega		02	01	06								
Pínel		02	01	04								
N ^{sa} . S ^{ra} . da Luz		04	01	02								
TOTAIS		29	08	21	01	27				01		

FONTE: Pesquisa de campo. Dados levantados junto à secretaria ou departamento de pessoal de cada um dos serviços.

NOTAS: Profissionais:

- **MclI**= Médico Clínico; **MPsq**= Médico Psiquiatra; **AS**= **Psc** **Enf**= Enfermeiro de nível superior (Padrão); **AuxE**= Auxiliar de enfermagem; **TecE**= Técnico de enfermagem; **AtE**= Atendente de enfermagem; **Lud**= Ludoterapeuta; **TO**= Terapeuta ocupacional; **Msic**= Musicoterapeuta; **Fis**= Fisioterapeuta.

QUADRO 03 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. HOSPITAIS-DIA E NAPS: INÍCIO DAS ATIVIDADES E DISPONIBILIDADE DE VAGAS/DIA. MARÇO-1998

HOSPITAIS-DIA	Início das atividades	Vagas/dia
1- Clínica Heidelberg ¹	1978	(40)
2- Pinel ²	1996	(45) 60
3- N ^{sa} . Senhora da Luz/Dom Alberto ³ 1998		(40) 60
TOTAL		(125)

NAPS	Início das atividades	Vagas/dia
1- Afetiva ⁴	1993	(60)
2- CPM ⁵	1994	(45) 60
3- Ômega ⁶	1994	(60)
TOTAL		(165)

FONTE: Pesquisa de campo. Dados levantados junto à secretaria ou departamento de pessoal de cada um dos serviços.

NOTAS: Ambientes terapêuticos:

- **NAPS** = Núcleo de Atenção Psico-Social

- () = Vagas destinadas ao SUS

- ¹- Hosp.-dia da Clínica Heidelberg; ²- Hosp.-dia do Hosp. Pinel LTDA; ³- Hosp.-dia do Hospital Nossa Senhora da Luz/Dom Alberto (2 hospitais em um mesmo e amplo edifício); ⁴-NAPS da Clínica Afetiva; ⁵- NAPS do Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM); ⁶- NAPS da Clínica Ômega.

QUADRO 04 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. HOSPITAIS-DIA E NAPS: CATEGORIAS E NÚMERO DE PROFISSIONAIS. MARÇO-1998

HOSPITAIS-DIA	Mcli	MPsq	As	Psc	Enf P	AuxE	TecE	AtE	Rel	TO	Msic	Fisio
1- Cl.Heidelberg ¹		02	01	01	01	01				01		
2- Pinel ³		03	02	01						01		
3- N ^{sa} S ^{ra} da Luz ²	01	01	01	01	01	02				01	01	
TOTAL	01	06	04	03	02	03				03	01	

NAPS	Mcli	MPsq	As	Psc	Enf P	AuxE	TecE	AtE	Rel	TO	Msic	Fisio
1- Afetiva ⁴	01	01	01	02	01	01						
2- CPM ⁵	01	01	02	01	00	04				01		
3- Ômega ⁶	01	01	01	02	01	01						
TOTAL	03	03	04	05	02	06				01		

FONTE: Pesquisa de campo. Dados levantados junto à secretaria ou departamento de pessoal de cada um dos serviços.

NOTAS: 1 Profissionais:

- **Mcli**= Médico Clínico; **MPsq**= Médico Psiquiatra; **As**= **Psc** **EnfP**= Enfermeiro de nível superior (Padrão); **AuxE**= Auxiliar de enfermagem; **TecE**= Técnico de enfermagem; **AtE**= Atendente de enfermagem; **Rel**= Religioso (sacerdote); **TO**= Terapeuta ocupacional; **Msic**= Musicoterapeuta; **Fisio**= Fisioterapeuta.

2 Ambientes terapêuticos:

- ¹- Hosp.-dia da Clínica Heidelberg; ²- Hosp.-dia do Hosp. Pinel LTDA; ³- Hosp.-dia do Hospital Nossa Senhora da Luz/Dom Alberto (2 hospitais em um mesmo e amplo edifício); ⁴-NAPS da Clínica Afetiva; ⁵- NAPS do Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM); ⁶- NAPS da Clínica Ômega.

QUADRO 05 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA: HOSPITAIS. INÍCIO DAS ATIVIDADES E DISPONIBILIDADE DE LEITOS. MARÇO-1998

HOSPITAIS	Início das atividades	Leitos Total ()=SUS	Leitos Alcolismo e Drogas Total	Leitos Drogas Masculinos	Leitos Drogas Femininos	Leitos Alcool Masculinos	Leitos Alcool Femininos	Leitos Psicóticos Masculinos	Leitos Psicóticos Femininos	Leitos Idosos	Leitos Adolescentes	Leitos Crianças
1- N ^{sa} . S ^{ra} da Luz	1903	(570)	95 em total			em total		346	224			
2-N ^{sa} . S ^{ra} da Glória	1942	(220)	116 em total			em total			104			
3-Bom Retiro	1945	(170)						56	114			
4-Adauto Botelho	1954	(283)	40 em total			em total		90	133		20	
5-Pinheiros	1970	(584)	182 em total			em total		238	164			
6-Pinel	1973	280 (233)	154 em total	em total	em total	em total	em total		79			
7-São Julian	1973	(400)	227 em total			em total		173				
TOTAL		(2460)	814					903	818		20	

FONTE: Pesquisa de campo. Dados levantados junto à secretaria ou departamento de pessoal de cada um dos serviços.

NOTAS: 1- Hospital Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto (2 hospitais em um mesmo e amplo edifício) (Curitiba); 2- Hospital Nossa Senhora da Glória (Curitiba); 3- Hospital Espirita Bom Retiro de Psiquiatria (Curitiba); 4- Hospital Colônia Adauto Botelho (Pinhais); 5- Hospital Pinheiros LTDA (São José dos Pinhais); 6- Hospital Pinel LTDA (Curitiba); 7- Hospital de Neuro Psiquiatria do Paraná (Hospital São Julian) (Piraquara).

QUADRO 06 - AMBIENTES TERAPÊUTICOS EM PSIQUIATRIA NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA: HOSPITAIS. CATEGORIAS E NÚMERO DE PROFISSIONAIS. MARÇO-1998

HOSPITAIS	MClí	MPsq	As	Psc	Enf P	AuxE	TecE	AtE	Rel	TO	Msic	Fisio
N ^{sa} . S ^{ra} da Luz ¹	08	16	05	05	12	62	17	38	04	05	03	01
N ^{sa} . S ^{ra} . da Glória ²	01	08	02	04	03	12		11		4		
Bom Retiro ³	02	10	04	09	07	52	03	05	01	03	01	01
Adauto Botelho ⁴	14	12	04	05	07	35	01	67		04		01
Pinheiros ⁵	05	15	06	07	14	79	10	30		07		
Pinel ⁶	01	05	04	03	03	36	01	00		02		
São Julian ⁷	03	10	04	08	07	50	10	0		04		
TOTAL	34	76	29	41	53	326	42	151	05	29	04	03

FONTE: Pesquisa de campo. Dados levantados junto à secretaria ou departamento de pessoal de cada um dos serviços.

NOTAS: 1- Hospital Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto (Curitiba); 2- Hospital Nossa Senhora da Glória (Curitiba); 3- Hospital Espirita Bom Retiro de Psiquiatria (Curitiba); 4- Hospital Colônia Adauto Botelho (Pinhais); 5- Hospital Pinheiros LTDA (São José dos Pinhais); 6- Hospital Pinel LTDA (Curitiba); 7- Hospital de Neuro Psiquiatria do Paraná (Hospital São Julian) (Piraquara). MClí= Médico Clínico; MPsq= Médico Psiquiatra; As=Assistente social; Psc=Psicólogo; EnfP= Enfermeiro de nível superior (Padrão); AuxE= Auxiliar de enfermagem; TecE= Técnico de enfermagem; AtE= Atendente de enfermagem; Rel= Religioso (Sacerdote); TO= Terapeuta ocupacional; Msic= Musicoterapeuta; Fisio= Fisioterapeuta.

3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A produção científica sob o tema genérico “avaliação”, relativamente à saúde, mostra-se diversificada em relação ao objeto específico e à metodologia. Muitos trabalhos referem-se ao atendimento médico em geral, outros ao atendimento oferecido ao portador de transtorno mental. Em relação à Saúde Mental, é possível complexa classificação, como a que realiza VASCONCELOS (1995).

Seja qual for o objeto específico de estudo, em se tratando de avaliação em saúde mental, um problema mostra-se evidente aos pesquisadores (ELZINGA; BARLOW, 1991): como emitir um juízo a respeito de um objeto tão complexo, em sua estrutura, quanto multifacetado? Trata-se da relação entre partes que se posicionam de acordo com interesses dos mais variados. Alguns lícitos e outros ilícitos. Alguns bastante objetivos, detectáveis e apreendidos como real, e outros tantos fazendo parte dos fenômenos da intersubjetividade. Pois é esta a finalidade de uma avaliação: emitir um juízo. Uns tantos, juízos de valor; outros tantos, juízos de realidade. É em função disto que a situação se torna problemática, pois a dificuldade não se limita às questões relativas à complexidade do objeto. Deve-se também ao referencial no qual se apoia o juízo emitido. Em linhas gerais, o referencial é o plano de saúde adotado. Como os planos visualizam objetivos, metas a serem alcançadas, fazem com que, visto superficialmente, possa parecer fácil: é só atingir o objetivo que a avaliação, com certeza, afirmaria que o plano recebera nota máxima. Pois,

“Definir o que é bom, independentemente da área em que se esteja atuando, sempre é uma questão complexa que envolve interesses conflitivos. A avaliação dos serviços de saúde não tem como se afastar dessa regra geral. Buscar uma definição categorial do que seja um bom serviço de saúde é uma tarefa inalcançável, uma vez que o conceito do bom serviço de saúde é da ordem do ideal (GERALDES, 1995, p. 323) ”.

O melhor que pode ser feito é, como propõe NOGUEIRA (1994, p. 17), analisar as respostas oferecidas a “uma longa listas de questões” que dizem respeito à opinião de usuários, de prestadores de serviço, comunicação entre eles sobre a prestação do serviço, bem como a preocupação da gerência “em prover condições de aperfeiçoamento contínuo de seu pessoal”. Só assim, nos diz o autor, seria possível verificar se a unidade de saúde está no caminho da “qualidade”.

Esse mister, porém, apesar de se afigurar como dotado de objetividade, isto é, voltado para o real, consiste em um proceder norteado por uma atitude eminentemente valorativa: buscar a qualidade de assistência. E aqui a dificuldade se insinua como não motivadora. De que maneira conceituar a boa assistência, distinguindo-a da má assistência em saúde? Em realidade, pressupõem-se que esta conceituação mostra-se explícita pela estrutura do plano de saúde concebido ou, até mesmo

levianamente, pela normatização em nível central, que mais das vezes não passa de um conceito operacional (uma norma federal, por exemplo, apoiada não tanto em aspectos técnicos, mas em necessidades políticas ou econômicas).

Sendo assim, para compreender as dificuldades enfrentadas pelos profissionais atuantes, é preciso relacioná-las com o planejamento das ações em saúde. Este poderá, quando posto em prática, ser a gênese de muitas das supostas dificuldades. Daí a necessidade de, previamente, fazer-se uma pequena digressão sobre os problemas que acompanham a tarefa de planejar. Acredita-se que seja importante, numa avaliação em saúde igual a do presente estudo, sua colocação no contexto relativo ao planejamento. Não se pode conceber um isolamento tão artificial a ponto de alienar as dificuldades enfrentadas por um profissional em saúde mental, em sua labuta diária, das decisões político administrativas em relação ao planejamento das ações em saúde. Os próximos parágrafos tratarão sumariamente desta questão, muito embora não seja, o planejamento dos serviços de saúde mental, uma das preocupações deste trabalho de pesquisa.

Quando se pretende planejar o atendimento em saúde, particularmente em saúde mental, depara-se com obstáculos a serem identificados e estrategicamente enfrentados. Tais obstáculos se afiguram como dificuldades, problemas a serem resolvidos. Dizem respeito a uma série de fatores, muitos dos quais inerentes à vida em sociedade. Uns compreensíveis e aceitáveis. Outros compreensíveis mas não aceitáveis, fazendo parte das ignomínias do ser humano.

As vertentes nas quais se apoiam as diretrizes destinadas à construção tecnológica voltadas para o atendimento em saúde mental, em linhas gerais, assentam-se em fatores tais como: técnico profissional, político partidário, socioeconômico, sociocultural, ético e moral, administrativo, religioso e tantos outros aspectos do viver em sociedade

Afora estes, aqui denominados como lícitos, outros fatores são identificados por GERALDES (1992, p. 127-130), que os designa como "entraves à organização do sistema de saúde brasileiro", ao fazer referência às dificuldades no planejamento em saúde, de modo geral. Pode-se estender sua colocação para o que acontece, especificamente, com a situação da saúde mental, um sub-setor do setor saúde. Estes "entraves", ele os classifica resumidamente da seguinte maneira:

Três grandes grupos:

1- Políticos

- a)- unificação dos serviços de saúde, de forma regionalizada e hierarquizada. Medida de consenso e de preceito legal. "...não saiu ainda do papel"; [ao que, pode-se acrescentar, só em 1997 começa a se esboçar, quando Fernando Henrique Cardoso, presidente do Brasil, 1995/98, determina que os municípios assumam o seu papel no gerenciamento da saúde; o gerenciamento será transferido paulatinamente do poder central para os municípios (SISTEMA..., 1997) (GESTÃO..., 1997)];
- b)- reforma sanitária nos Estados e Municípios, com posterior estabelecimento de sistemas de referências e contra-referências, fazendo-se necessário organizar os sistemas estaduais e municipais; entende-se que ainda está em andamento;
- c)- organização dos diversos níveis de poder, federal, estadual e municipal (os três devem participar do planejamento, os dois últimos da execução, e o primeiro do financiamento);
- d)- subordinação do setor privado ao setor público: cabendo ao setor público a responsabilidade sobre o sistema, e o setor privado funcionando como complementar;
- e)- privatização maquiada do setor público (Prática que vem sendo aplicada. Contratação de firmas para executar tarefas tidas como ineficientes quando executadas por servidores públicos: vigilância, segurança, limpeza, conservação, manutenção, nutrição, etc. O custo é elevado. Teme, o autor, que chegue o dia em que apareçam firmas que ofereçam "os préstimos de anestesistas, cirurgiões, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, etc.".).

2- Administrativos

- a) regimento e organograma: imprescindível a organização interna das unidades de saúde;
- b) unidade gestora: instituir gestão própria nas unidades;
- c) orçamento: um orçamento-programa para cada unidade.
- d) financiamento: garantia de que o orçamento-programa será cumprido;
- e) planejamento: instituir sistema de acompanhamento de execução orçamentária e financeira, bem como o controle (custos e sistema de avaliação de desempenho, informações epidemiológicas, e outros);
- f) isonomia salarial: diferente do que hoje ocorre (diferenciação salarial conforme o órgão público), a diferenciação salarial deve ser apenas em relação ao tempo de serviço;
- g) direção: seria conveniente que a escolha fosse por instrumentos mais democráticos (concurso público). O autor pensa na necessidade de evitar as práticas de escolha por indicação político-partidária, laços afetivos, nepotismo e outros mecanismos, como as eleições pretensamente democráticas. Estes citados recursos privilegiariam tudo, menos os méritos e conhecimento.

3- Técnico

- a) pessoal qualificado: admissão só mediante concurso público;

b) reciclagem: aperfeiçoamento obrigatório;

c) formação de recursos humanos.

4- Moral

a)- corrupção: evita-se com processos administrativos burocráticos rápidos, ágeis, eficientes e transparentes.

O autor deixa claro que este resumo não explicita toda a problemática. E com o qual se concorda plenamente.

A inter-relação entre os diversos fatores possíveis, a influência relativa de cada um, variável de momento a momento, de local a local, impõem-nos uma situação em continua mudança. Em consequência, de equilíbrio só nos resta a possibilidade de um equilíbrio dinâmico, próprio dos "sistemas em regulação por interação multivariável" (BERTALANFFY, 1976, p. 13)¹⁰. Disso depreende-se a dificuldade em bem se planejar um serviço de saúde, em particular um serviço de saúde mental. Muito mais complexo quando o que está em pauta é o planejamento de saúde mental para uma comunidade com dimensões municipais, em especial um município capital de estado como a cidade de Curitiba. Acrescenta-se, aos complicadores, a existência de municípios satélites — e até mesmo municípios de outros estados — que, sem dispor de recursos, atrelam-se ao seu vizinho maior em uma relação de dependência, quando o assunto é a saúde mental de sua população.¹¹

Planejar um atendimento em saúde mental implica, também, levar-se em consideração a saúde como um todo, muito embora exista a tendência arraigada de se entender a saúde mental como uma questão à parte. Felizmente tem havido movimentos que forcem no sentido contrário à prática estabelecida. Esses movimentos dão sinais de virem a se impor e estão atrelados a um movimento mais amplo, aquele que parece ter como objetivo, entre outros, o respeito ao cidadão, sendo conhecido como Reforma Sanitária.

¹⁰ A propósito do conceito de "sistemas em regulação por interação multivariável".

¹¹ Cite-se, como exemplo, o Estado de Santa Catarina, que, na visão dos entrevistados, encontra-se "desinstitucionalizado" (num sentido anedótico), pois, segundo suas opiniões, não oferece tratamento eficiente aos doentes mentais os quais muitos se valem dos recursos curitibanos, acentuando a demanda. Salvo raros hospitais e precário atendimento em postos. O excerto de entrevista, a seguir, é elucidativo quanto às opiniões. Numa linguagem coloquial: "Procedência, a gente tem muita dificuldade com paciente procedente de outras cidades, de outros estados, né? De Santa Catarina, São Paulo... e até... sabe? Mato Grosso do Sul, e (rindo)... a gente tem muita dificuldade com esse tipo de paciente. Santa Catarina manda horrores de pacientes. O que acontece lá é que Santa Catarina não tem (rindo) atendimento nenhum pro paciente doente mental. Provavelmente desinstitucionalizaram lá (rindo) e jogaram tudo pra cá. Quer dizer, pra eles provavelmente é mais fácil, éééé..., investir em ambulâncias, pra trazer o povo pra qui, pra Curitiba, do que investir em tratamento local, não é?" (Entrevista n.º 02 ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO. Outros depoimentos manifestam esta mesma opinião. (Vide ANEXO 3)

Situa-se na década de setenta, na História brasileira, no que diz respeito ao planejamento de saúde, o momento em que se estabeleceu a tendência renovadora no campo organizacional dos serviços de saúde, com o chamado Movimento Sanitário. Tendência esta que conseguiu se impor e favorecer o desenvolvimento de mecanismos gerenciais. A difusão das idéias tornou-se mais clara, favorecendo o movimento. (CAMPOS, 1994, p. 28)

A saúde mental, particularmente, inseriu-se neste movimento. Mudanças foram propostas e modelos alternativos começaram a se delinear no começo da década de 80. Foram nestes anos que surgiram modelos alternativos de atenção à saúde psíquica, tendo como fator indutor o surgimento de movimentos de saúde mental. (VASCONCELOS, 1995, p. 189), (SILVA FILHO, 1996, p. 393)

Voltando-se, porém, à questão do planejamento em saúde, no sentido global, é preciso que se entenda, conforme SCHRAIBER (1993):

[...] enquanto técnica de planejamento, a programação pode, dentro de amplos limites, restar independente de imposições imediatamente políticas ou sociais, tal qual ocorre através da aparência de neutralidade com que são revestidas as técnicas de planejamento de um modo geral: as questões do social, remetidas que estão para a finalidade do trabalho alvo de planejamento, não serão incorporadas ao processo senão de forma mediada por aquela finalidade. Daí apresentar-se e, até certo ponto, constituir-se o planejamento como uma atividade meio e que responde, pois, diretamente à racionalidade exigida por aquela finalidade do trabalho que planeja, e não às questões que constroem essa finalidade, isto é, às necessidades sociais das quais decorre a finalidade deste ou daquele trabalho na sociedade. Em outros termos, se cabe ao trabalho em saúde, por exemplo, recuperar em tal direção o corpo doente, então, à técnica que o planeja caberá encontrar a melhor alternativa para a organização do processo de intervenção no sentido requerido, mas não caberá arguir seja esse sentido, seja o corpo doente como objeto da intervenção, ou, ainda, a racionalidade técnica da recuperação, que de certa forma já demarca a gama de possíveis alternativas de intervenção. O planejamento coloca-se como competente apenas para, através de seu instrumental próprio, pôr em evidência aquelas alternativas, ao encontrar fórmulas operacionais compatíveis e oferecer bases aparentemente só técnicas para a escolha da melhor. [...] enquanto modelo assistencial, a programação se defronta necessariamente com questões sociais e políticas, uma vez que tem que responder, como tecnologia de trabalho, imediatamente às necessidades sociais que a este são atinentes, e as quais ele toma como objeto/produto de sua intervenção: objeto, a necessidade demandante; produto, a necessidade satisfeita, que então reiterará, pelo "sucesso" da resposta, o ciclo processual através do qual valida-se aquele mesmo trabalho como socialmente necessário (SCHRAIBER 1993, p. 21-22). (o grifo é nosso)

A autora em questão frisa que está a se referir ao modelo tradicional e hegemônico de planejamento. Merece, porém, a observação de que ao mencionar fatores sociais e fatores políticos não o faz no sentido de excluí-los de importância. São fatores que influenciam os profissionais que diretamente lidam com o paciente. Esta última afirmação encontra respaldo em resultados de pesquisa realizada em território brasileiro. Assim é que NOGUEIRA (1993, p. 116) concluiu pela interferência negativa de fatores políticos-partidários na implantação de um Plano de Saúde Mental Comunitária para o

Piauí. O mesmo encontramos em RIBEIRO (1995, p. 144), que verificou interferência similar sobre o trabalho em um serviço ambulatorial da rede pública de S. Paulo.

De qualquer modo, o trabalho dos profissionais em saúde se constitui em atender ao "objeto" e gerar o "produto" previsto no planejamento.

Estabelece-se, pois, *um vínculo associativo entre o planejamento e os problemas enfrentados pelos referidos profissionais*. Vínculo que não pode ser esquecido quando se tem em mente estudar as dificuldades pelas quais passam os profissionais em seu dia-a-dia.

Planejar, em psiquiatria, implica observar o modelo assistencial. Este vem sendo questionado desde o final da 2ª Guerra Mundial. Formas alternativas de atenção às questões de saúde mental vêm sendo propostas. A mais significativa, pelo intenso debate que originou, foi a proposta comumente chamada de "desinstitucionalização" ou "desospitalização" (no Brasil, o movimento "antimanicomial" como já foi dito, lidera esta tendência¹²). Termos estes que, apesar de neologismos, são amplamente utilizados. O pressuposto que orienta esta tendência é o de que o hospital psiquiátrico tem a propriedade de ser deletério à boa evolução do doente mental, bem como se constitui em uma agressão à liberdade e, conseqüentemente, à dignidade do ser humano mentalmente doente. Em decorrência, a "psiquiatria comunitária" tornou-se assunto de primeira ordem ao se debater questões relativas à saúde psíquica.

Entendida como uma espécie de revolução psiquiátrica, a psiquiatria comunitária pretende usar o saber teórico da psiquiatria social e tratar o paciente inserido em seu contexto social. Seu objetivo é pretensioso, pois, muito embora busque utilizar os recursos comunitários, não se apresenta imune às necessidades de recursos financeiros, conforme aponta o trabalho de LAMB (1993).

¹² Existe uma vasta literatura que sustenta teoricamente este movimento. Eis alguns títulos, além daqueles citados ao longo deste trabalho:

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Buenos Aires : Paidós, 1966.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo : Ed. Brasil Debates -, 1979 A.

BERLINGUER, Giovanni. **Psiquiatria e poder**. Belo Horizonte : Interlivros, 1976.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro : Graal, 1978.

FIRMINO, Hiram. **Nos porões da loucura**. 2. ed. Rio de Janeiro : Codecri, 1982.

MACHADO, Roberto, et ali. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro : Graal, 1978.

NICÁCIO, Maria Fernanda. Da instituição negada à instituição inventada. in : LANCETTI, Antônio (Coord.). **Saúde e loucura 1**. São Paulo : Hucitec, 1989.

ROTELLI, Franco, et ali. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos países avançados. In : NICÁCIO, Fernanda . (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo : Hucitec, 1990.

SZASZ, Thomas. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro : Zahar, 1979.

Segundo este autor, a formação, treinamento e a necessária contínua reciclagem dos profissionais exigiriam recursos não desprezíveis. Acrescentou, aí, a dificuldade em se conceber baixo custo aliado à qualidade. Isto, provavelmente, viria a desiludir os planejadores que almejassem diminuição de gastos. Pois, pode-se acrescentar, não é difícil se conceber uma demanda reprimida, até então não usufruindo de hospitais — por não ser o caso usufruir — que passaria a utilizar-se dos novos serviços. Este último, um assunto merecedor de pesquisas que pudessem testar tal hipótese.

Mas os objetivos, segundo alguns, diz o autor acima citado, deveriam ser buscados omitindo-se o fenômeno custos. Proposta esta que se acredita um tanto irrealista. Pode-se prever, então, um intenso conflito entre políticos e/ou administradores e os profissionais de Saúde Mental. Além disso, intenso trabalho de doutrinação seria necessário para superar as resistências na comunidade leiga, bem como na comunidade profissional.

Entre os vários objetivos, a Psiquiatria Comunitária pretende, também, atuar preventivamente, o que equivale atuar na comunidade não queixosa. E é nesse aspecto que seus detratores perigosamente argumentam, insinuando a acusação de uma tentativa de psiquiatrizar a população. Nesse sentido, argumenta-se, também, com o salientar de desvantagens como nos indica RUIZ RUIZ (1982, p. 1461) com base em vários autores, "os perigos da psiquiatria na comunidade": 1- ansiedade aumentada na comunidade, pela responsabilidade; 2- psiquiatria clínica declina em poder, "perde tempo estudando outras matérias"; 3- enfoque político (ênfase na solução pela mudança do processo social e econômico, estrutura da sociedade e família.); 4- sobrecarregar a família e a sociedade ao se "abrirem" os hospitais.¹³

Tudo indica, porém, que a mudança chegou para ficar, o que exige trabalho sério em planejamento e, para tanto, em municiar-se de informações de "como está", com vistas ao "como ficará".

¹³ A propósito do envolver-se a comunidade com a "doença mental", BEZERRA (1992, p. 113-114) argumenta: "Vem se tomando cada vez mais aceita a afirmação de que o processo conhecido como Reforma Psiquiátrica ultrapassa em muito a mera proposição de rearranjos nas técnicas e instituições assistenciais. A própria expressão "reforma psiquiátrica" parece cada vez mais inadequada para dar conta do âmbito das transformações que se tem em mente. Trata-se não apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomial ainda hegemônicas no cenário psiquiátrico, mas sobretudo construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura. A desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria mas — no limite — a própria sociedade em que vivemos. [...] Quando reconhecemos esse fato, admitimos sem dificuldade que pretender a transformação da psiquiatria sem atacar os pontos de sustentação que a própria sociedade lhe oferece é cair na ilusão de que pela técnica se poderia modificar realidades cuja natureza — histórica — deu origem a essas mesmas técnicas. E esse tem sido aparentemente o caminho pelo qual propostas de reformulação da assistência psiquiátrica se desfiguram em experiências de miniaturização e tentaculização do espaço asilar. Tal como uma sombra, essas propostas freqüentemente trazem — atrás dos novos modelos de intervenção — mecanismos mais sutis de controle do desvio e de regulação normativizante." Pode-se concluir, aproveitando-se linha de raciocínio do autor: não cabe tão somente transferir o paciente de um hospital integral para um hospital-dia ou NAPS.

O presente trabalho de Tese se constitui numa contribuição na verificação de "como está", valendo-se, porém, da perspectiva do profissional.

Com o exposto pode-se concluir: é preciso avaliar não só os resultados, mas a estrutura do plano bem como o *processo de trabalho*. E, neste último, as condições em que este trabalho se processa. Incluindo, aqui, não só o modo, os instrumentos, o local e o momento de sua execução, mas, também, o grau de satisfação dos profissionais.

Satisfação não significa — como aparentemente possa parecer — dispor de facilidades que propiciem o prazer; facilidades estas oferecidas pelo empregador. Tais como sala de recreação, TV, clube de campo, etc. É algo bem mais complexo, relacionado com o trabalho em si, e sua contrapartida é a insatisfação. Tal a íntima relação que se estabelece com o seu produto e, eventualmente, com as dificuldades em produzi-lo. (DEJOURS1992, p. 48-62)

Aceita-se a complexidade do assunto avaliação. Compreende-se que avaliar qualidade não é possível com a metodologia empregada neste trabalho de pesquisa. E nem é esse o objetivo, mas, somente, conhecer um aspecto do atendimento em saúde mental: a opinião dos profissionais relativa ao seu dia-a-dia de trabalho, além de suas opiniões sobre a desinstitucionalização. Não deixa de ser, porém, uma forma de avaliação, em que o avaliador não é só aquele que pesquisa. Incluem-se, como avaliadores, aqueles profissionais entrevistados. Avaliadores que são, simultaneamente, instrumentos e objetos de estudo.

SILVER (1992), referindo-se a esta questão, a da complexidade e dificuldades da avaliação em saúde afirma:

O fundamental não é o vocabulário de avaliação, nem as diversas metodologias, mas o compromisso do sistema de saúde em buscar, de forma permanente, aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla da saúde pública. Tal busca precisa estar calcada não somente na luta política para a devida priorização da saúde e na análise das necessidades da população, como também na análise da atuação quotidiana do sistema hoje existente frente a essas necessidades (SILVER, 1992, p. 209). (O grifo é nosso)

Com as mudanças ocorrendo na área da saúde mental, em vários países, incluindo o Brasil, entre elas a da desinstitucionalização, muitas das avaliações visam ajuizar a respeito da vantagem ou desvantagem da mesma. Tanto em termos terapêuticos como de custo.

Assim é que UCHTENHAGEN (1986), analisando, numa revisão bibliográfica, estudos apoiados em avaliações empíricas, concluiu por uma série de dificuldades conceituais e metodológicas.

Concluiu, ainda, que a implementação e expansão dos serviços psiquiátricos, nos moldes comunitários, foram seguidos de uma ampla gama de efeitos positivos e negativos. As diferenças lhe pareceram devidas ao nível e à velocidade de sua implementação, à peculiar coordenação ao se fechar os hospitais psiquiátricos e, também, às diferenças de objetivos e expectativas, bem como aos métodos aplicados para alcançá-los. Segundo o autor, havia uma escassez de estudos controlados, especialmente de pesquisas multicêntricas. O mesmo seria verdadeiro para avaliações que usassem critérios externos. O efeito preventivo da psiquiatria comunitária, segundo este autor, praticamente não estava sendo avaliado ao nível de prevenção primária e secundária. No entanto, verificou que importantes estudos tinham sido feitos no sentido de avaliar a transferência de pacientes de hospitais psiquiátricos para cuidados alternativos. Especialmente em relação às pensões protegidas. Esses estudos revelaram, para o autor, uma importante carência de adequados cuidados para aqueles que eram desinstitucionalizados, mas sem o ganho de um centro comunitário de saúde mental. Ao final, o autor concluiu que havia necessidade de reorientação dos objetivos da psiquiatria comunitária, que era importante adequarem-se os recursos limitados, e que era preciso especificarem-se pesquisas de avaliação para o futuro.

Nesta situação salientada por UCHTENHAGEN, delineiam-se possíveis dificuldades a serem enfrentadas pelos profissionais. Dificuldades que muitas vezes escapam ao controle, por estarem, esses profissionais, destituídos de poder decisório no que se refere estruturação dos programas de atendimento.

Assim, também, encontramos, em LAMB (1993), a referência ao estágio avançado da desinstitucionalização nos Estados Unidos da América. Deu margem a que uma geração de pacientes cronificados e severamente doentes tenham se constituído num grande problema. Há um bom tempo, segundo o autor, esses pacientes não dispunham de um asilo de atenção permanente. Surgiram problemas tais como resistência ao tratamento e abuso de substâncias. Os idealizadores acreditavam que seria melhor e barato, ao mesmo tempo que proporcionaria, ao doente mental, a sua liberdade.

O autor em questão concluiu que os cuidados comunitários não custavam pouco, e muito menos eram inferiores aos gastos com os hospitais. Conclui, ainda, que, embora tenha sido impressionante a quantidade de programas comunitários, criados nos Estados Unidos da América, foi pequena a proporção de pacientes severamente doentes que recebera um real benefício. A maior liberdade foi favorável para muitos, mas alguns realmente não se beneficiaram. Estes pacientes foram incapazes de administrá-la. Além do mais, muitos paciente desinstitucionalizados não receberam o devido tratamen-

to. Ao final do artigo, o autor afirma que os "homeless" mentalmente doentes são o exemplo típico desta última situação, resumindo todos aqueles problemas.

Esta última afirmação exige que se atente para a possibilidade de se constituir em um problema a ser resolvido ao nível do atendimento se o mesmo acontecer no Município de Curitiba. O atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) faz-se independentemente de o paciente ser contribuinte ou indigente. Muitos pacientes indigentes, pela própria condição, oferecem dificuldades em nível diagnóstico e, principalmente, terapêutico. Internados, além dos cuidados gerais, beneficiam-se pela melhor compreensão, por parte dos profissionais, de sua situação clínica, via mais estreita observação.

Entre os autores que evidenciaram vantagens com a desinstitucionalização, minimizando os problemas quanto ao atendimento, encontra-se HICKLING (1994), na Jamaica. Numa avaliação de dados estatísticos e procedimentos terapêuticos, concluiu que entre os anos de 1960 e 1990 a população de pacientes internada em hospitais psiquiátricos reduziu-se em 58% (de 3.000 a menos que 1.300). A opção foi por atendimento de reabilitação e não por um sistema de custódia.

No entanto, segundo o pesquisador, não houve significativo aumento no orçamento para a saúde mental. E a situação se manteve assim apesar de importantes mudanças governamentais ocorridas ao longo de 30 anos. A política de saúde mental e os recursos mantiveram-se relativamente estáveis. O serviço nacional de saúde mental comunitária, que chegou a ter a seu encargo cerca de 14.000 pacientes em 1990, dispunha de bem treinados enfermeiros psiquiátricos. Estes, manejavam crises, manejavam medicamentos, ofereciam apoio psicoterápico e faziam visitas domiciliares, levando a termo planos de tratamento desenvolvidos por psiquiatras comunitários. Promovia-se o aumento de tolerância e aceitação, em relação ao doente mental, mediante programas de educação para o público, além de uma cobertura, por parte da mídia, dos avanços dos tratamentos.

O autor não deixa claro se o fenômeno deveu-se às dificuldades em bem se tratar no ambiente hospitalar, ou se foi fundamentado em um entendimento teórico. O não aumento significativo, quanto aos recursos financeiros e a estabilidade em relação ao plano, seriam conseqüências ou faziam parte do planejamento? Enfermeiros com desvio de função, ou seja, atuando como médicos, seria uma nova maneira de se trabalhar pela presumida maior eficiência ou seria adequar-se à carência de outros meios? Psiquiatra comunitário funcionando como supervisor de enfermeiro psiquiátrico significava eficiência funcional ou economia em recursos humanos? Enfim, muitas outras questões podem ser colocadas, vinculando-as aos possíveis problemas enfrentados pelos profissionais.

Também REDA (1995), concluiu por vantajosa a transferência de pacientes para o ambiente comunitário, segundo a óptica dos profissionais envolvidos. É possível concluir que, segundo esta avaliação, os profissionais tiveram minimizados os problemas no exercício profissional. Nessa pesquisa o autor concluiu pela existência de modificações no grau de satisfação dos profissionais, e isso lhe pareceu independente dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. No entanto, não ofereceu dados que permitissem concluir que tal satisfação aumentada redundasse em modificações em relação aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Nesse estudo, REDA (1995) — algo semelhante ao que é proposto nesta pesquisa para elaboração de Tese — avaliou o atendimento em saúde mental via observação e impressões por parte dos membros de uma equipe profissional. Profissionais, esses, que participaram do trabalho, durante a fase de transição, quanto aos cuidados oferecidos a 20 pacientes de longa duração, não demenciados, da condição de institucionalizados para um sistema comunitário. Concluiu que os membros da equipe expressaram satisfação pelo fato de trabalharem fora do hospital. Acreditavam que os pacientes melhoraram suas condições bem como sua qualidade de vida. Acreditavam, também, terem conseguido sucesso após um longo processo de reabilitação. Salienta que os membros da equipe consideraram que seu papel exigia muito, envolvendo uma série de tarefas que ele chamou de domésticas. Apresentaram soluções expressas pela recomendação de um lento e gradual período de preparação dos pacientes. Recomendaram também programas de educação destinados ao público. Aos profissionais recomendaram preparação e um suporte via educação continuada.

Uma outra maneira de se avaliar é aquela baseada em pesquisa de opinião, na forma de pesquisa participante.

Foi dessa maneira que, em um contexto de desinstitucionalização, PULICE, MCCORMICK, DEWEES (1995), utilizando-se de um estudo qualitativo, coletaram dados relativos a percepção de usuários e seus familiares, e dos profissionais, em relação ao impacto da política de saúde mental em Vermon (Em 1988 foi implementada uma política destinada a reduzir a importância do hospital e expandir os serviços apoiados na comunidade). Onze grupos foram convocados para o foco da atenção. Incluíam 94 participantes através do estado. Formaram-se grupos separados de usuários, familiares e profissionais. Treinaram-se líderes que deveriam facilitar a discussão de efeitos da política de saúde mental sobre a qualidade de vida, integração comunitária, e rede de trabalho social. Transcreveram as gravações da discussão, e o conteúdo foi analisado. Como achados os autores registra-

ram diversos temas: todos os participantes comunicaram que o estigma era ainda a principal barreira para a integração e que a educação comunitária não reduziu o estigma de forma eficiente. Tensões entre familiares e profissionais constituía-se em um problema; todos os participantes reconheceram que as áreas urbanas estavam melhor servidas pelos serviços. Contrastando com achados anteriores, os usuários, participantes deste estudo, preferiram não morar sozinhos, porque isso fazia-os sentirem-se isolados.

Pode-se aceitar, observando-se o resultado dessa pesquisa, o possível surgimento de uma dificuldade que necessariamente teria que ser enfrentada pelos profissionais, quando da atuação terapêutica: o local do tratamento propiciando tensões entre profissionais e familiares dos pacientes. Constitui-se num bom exemplo de pesquisa qualitativa com vistas a avaliar. A inclusão de trabalhadores em saúde mental num contexto de desinstitucionalização aproxima o trabalho PULICE et al. (1995), da proposta deste trabalho de pós-graduação.

Pode-se, também, avaliar o custo financeiro de um determinado plano, serviço ou tratamento. Neste sentido, HAFNER; AN-der-HEIDEN (1989) estudaram o impacto do tratamento de pacientes psiquiátricos em regime ambulatorial (pacientes esquizofrênicos), em relação ao tempo de permanência em hospitais e em relação ao tempo de permanência na comunidade. Concluíram que cuidados ambulatoriais tiveram uma significativa influência quanto à readmissão mas nenhum efeito na duração do tratamento hospitalar. Enquanto o custo médio de cuidados comunitários foi menos que a metade daquele dos cuidados hospitalares tradicionais, em 6% dos pacientes o valor limite de cuidados ambulatoriais foi excedido. Segundo os autores, enquanto a demanda por desinstitucionalização, recebendo amplo apoio econômico, resultava em forte declínio no número de leitos hospitalares em muitos países ocidentais, a avaliação de cuidados extramurais, em psiquiatria, mostrava-se bastante difícil.

Preocuparam-se em avaliar aspectos econômicos, também, os pesquisadores HALLAM et al (1994). Tiveram como objeto de estudo a implantação de serviço comunitário para substituir 2 hospitais psiquiátricos, de longa duração, no Reino Unido, estudados desde 1985. Fizeram uma avaliação econômica colhendo dados referentes a 40 serviços. Verificaram que o custo total médio foi de 493 libras por semana (preços de 1992-93) e o custo relativo às acomodações compreendiam 85% do total. Nesta nova configuração do serviço a metade do custo era suportada pelas autoridades sanitárias do distrito, 50% menos do que se gastou quando foram fundados os hospitais de longa duração. O resto

da responsabilidade econômica sendo suportada por um grupo de agências, resultando em pressões no orçamento e sobre o pessoal encarregado dos casos clínicos problemas.

KNOBBE et al. (1995) com base em dados econômicos, analisaram a relação custo / benefício para comparar os tratamentos em ambiente comunitário em relação aos tratamentos institucionalizados. Usaram, para o estudo, 11 pacientes com grave retardo mental e alterações comportamentais, que tinham sido transferidos de uma instituição para o ambiente comunitário. Examinaram, também, efeitos não quantificáveis em termos econômicos. Concluíram que, em geral, os custos de programas baseados na comunidade tem apenas uma leve vantagem econômica sobre os custos das instituições estatais. Apesar disso, o ambiente comunitário determina significativo incremento em variáveis tais como a inter-relação social no trabalho, oportunidade para integrar atividades, e rendimentos.

DOCKRELL et al. (1995). avaliaram o custo / benefício de serviços, recentemente estabelecidos destinados à avaliação e tratamento de pacientes com leve dificuldade de aprendizado, na região sudeste da Inglaterra. Concluíram que avaliação e tratamento dos novos serviços melhoraram o entendimento das necessidades de cuidados e conseguiram uma redução na intensidade da agressividade do paciente. Isto foi possível mediante o acesso a cuidados em ambiente próximos da vida normal. Com um custo adicional de 25%, 20 dos 34 pacientes passaram ao ambiente comunitário. Concluíram, também que melhor qualidade de vida, bem como oportunidade para esses pacientes está associado com altos custos. Visto num contexto global o investimento pode ser entendido como um bom investimento.

Tais avaliações, centradas em aspectos econômicos, não permitem conclusões relativas as facilidades, ou dificuldades, quando o que está em foco é o atendimento oferecido ao paciente. No entanto, podem sugerir a possibilidade de uma má influência que tais aspectos possam exercer sobre o trabalho do profissional. Particularmente um trabalho que sabidamente consiste em lidar, predominantemente, com pessoas de baixa renda. Como é o caso de nossa realidade, onde o salário mínimo costuma ser o máximo de seu salário.

Os trabalhos acima resumidos dizem respeito ao custo para quem oferece o serviço (a instituição). Não se trata do custo arcado pelo paciente. Não é preciso que se pesquise para se chegar a conclusão de que, para o paciente, o custo é bem menor quando institucionalizado. Nesta situação, o paciente não precisa comprar os medicamentos ou arcar com os gastos em recursos diagnósticos. Não deve ser este, porém, um argumento que se possa usar contra a desinstitucionalização. Mas é um ar-

gumento plausível quando o que está em pauta é o desempenho do profissional encarregado de prestar os cuidados à população. Dizem respeito às necessidades dos profissionais quanto aos meios necessários para por em prática sua tecnologia de trabalho. Meios oferecidos pelo cidadão ou pelo Estado. Questões, então, relativas às possibilidades de um, ou outro, em satisfazê-las.

O processo de trabalho, e os problemas associados ao atendimento oferecido pelos profissionais, tem recebido atenção. Muitas das vezes não se trata de uma avaliação metodologicamente estruturada, não sendo apresentado tal metodologia ou qualquer referência à mesma, parecendo consistir simplesmente numa crítica de base intuitiva:

Assim é que BUSNELLO (1976), no corpo de sua Tese sobre a integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária, por exemplo, justifica a necessidade de treinamento dos profissionais, em uma nova mentalidade de atendimento, com observações relativas ao comportamento do médico em seu trabalho: "A prestação de serviços nessa área é feita também de forma dissociada e descontínua, parcial, e não acompanha a pessoa em sua peregrinação em busca da saúde."; "[...] é dada ênfase ao tratamento das pessoas já doentes, há uma quase completa ausência de cuidados para a proteção específica contra as doenças, a educação e a reabilitação."; "[...] os hospitais psiquiátricos crescem progressivamente à custa de uma população de pacientes tornados crônicos (em parte devido à assistência prestada) e a eles se destina a maior parte dos fundos reservados ao atendimento da saúde mental."; "Descuram-se ainda a prevenção primária e o atendimento dos fatores de risco que determinam ou agravam o processo de instalação de um problema mental, fatores estes identificados pelos estudos psicodinâmicos, principalmente os derivados da Psicanálise, e pelos estudos epidemiológicos."; "Os serviços existentes não têm prestado suficiente atenção ao estreito relacionamento entre os problemas físicos e os psicológicos e sociais dos indivíduos e dos grupos humanos. Por isso mesmo não se têm valido dos conhecimentos científicos que comprovam tal vinculação para a adoção de medidas preventivas primárias e para o manejo dos problemas já manifestados."; "[...] não há um planejamento adequado, que conjugue esforços a fim de beneficiar os indivíduos e as populações."; "como as pessoas não participam do planejamento", continua o autor, "não exercem influência sobre os serviços, e afastam-se dos mesmos"; as pesquisas e o tratamento "traduzem mais o interesse momentâneo das entidades ou dos técnicos que nelas trabalham do que o dos indivíduos, suas famílias e as populações atendidas."; atitudes preconceituosas em relação a doença mental motivaria o afastamento da psiquiatria do restante do atendimento médico; "utilização de técnicas predominantemente individuais, quer te-

nha uma orientação clássica ou dinâmica. Em uma e outra o enfoque é o médico convencional.”. Conclui seu pensamento, nessa parte do texto, afirmando que o maior defeito é a dissociação entre medicina física e medicina psicológica, e destas com os problemas sociais, impedindo o aproveitamento recíproco do avanço científico.(BUSNELLO, 1976, p. 9-10)

Aparentemente preocupados com dificuldades enfrentadas pelos profissionais, e com o atendimento, PICANÇO et al. (1982), em um estudo de 1978, avaliaram a assistência psiquiátrica de hospitais de Fortaleza-CE. Concluíram, sem especificar a metodologia, que: a população era de precária condição sócioeconômica; a hospitalização era utilizada para garantir sobrevivência (alimentação e licença saúde); falta de recursos e de pessoal e o despertar de culpas e ansiedades paranóides impediam as famílias de dar apoio ao paciente; altas precoces, ou postergadas, visavam satisfazer as necessidades econômicas das empresas com a Previdência; a perícia médica usava da internação para justificar concessão de benefícios; não adequado seguimento ambulatorial; internações subseqüentes em hospitais diferentes impedindo a terapêutica seqüencial; ausência de programas de profilaxia bem como reabilitação.

Também MOURA FÉ et al. (1979)¹⁴, fazendo um balanço da assistência psiquiátrica ambulatorial no Ceará, por ocasião da implantação do Sistema Integrado de Saúde Mental em 1977, concluíram por uma série de problemas ou dificuldades: inadequação física dos locais de atendimento, impedindo a privacidade, necessária à terapia da doença mental; produtividade conceituada erradamente, pois em saúde mental é preciso continuidade e maior tempo para cada gesto assistencial; entrega de psicotrópicos com entraves administrativos; pessoal em número e qualidade insuficiente; supervisão insuficiente; preconceito, em relação à doença mental, por parte do pessoal dos centros de saúde e dos hospitais; inexistência de contra-referência para os centros de saúde.

Os três últimos trabalhos aproximam-se bastante dos objetivos do presente estudo. Dizem respeito a problemas em que o planejamento e administração poderiam minorar. Dizem respeito, entre outras, à formação do profissional, às dificuldades econômicas dos usuários, e aos preconceitos em torno do adoecer psíquico.

¹⁴ MOURA FÉ et al. Assistência psiquiátrica ambulatorial no Estado do Ceará. Fortaleza. : Secretaria da Saúde do Ceará/ SISAM, MIMEO, 1979, apud JACKSON, J.; SAMPAIO, C. Saúde Mental. In : ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro : Medsi, 1993, p. 408.

Pesquisa qualitativa empreenderam SILVA FILHO et al.(1996). Participantes do "Projeto do Estudo Multicêntrico de Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde Mental em Municípios Brasileiros - OMS/OPAS", empreenderam uma avaliação no Município de Niterói-RJ, aplicando uma ficha de demanda e um questionário estruturado para verificar a satisfação dos usuários visando sua utilização como critério avaliador. Estes autores entrevistaram 209 pacientes em seis serviços ambulatoriais públicos de Niterói. Concluíram por um elevado índice de satisfação. Niterói foi escolhida devido ao fato de que há mais de 8 anos, em relação à data da pesquisa, desenvolvia-se uma política e um programa de Saúde Mental. Além disso tinha uma população adequada ao estudo (550.000 habitantes), com uma rede de saúde mental que englobava um hospital psiquiátrico público, um núcleo de atenção psicossocial e duas casas de saúde contratadas pela Previdência Social, o que fornecia um retrato formado de vários tipos de assistência. Num segundo tempo, complementariam essa avaliação com uma avaliação qualitativa apoiada em entrevistas com grupos de usuários, familiares e profissionais.

Infelizmente, até o momento em que se redige este trabalho, não se teve acesso aos resultados da segunda fase desse estudo de SILVA FILHO et al. (1996). A participação de profissionais permitiria verificar as possíveis concordâncias com o que se espera dos resultados desta Tese. Supõe-se que nesta segunda fase a opinião de profissionais dirão respeito, também — ou delas se poderá inferir — às dificuldades enfrentadas pelos mesmos.

Uma das suposições da presente Tese é a de que possa ser valorizada a opinião dos profissionais, quanto às dificuldades do dia-a-dia, como forma de avaliar o processo de trabalho. Avaliação indireta, evidentemente, cujos resultados poderiam se constituir em valiosa ajuda na elaboração de estratégias que visassem a melhoria do desempenho profissional. Diferente, pois, do que nos diz BUSNELLO (1976, p. 10): as pesquisas e o tratamento "traduzem mais o interesse momentâneo das entidades ou dos técnicos que nelas trabalham do que o dos indivíduos, suas famílias e as populações atendidas.". O presente estudo, porém, parte da premissa de que o profissional, muito embora possa vir a se orientar por suas necessidades pessoais, sua opinião poderá se mostrar importante, enquanto julgamento da situação em que se encontra. Não se discorda, porém das demais afirmativas do autor.

Métodos epidemiológicos são úteis, também, para se avaliar serviços psiquiátricos. Permite que se entenda o funcionamento de um serviço a ponto de se poder compará-lo com o funcionamento quando da introdução de um novo serviço na mesma região.

Com esse propósito, VALBAK, SORENSEN, LINDHARDT (1992), na Dinamarca, computaram o número de pacientes em contato com os serviços de um hospital, de uma área específica, em 2 dias de levantamento de dados, antes de um novo serviço comunitário entrar em atividade. Coletaram dados 3 anos mais tarde, com finalidade quantitativa, em relação ao sexo, à idade, ao diagnóstico e ao tipo de contato com os serviços. Atendimentos de serviços de duas outras áreas foram usados como controle. O novo serviço psiquiátrico comunitário, tendo sua sede situada fora do hospital, mostrou superioridade em relação aos serviços sediados no hospital. O número de pacientes do hospital, de internação integral e de hospital-dia, foi reduzido em 42%. Os autores pretenderam demonstrar que um método epidemiológico simples poderia avaliar as mudanças no padrão de atendimento em uma área de ação definida, após o estabelecimento de um novo serviço comunitário.

O usuário também tem sido utilizado como fonte de informação, conforme se expõe logo abaixo. Tentam-se avaliar tanto o processo de trabalho, em quaisquer de suas múltiplas facetas, quanto o resultado, ou seja, o produto do trabalho, em termos de eficiência. O que tem sido coletado são dados relativos à satisfação do usuário em relação aos mais variados aspectos dos tratamentos institucionais e comunitários. Avalia-se, então, pelo enfoque do usuário. A metodologia mostra-se variada. Em geral os instrumentos mais utilizados são as entrevistas e os questionários, usados isoladamente ou em combinação, tal como pode ser visto a seguir. Muito embora utilizem os usuários como fonte de informação, o fato de usarem instrumentos tipo questionários e entrevista constitui-se em mais exemplos semelhantes a este trabalho de pesquisa.

Dessa forma é que LOREFICE; BORUS (1984), utilizando-se de uma amostra de todos os 371 pacientes registrados pela divisão de serviço social e saúde mental (que oferecia cuidados de saúde mental como parte de atenção primária à saúde para uma comunidade americana de origem latina), avaliaram a satisfação dos usuários em relação ao atendimento, tanto do ponto de vista clínico quanto aos aspectos administrativos. Os autores pretenderam sair do que era o mais comum, ou seja, de avaliar apenas se o atendimento foi proveitoso ou não. Julgavam os autores que avaliações desta última maneira costumavam resultar em altos níveis de satisfação. Afirmaram que um programa comunitário de saúde mental deveria mostrar sua utilidade, e que, isto poderia ser conseguido mediante cuidadosa avaliação dos seus serviços. Valorizaram os procedimentos de avaliação que investigassem a satisfação por parte do usuário. Essa avaliação deveria contemplar, para ser de maior utilidade para os planejamentos, aspectos mais específicos do atendimento. Os questionários tentaram verificar, em resu-

mo: porque esses pacientes, de origem italiana, procuraram aquele particular serviço de saúde mental? Que tipo de ajuda eles esperavam receber? Que aspectos do tratamento foram de maior utilidade, e quais poderiam ser melhorados? A pesquisa também procurou comparar estes dados obtidos dos pacientes, com dados obtidos dos membros da equipe, procurando obter suas impressões sobre cada um dos pacientes. Para esta avaliação, fizeram uso, também, de questionários.

Nem todos os pacientes responderam aos questionários. Foram contactados 261 pacientes, dos quais 166 responderam ao questionário. Um percentual importante não respondeu. Os autores conseguiram dados relativos a preferência, por parte dos pacientes, em vários aspectos do profissional, tais como sexo, origem étnica, nacionalidade etc. Notaram ainda que a opinião dos terapeutas, em relação aos benefícios do tratamento, nem sempre coincidia com a dos pacientes, no que se referia a relacionar com a origem de um e outro, quanto à nacionalidade.

Concluíram, os autores, em linhas gerais, que a avaliação, via usuário, pode oferecer útil retro alimentação, podendo a mesma ser usada para incrementar o desenvolvimento de serviços de saúde mental a nível local.

HANDYSIDE; HEYMAN (1990) também verificaram a opinião de pacientes em relação ao atendimento, e o fizeram em dois tempos: antes e após receberem a intervenção de ações para saúde mental, de voluntários da comunidade, em adição aos cuidados normais da psiquiatria comunitária e do serviço social. A segunda pesquisa deu-se 3 meses após a primeira. Fizeram uso de avaliações, por meio de questionários, para verificar a saúde mental e a percepção em relação aos cuidados oferecidos pelos serviços. Utilizaram um grupo controle, avaliando-o 2 vezes em 3 meses. Grupo esse que só recebeu os cuidados habituais. Observaram que ambos os grupos mostraram significativa melhora após os três meses de tratamento.

Os autores, citados no parágrafo anterior, manifestaram a opinião de que não há uniformidade quanto as ações por parte dos profissionais em saúde mental na Inglaterra. Psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, em função de suas diferentes visões em relação a doença mental, trabalham em enfoques diversos. Os assistentes sociais tendem a valorizar os recursos sociais e os enfermeiros a medicação. Existem, segundo eles, diferentes princípios filosóficos dentro de uma mesma categoria profissional. Comentam, também, a aliança que se estabelece entre assistentes sociais e psiquiatras, mais forte do que com outros profissionais. Concluíram que não existe perfeita coordenação entre as ações dos diversos atores no campo da atenção à saúde mental.

Seu estudo permitiu conhecer os problemas mentais predominantes, bem como problemas correlatos, como dificuldades financeiras, desemprego, tabagismo, e pequeno número de pacientes morando em albergues. A frequência de contato com os profissionais era tal que alguns pacientes viram todos os citados profissionais, enquanto muitos viram só alguns. Pois os enfermeiros psiquiátricos comunitários foram os mais comumente vistos, à razão de 2 a 3 vezes ao mês, enquanto que psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos foram vistos uma ou duas vezes cada 3 meses. Isto para os dois grupos em estudo. A preferência quanto ao tipo de profissional caracterizou-se pelo fato de todos terem recebido alto índice de aprovação, mas houve preferência maior pelos enfermeiros psiquiátricos comunitários, provavelmente em função de um maior contato. Verificaram mudanças em relação ao estado mental (utilizaram escalas de avaliação padronizadas) e constataram melhorias em ambos os grupos, mas sem significativa diferença. A relação entre as mudanças observadas via questionário e as obtidas pela avaliação qualitativa permitiu trazer à tona variáveis não previstas pelo questionário, como a influência do sexo dos pacientes, estado civil, e estar ou não empregado.

CORRIGAN (1990), em uma revisão de 54 artigos referente à satisfação de usuários quanto ao atendimento em ambiente institucional e comunitário, limitou-se a estudos que avaliaram tal satisfação utilizando-se de componentes classificáveis em 4 dimensões: características da equipe profissional, tipo de serviço, ambiente físico e atividades que promoviam autonomia. Observou que: a) em lugar de avaliarem a preferência de pacientes entre cuidados institucionais em relação aos comunitários, as pesquisas vinham se preocupando com a satisfação de usuários e o respectivo ambiente; b) os estudos de satisfação global costumavam encontrar, no mínimo, 50% dos pacientes aprovando as estratégias, como um todo, em ambos os ambientes; c) os pacientes hospitalares estavam satisfeitos com a qualidade do relacionamento com a equipe profissional e com o ambiente hospitalar, mas questionavam a psicoterapia que podia ser incômoda, sendo vista como perda da liberdade e privacidade, característica das enfermarias; d) em relação aos pacientes ambulatoriais, menos pesquisas eram realizadas tendo em vista as quatro citadas dimensões. Essas pesquisas permitiram concluir que os usuários comunitários expressavam uma aprovação similar em relação à equipe profissional e que eram menos críticos em relação às intervenções medicamentosas do que os pacientes hospitalares. As pesquisas sugerem, diz o autor, que a satisfação dos usuários em parte reflete as características dos pacientes. Observou que esses achados continham implicações relativas ao desenvolvimento de programas tanto para instituições quanto para serviços comunitários.

Existiam, porém, conforme CORRIGAN (1990), componentes altamente indesejáveis nos tratamentos. Os programas não podiam eliminá-los facilmente. Decisões a respeito de enfermarias fechadas, medicação anti-psicótica e técnicas de contenção eram feitas em virtude de preocupações a respeito do paciente e da segurança pública. E, não podiam ser evitadas sem motivo apropriado. Em decorrência, foram feitas tentativas para diminuir a frequência das intervenções aversivas.

Pode-se concluir, pela revisão de CORRIGAN (1990), que os resultados das pesquisas, analisados, sugerem o seguinte:

1- Embora os pacientes julgassem, tanto as instituições quanto o ambiente comunitário, satisfatórios no geral, existiam componentes, em cada um, que dificultavam a total satisfação;

2- Em unidades de internação, a equipe profissional era aprovada pelos usuários: a) com ênfase na interação comunicacional que leva à maior disposição em relação à alta hospitalar; b) é justamente esta fácil comunicação que pareceu arrefecer as opiniões negativas sobre as estratégias terapêuticas, em particular, a medicação; c) verificou-se, além disso, que alguns pacientes vivenciavam o tratamento como invasivo de sua privacidade, em especial as terapias de enfoque grupal; d) os pacientes mostravam-se satisfeitos com o acolhimento e com a limpeza do ambiente hospitalar embora não se mostrassem a favor de perderem sua privacidade e nem a sua capacidade de serem livres.

3- Em ambientes extra-hospitalares, os usuários expressavam uma aceitação similar em relação à equipe profissional: a) os profissionais que se caracterizavam por serem acessíveis, e que se comunicavam de maneira aberta, tendiam a um incremento de melhoria nos relacionamentos (relação profissional / paciente), tornando a satisfação uma decorrência natural; b) pacientes tratados em ambiente extra-hospitalar tendiam a ser menos críticos em relação à medicação, no entanto, admite o autor, os dados relativos aos pacientes crônicos são esparsos, o que torna necessário melhor estudo.

O citado autor entende que, de maneira geral, é preciso continuar a investigar estas questões, buscando instrumentos de menos vieses e, também, obter a opinião dos que evitam responder aos questionários ou participar de entrevistas. Além disso, entende que as pesquisas precisariam incluir variáveis relativas aos pacientes, bem como levar em conta uma significativa parte das variáveis em relação a satisfação.

Essas pesquisas, ou seja, as que utilizam o paciente como fonte de informação, continua CORRIGAN (1990), tem fornecido importantes subsídios para ajustar o programa de tratamento às expectativas do paciente. Como exemplo, coloca a questão da alimentação e limpeza da instituição. O

esforço de melhoria não seria necessariamente da equipe terapêutica, mas dos administradores, os quais, necessariamente, deveriam começar pelo respeito ao paciente. Permitem, essas pesquisas, até mesmo o desenvolvimento de estratégias de conduta terapêutica: a) pacientes que percebem seu ambiente como aversivo tendem a se comportar de maneira rebelde e até mesmo agressiva em situações interpessoais, sendo tal conhecimento útil para se planejar o funcionamento do serviço e conduta dos profissionais; b) o entendimento da vivência dos pacientes em relação às técnicas aversivas, como a contenção, tem imposto protocolos que consistem em se verificar, de poucos em poucos minutos, a situação do paciente contido.

Estendeu-se bastante, quanto ao estudo de CORRIGAN (1990), porque se pretende, com isso, evidenciar a importância de um estudo que analise resultados de pesquisas centradas no paciente. Importância que, se valorizadas as limitações, indica a necessidade de incluir a opinião de outros, além dos usuários. Entre eles, salienta-se a suposta importância da opinião dos prestadores de serviço. Aquele autor, utilizando-se de informações com base na opinião de pacientes, conseguiu importantes informações que possibilitam, inclusive, utilizá-las quando da elaboração de um plano de assistência psiquiátrica. O mesmo pode ser dito, se for dado extrapolar, quando a fonte de informação é o trabalhador prestador de serviços. Tal como se pretende neste trabalho de Tese.

Outros autores valeram-se de pesquisas qualitativas utilizando entrevistas como instrumentos coletores de dados. As metodologias deram bons resultados, na medida em que proporcionaram informações úteis para o momento de se planejar o atendimento.

Tanto é que ELZINGA; BARLOW (1991), estudando a percepção de pacientes internados em hospital psiquiátrico, obtiveram os mesmos achados em um estudo inglês (MCDONALD; SIBBALD; HOARE em 1988)¹⁵, em relação aos problemas mais comuns. O estudo foi desenvolvido em um hospital australiano, em Adelaide, sul da Austrália, envolvendo 112 de 195, ou 57% dos pacientes escolhidos. Análise dos resultados permitiu identificar 7 grupos mais importantes de itens relatados, concernentes à visão dos pacientes (à sua percepção dos problemas) em relação a vida hospitalar. Utilizaram da técnica de entrevista. Muitos desses problemas, da relação satisfação / insatisfação com a vida no ambiente hospitalar, observaram os autores, emergem através da marcante separação geográfica dos ambientes. Concluem que a melhora na autonomia dos pacientes e o livre circular pelas enfermarias

¹⁵ McDONALD, L.; SIBBALD, B.; HOARE, C. Measuring patient satisfaction with life in a long-stay psychiatric hospital. *The International Journal of Social Psychiatry*. n. 34, p. 292-304. apud. ELZINGA; BARLOW., op. cit.

são os mais importantes fatores que contribuem para a satisfação com a vida dentro do hospital, no lugar de outros aspectos do ambiente físico hospitalar. Para realizar o estudo, os autores valorizaram o fato de que, apesar do impacto da desinstitucionalização com a conseqüente diminuição do número de leitos hospitalares, persistia, porém, a necessidade de se dar prioridade no trato da questão do assegurar os cuidados para com os pacientes que permanecessem internados: seria imperioso manter-se um atendimento de qualidade.

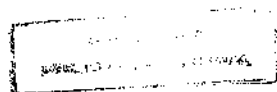
Os autores, referidos acima, reconhecem o que seria problemático para qualquer pesquisador: a questão da qualidade. Uma questão eminentemente subjetiva que, no tocante à avaliação, dá margem a uma ampla variedade de interpretações e, conseqüentemente, de metodologias de estudo.

A insatisfação expressa pelos pacientes variou amplamente. O mais baixo número de itens com que se manifestou insatisfação foi 4, e o mais alto foi 36, com a insatisfação média em 15 itens. Foram identificados, como já foi dito, 7 grupos de itens concenentes a visão dos pacientes: ambiente restritivo, perda de autonomia, perda de individualismo, ambiente insatisfatório, restrição às ações, perda de controle por parte de enfermeiros, e afabilidade ambiental. O maior grupo de itens foi o relativo ao ambiente restrito, seguido pela questão da autonomia e a do individualismo. A seguir a questão do ambiente insatisfatório, restrição a ação, e perda de controle por parte de elementos da equipe (como exemplo, a agressividade por parte de enfermeiros).

Novamente, então, uma pesquisa de opinião tem conseguido fornecer subsídios para implementação quanto às atividades terapêuticas. A opinião obtida dos pacientes é apenas uma das facetas das possíveis avaliações, muito embora satisfação diga respeito ao que é oferecido a este paciente. Importa também a opinião dos prestadores de serviços, os profissionais de Saúde Mental.

Com base na literatura até aqui consultada, pode-se concluir que, no aspecto classificatório das metodologias e objetos de avaliação, também é ampla a margem de possibilidades. As avaliações abrangem, potencialmente, toda a questão de saúde ou apenas um determinado aspecto. A saúde mental, como qualquer tópico, configura-se, por suas particularidades, em fazer surgir determinados aspectos especiais no que tange a dificuldade ou facilidade em bem se avaliar.

Pode-se avaliar, como afirmam CHRISTOFFEL; LOEENTHAL (1977), inclusive, de maneira mais restrita quanto ao objeto. Como exemplo, a qualidade do cuidado médico. Avalia-se, então, a racionalidade da organização do serviço de saúde. E mesmo assim, pode-se conceber, uma nova classificação poderia ser feita. Isto é, a referida racionalidade da organização do serviço médico comporta



facetas, ou perspectivas de observação, caracterizando-se, pois, novos objetos de estudo, cada qual admitindo numerosos possíveis recursos metodológicos.

FROTA (1980) recomenda uma série de medidas para a avaliação. Todas elas diferentes daquilo a que se propõe esta Tese, pois estão centradas no cliente: a) amostra da população; b) grupo experimental; c) grupo de controle; d) mensuração dos resultados com instrumentos válidos; e) análise dos resultados por procedimentos determinados pelas normas de inferência estatística.

Utilizando-se de propostas de avaliação de uma ação programática em atendimento à saúde, adaptando-as para a psiquiatria, pode-se, inicialmente, enumerar as linhas possíveis para os enfoques de avaliação. Pode-se classificar em quatro grupos as abordagens metodológicas visando avaliação de serviços de saúde (SILVER, 1992), muito embora, avaliar serviços, bem como a qualidade dos mesmos, não seja a proposta do presente estudo:

- 1) Análise de sistemas.
- 2) Abordagem por objetivos comportamentais.
- 3) Apoio à tomada de decisões.
- 4) Abordagem de aprendizagem.

Essas abordagens podem ser de natureza complementar. Apresentam, no entanto, segundo o citado autor, vantagens e desvantagens:

A abordagem tipo "Análise de sistemas" constitui-se na abordagem mais em uso e, em consequência, a mais desenvolvida. Apoia-se na Teoria dos Sistemas. Podem ser reconhecidos: "entradas" ("input"), "processos" (produção) e "resultados" ("out-put"). Faz a correlação desses elementos com as metas do programa.

SALA (1993) propõe avaliação do atendimento médico, ao nível de consulta e ações terapêuticas. Posiciona-se pela importância da epidemiologia e a necessidade de a clínica ser subordinada a ela. No que tange à avaliação, encontra-se neste autor um posicionamento que acompanha a proposta relativa ao estudo em foco nesta Tese. Faz-se referência à "terceira linha de aproximação", que é relativa ao processo de atendimento.

Resume em cinco linhas de aproximação os enfoques e propostas de trabalho visando a avaliação de serviços de saúde:

A primeira refere-se a "relação entre uma demanda por cuidados de saúde de uma dada população" e os "cuidados oferecidos"

A segunda linha diz respeito à "organização do trabalho ou do serviço de saúde": recursos humanos (quantidade, tipos de profissionais, capacitação, etc.), recursos materiais (instalações e equipamentos) e organização propriamente dita (rotinas de trabalho, programações, etc.). Considera-se, pois, a estrutura que funciona como suporte às ações de saúde.

A terceira refere-se ao "processo de atendimento". Têm sido utilizadas técnicas de observação direta do atendimento ¹⁶ e de auditoria de registros de prontuário. Por vezes o grau de satisfação do usuário é utilizado, sem, no entanto, guardar relação com uma boa ou má qualidade do atendimento, quando julgado por critérios definidos a partir do conhecimento médico.

A quarta linha focaliza o "custo". Avalia-o em relação à produção de atendimento e em relação à eficácia do mesmo.

Finalmente, a quinta linha tem como enfoque os 'resultados finais do atendimento' (efeito sobre a população que recebeu o atendimento). É preciso, porém, que se discrimine o papel da assistência à saúde nas mudanças do comportamento de determinadas agressões à saúde, ao nível da população.

Pode-se reconhecer, novamente, mais de uma aproximação de um objeto, em se tratando de avaliação. Diferentes objetos são avaliados, o que exige diferentes instrumentos. As opiniões desse autor, aliado ao que foi visto ao longo deste capítulo, reforçam o que se tem dito e contribui para fundamentar a presente proposta de avaliação.

Pode-se entender, também, segundo SALA (1993), acima citado, que a avaliação deva estar presente em todas as fases do processo e não só após a concretização das ações planejadas. Dessa maneira, o planejamento, e também a avaliação, têm como objetos desde políticas para o desenvolvimento mais geral da sociedade, para o setor saúde, até a estrutura epidemiológica e a estrutura de serviços de saúde.

A propósito, essa última observação é, também, a proposta da OMS (1981) e da Portaria N.º 224. Se bem que, em relação a Portaria N.º 224, o que tem sido feito é uma avaliação em relação ao cumprimento das normas relativas às especificações do ambiente terapêutico.

¹⁶ A Tese de GONÇALVES (1994) ilustra bem essa técnica. Apesar da influência do "observador" sobre o "observado" (médico atendendo consultas), fornece boas informações sobre o processo de trabalho médico quando em atendimento público: GONÇALVES, R. B. M.. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo : Hucitec, 1994.

A seguir, SALA (1993), exemplificando com avaliação de programas de saúde em geral (o que se pode aceitar como também verdadeiro para a saúde mental), afirma que:

O primeiro passo será o de reconhecer de que forma se estruturam as ações programáticas: será necessário compreender o cuidado em saúde posto em ação como uma prática que se estrutura a partir de necessidades sociais e aí realiza sua intervenção; será necessário compreender a dimensão técnica desta prática; será necessário, ainda, compreender as estruturas de saber envolvidas que orientam a técnica e que servem de base para a construção do modelo operatório dessa prática. **Será, então, necessário tomá-la a partir do processo de trabalho e, portanto, abordá-la segundo seu objeto de intervenção, seus instrumentos e técnicas de intervenção e, ainda, segundo o saber que orienta a constituição do seu objeto e a intervenção sobre ele** (SALA, 1993, p. 122. (o grifo é nosso)

Objetivando, também, de uma certa forma, colocar ordem neste presumível caudal de possibilidades metodológicas, a sistematização proposta por VASCONCELOS (1995) mostra-se bastante útil pela sua abrangência. Por este motivo coloca-se, a mesma, no final deste capítulo.

O autor, após uma extensa revisão de textos de origem anglo-saxônica, italiana e brasileira, agrupou-as segundo os critérios que se resume a seguir. Apesar de extenso, entende-se este resumo como parte da fundamentação para a defesa da proposição desta Tese:

1- Do ponto de vista do tipo e nível de intervenção

a)-Pesquisa-ação e/ou intervenção institucional:

Refere-se às pesquisas ou estudos envolvendo a participação (e não só) do pesquisador junto à organização ou comunidade em foco, o envolvimento dos usuários e integrantes da comunidade ou instituição no processo de pesquisa e mudança social. Enfatiza a indução de ações planejadas de caráter social, educativo ou técnico, de cunho participativo em nível local ou regional.

b)- Pesquisa participante:

Diz respeito às pesquisas que envolvam a participação do pesquisador na realidade individual, social ou organizacional em foco. Não implica na participação direta das pessoas envolvidas no processo da pesquisa. Os recursos de pesquisa mais utilizados são a observação direta, entrevistas, a análise de material bibliográfico primário e secundário, métodos clínicos, etc.. Compatível com a utilização de métodos quantitativos.

c)- Pesquisa "convencional":

Metodologias que pressupõem uma ação investigativa mais autônoma do pesquisador em relação aos atores sociais em foco. Incluem uma preocupação mais ou menos enfática de replicabilidade e de produção com pretensões mais universais, exigência teó-

rica, metodológica e/ou empírica, mais rigorosa. É comum a manipulação estatística de dados.

2- Do ponto de vista dos seus objetivos institucionais

Podem ter “designs” e estratégias muito variados. Pode assumir uma combinação ou um dos seguintes caracteres isoladamente:

a) Caráter teórico ou acadêmico:

- sem uma preocupação de aplicação prática imediata; de grande relevância na avaliação estratégica de políticas e serviços ao nível macro ou micro;

b) Caráter político / administrativo:

- preocupação de administradores, de enfoque mais pragmático e imediato (manipulando dados objetivos, tem como finalidade: planejamento ou normatização de serviços, monitorização ou supervisão de rotina de serviços já montados, implementação de mudanças administrativas em serviços já montados, avaliação de custos e resultados para a tomada de decisão, coleta de dados para treinamento de recursos humanos, etc.);

c)- De caráter institucional:

- Realizadas por cientistas sociais (buscam mudanças qualitativas nos objetivos estratégicos, nos modelos assistenciais, na estrutura e cultura organizacional dos serviços, e, inter-relações entre profissionais, administração, clientela direta e comunidade);

d)- De caráter clínico:

- centra-se na “[...]avaliação das práticas e técnicas terapêuticas e reabilitadoras utilizadas pelos profissionais de saúde mental, [...]” (os objetivos ligam-se “[...] à teoria, ética, eficácia clínica, produção e avaliação de técnicas farmacológicas e biotecnológicas, formação profissional, etc.”);

3- Do ponto de vista do objeto específico de estudo e estratégias de pesquisa

A literatura internacional referente a avaliação de serviços em saúde mental, segundo o autor, indica, nesta perspectiva, as seguintes possibilidades em tipos de trabalhos:

a)- Estudos da história de serviços psiquiátricos:

Estudos que, em geral, adotam uma estratégia genética. O estado atual dos serviços é visto pela óptica de seu desenvolvimento e determinantes históricos. Há uma tendência no sentido de enfatizar dados qualitativos.

b)- Estudos de políticas e programas de saúde mental.

Oferecem contribuições importantes para a avaliação dos serviços, uma vez que os mesmos estão inseridos nessas políticas.

- c)- Estudos de adequação demanda / resposta (adequação do serviço às necessidades específicas da clientela potencial ou real):

Podem ser entendidos como de nível macro e de nível micro.

- Nível macro:

Apoiam-se em dados de prevalência e nas variáveis sócio-demográficas. São várias estratégias que visam valorizar o usuário.

Sendo um objeto da epidemiologia, podem ser identificados quatro tipos básicos de estudo: estudos de área ecológica, inquéritos de corte-transversal (os mais empregados em epidemiologia moderna), estudos de corte longitudinal e estudos de caso controle

- Nível local ou micro:

Constituem-se em estudos de casos individuais ou múltiplos de unidades locais em saúde mental. Podem produzir tanto dados quantitativos quanto qualitativos em relação a demanda.

Quando os trabalhadores de saúde mental são a fonte de informações no estudo sistemático das necessidades em saúde mental relativos a determinados grupos da clientela, o autor informa que "a literatura anglo-saxônica" identifica pelo menos dois tipos de estratégias:

- Escalas padronizadas de avaliação¹⁷ do 'nível de dependência' de cada cliente, que serão comparadas com outros grupos de clientes em diferentes tipos de serviços.
- Instrumentos que apresentam aos trabalhadores diferentes opções de serviços, aos quais se pede para indicar qual seria a melhor opção para cada usuário.

- d)- Estudo de avaliação custo/benefício:

Tendo em vista os recursos, em geral limitados, estes estudos buscam a eficiência e o controle de gastos, tentando avaliar os benefícios sociais de diferentes projetos de

¹⁷ Em relação à essas escalas, VASCONCELOS (1995) salienta que, "Nesta direção, há pelo menos duas escalas conhecidas: a CAPE e as REHAB". Infelizmente não se teve acesso à bibliografia citada pelo autor:

PATTIE, A. H.; GILLEARD, C. J. **Clifton assessment procedures for the elderly (CAPE)**, NFER-Nelson, Windsor, 1979.

BAKER, R.; HALL, J. N. **REHAB** : rehabilitation evaluation. Hall and Baker, Vine Publishing, Aberdeen, 1983

investimento propostos pelos serviços públicos. Aqui, a avaliação costuma incluir cinco etapas:

- especificar os objetivos a atingir (inclui a especificação do grupo específico da clientela bem como as mudanças desejadas);
- operacionalizar esses objetivos, "[...] tornando-os passíveis de avaliação e medida objetiva [...]";
- desenvolver programas alternativos visando atingir tais objetivos;
- determinar o custo operacional;
- avaliar a efetividade de cada programa, indicando o nível de alcance desses objetivos.

Problemas inerentes a este tipo de estudo: a) dificuldade em estabelecer parâmetros objetivos de resultados terapêuticos (fenômenos francamente subjetivos e de diferentes concepções a respeito dos objetivos a alcançar.); b) dificuldade "[...] de delimitar a inclusão de custos indiretos (ocasionados pelas implicações do transtorno mental e suas seqüelas na vida do indivíduo) nos custos diretos (tratamento) [...]"; c) "Como traduzir a dor e o sofrimento em termos monetários?".

e)-Avaliação da qualidade dos serviços:

Defronta-se com as mesmas dificuldades para se estabelecer critério de qualidade em relação aos serviços de saúde mental.

Neste último aspecto apontado por VASCONCELOS (1995), autores, há, que baseiam os resultados no que é desejável, de acordo com a sua opinião. Tanto é assim, que WYSZEWIANSKI (1988) já propunha que se distinguísse 3 componentes gerais referentes aos cuidados. Seria, para ele, uma das maneiras de conceituar qualidade:

- 1) competência técnica por parte do profissional;
- 2) aspectos interpessoais da relação profissional / paciente;
- 3) aspectos relativos à comodidade, referentes à maneira com que se acolhe, e ao conforto e privacidade com que os cuidados são oferecidos.

Este autor argumenta que não é necessariamente verdadeiro que alta qualidade em uma área implica alta qualidade em outras áreas, e vice versa.

Os estudos, páginas acima resumidos, que focalizam estritamente a satisfação de pacientes, exemplificam esta última observação. O fato principal, no entanto, é que seguidamente luta-se para que haja satisfação, por parte paciente, em se conseguir qualidade de cuidados. E isso num terre-

no em que tanto o acolhimento, como nos diz WYSZEWIANSKI (1988), como os muitos outros aspectos da relação interpessoal, resultam em aumento da satisfação. Estes aspectos, em particular, são os relacionados à boa comunicação entre o profissional e o paciente. Emerge, pois, desta observação, um fator subjacente muito pouco explicitado, qual seja, o tempo de contato. Sem este não há presença. Não pode, então, haver plena satisfação, pois é a presença do profissional junto ao paciente que costuma ser o anseio mais comumente verbalizado.

Se o produto do trabalho necessariamente termina por questões de satisfação por parte do usuário, pode-se admitir que em Saúde Mental inicia-se pela satisfação do trabalhador prestador de serviço. Ou complementa-se. Torna-se importante, pois, a identificação e o estudo de suas dificuldades em realizar o trabalho. Dificuldades, estas, que possam ser entendidas como uns dos fatores, entre os tantos, responsáveis pela insatisfação desse mesmo profissional.

4 OBJETIVOS

Os seguintes objetivos são estabelecidos:

1- Conhecer o perfil dos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos.

2- Conhecer os principais problemas que os profissionais costumam enfrentar, enquanto trabalhadores em Saúde Mental, prestando serviço público (SUS), particularmente no que tange ao diagnóstico e terapêutica.

3- Conhecer a postura dos referidos profissionais em relação às mudanças no processo de trabalho, que se vislumbra com a tendência comunitária no atendimento em Saúde Mental.

4- Verificar o quanto os mesmos estão familiarizados com a legislação pertinente ao tema desinstitucionalização.

Em relação aos objetivos acima listados, estabelece-se a hipótese de que existem, e podem ser identificadas, dificuldades, ou problemas, no exercício profissional em saúde mental, público, particularmente no campo da psiquiatria. Aventa-se, também, a hipótese de que há uma significativa insatisfação, por parte de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, relativa ao processo de desinstitucionalização, em andamento na cidade de Curitiba. Estes mesmos profissionais não estariam plenamente familiarizados com a legislação pertinente ao tema.

5 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

Estudo exploratório, descritivo, em que se utilizaram questionários e entrevistas.

Pesquisa realizada em 2 fases, separadas no tempo por um período de 2 anos e 8 meses:

Primeira fase: novembro de 1994 / fevereiro de 1995.

Segunda fase: outubro de 1997 / março de 1998.

4.2. PRIMEIRA FASE

4.2.1 SUJEITOS

Inicialmente, pretendeu-se aplicar entrevistas não-estruturadas, para levantamento de problemas, que possibilitassem a construção de questionários e estruturação da entrevista para a segunda fase.

Para esta finalidade, a população alvo foi composta por 5 profissionais psiquiatras (Psq), 5 psicólogos (Psc), e 5 assistentes sociais psiquiátricos (As) que prestam serviços em psiquiatria à população da cidade de Curitiba e região Metropolitana, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os profissionais foram selecionados aleatoriamente em um universo de 85 psiquiatras, 77 psicólogos, 34 assistentes sociais. Estabeleceu-se um número de 3 profissionais para hospital e 2 para ambulatório, para cada uma das categorias.

São profissionais, portanto, distribuídos em dois grupos quanto aos ambientes de trabalho: prestadores de serviço em hospitais e prestadores de serviço em ambulatório com vistas à identificação de problemas específicos. No ANEXO 4 há uma enumeração desses ambientes de trabalho.

Para a aplicação dos questionários, a amostra referiu-se aos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos, de ambulatórios e hospitais, da região metropolitana de Curitiba. De um total de 236 profissionais relacionados pelos serviços¹, dos quais 121 eram psiquiatras (70 de hospitais e 51 de ambulatório), 79 psicólogos (41 de hospitais e 38 de ambulatórios) e 36 assistentes sociais psiquiátricos (24 de hospitais e 12 de ambulatórios), computou-se 196 (85 Psq., 77 Psc. e 34 As.), com

¹ Os dados relativos ao número de profissionais foram obtidos, via correspondência escrita, junto a direção clínica dos respectivos serviços. Houve pronta resposta à solicitação de informações.

vistas a não haver reposição de respondentes. Os hospitais estavam se ajustando às normas da Portaria N.º 224, de forma que o número de profissionais não era definitivo.

4.2.2 INSTRUMENTOS

Utilizaram-se, como instrumentos, entrevista não-estruturada, e questionários para a primeira fase (ANEXO 1).

- A entrevista é de característica aberta (não-estruturada) tendo como estímulo uma pergunta relativa às dificuldades enfrentadas pelos profissionais em seu dia-a-dia no trabalho:

“Quais dificuldades, ou problemas, você enfrenta no dia-a-dia de seu trabalho como prestador de serviço público vinculado ao Sistema Único de Saúde?”

- Quanto aos questionários, em número total de 6, destinou-se um a cada sub-grupo de profissionais (psiquiatras de ambulatórios, psiquiatras de hospitais, psicólogos de ambulatórios, psicólogos de hospitais, assistentes sociais psiquiátricos de ambulatórios, assistentes sociais psiquiátricos de hospitais). Compõem-se de questões, cujas respostas, na maioria fechadas, abordam possíveis dificuldades ou problemas. Também indagam sobre aspectos que permitem desenhar o perfil profissional, tais como idade, sexo, estado civil, salário, etc. Totalizam 31 questões, cada um — algumas específicas para a categoria profissional e respectivo ambiente de trabalho —, distribuídas em 6 páginas, para cada questionário.

4.2.3 PROCEDIMENTOS

Realizaram-se as 15 entrevistas, como uma enquête preliminar. Apenas estimularam-se os profissionais a buscar a resposta, sem dirigi-los. As informações obtidas permitiram a construção dos questionários empregados nesta primeira fase, bem como a estruturação da entrevista para a segunda.

A seguir, procedeu-se pré-teste que permitiu reformular tanto a forma quanto o conteúdo dos questionários e do plano da entrevista (esta, para a segunda fase).

Dispondo-se de uma listagem dos nomes dos profissionais de cada um dos ambientes de trabalho (hospitais e ambulatórios), montou-se um envelope (endereçado ao profissional) contendo, presos por um pequeno clipe, o questionário — este, sem qualquer sinal de identificação —, um envelope, também sem identificação, e duas etiquetas auto-aderentes, com vistas a lacrar o envelope de

resposta. Este segundo envelope destinou-se ao questionário respondido, o que permitiu fosse o mesmo lacrado com as etiquetas. Foi acrescentada, ainda, ao conteúdo do envelope endereçado, uma carta explicando o motivo da pesquisa (ANEXO 1). Com este último procedimento procurou-se, além de explicar a natureza e finalidade da pesquisa, deixar claro a intenção de anonimato quanto ao respondente.

A entrega dos questionários foi feita pessoalmente ou por intermédio de um representante dos profissionais de cada serviço, com vista a estimular a participação. O recolhimento dos questionários respondidos coube também aos mesmos.

Quanto à identificação dos respondentes, a única identificação possível seria em relação aos "grupos de profissionais" lotados em seus respectivos ambientes de trabalho. Muito embora não tenha sido verbalizado qualquer preocupação desta natureza, assegurou-se a manutenção do anonimato e o não uso de qualquer informação que permitisse identificar o profissional.

4.3 SEGUNDA FASE

4.3.1 SUJEITOS

Quanto às entrevistas, em número de 35, foram realizadas com sujeitos selecionados aleatoriamente, visando formar uma amostra que representasse a totalidade, com vistas a uma análise qualitativa.

Para tanto, utilizou-se a "Tabela de números aleatórios (Tábua de números eqüiprováveis)." (MARCONI, 1990 p. 37-56; GIL, 1991, p.91-103)

Como os serviços atuam de maneira diferenciada, a amostra aleatória foi estratificada, não proporcional: psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais; ambulatório e hospital; e serviços. Foram referidos a um único serviço os sujeitos que, na mesma categoria profissional, pertencessem a mais de um ambiente terapêutico ou serviço.

Tratando-se de uma investigação qualitativa, utilizou-se do recurso de esgotar as possibilidades. O que permitiu cessar a seleção, quanto a incluir entrevistados, no momento em que se observou repetição de problemáticas, mas que atingisse pelo menos 20% do total dos profissionais.

A população-alvo é composta de profissionais que prestam serviços em psiquiatria à população do Município de Curitiba, sediados em ambulatórios, e pelos profissionais prestadores de serviço em hospitais psiquiátricos de outras cidades da Região Metropolitana de Curitiba.

Para a segunda fase, limitou-se, o estudo, então, aos profissionais que trabalhavam em serviços localizados em:

- a) município de Curitiba: ambulatórios e hospitais;
- b) outras cidades da Região Metropolitana: hospitais.

Relaciona-se, no ANEXO 4 os locais a que se refere esta fase em que se utilizaram entrevistas como recurso coletor de dados.

Estabeleceram-se critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão:

- 1- Profissionais psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais prestadores de serviço em ambulatórios e hospitais, públicos ou conveniados com o SUS. Restritos ao município de Curitiba, quanto aos ambulatórios; e à toda região metropolitana quanto aos hospitais.

Exclusão:

- 1- Visando a não reposição.
- 2- Não se dispor à entrevista.
- 3- Ter participado da enquête preliminar.
- 4- Trabalhar em um serviço onde não existissem as 3 categorias profissionais.

Utilizando-se dos critérios acima expostos, listou-se um total de 157 profissionais. (71 psiquiatras, 54 psicólogos, 32 assistentes sociais psiquiátricos)

Participaram da pesquisa, na qualidade de entrevistados:

Hospitais: 10 psiquiatras, 7 psicólogos e 5 assistentes sociais

Ambulatórios: 5 psiquiatras, 5 psicólogos e 3 assistentes sociais

4.3.2 INSTRUMENTOS

- Entrevista semi-estruturada.
- Um gravador de audio e 35 fitas cassetes.

A entrevista inicia-se pela apresentação de 2 perguntas principais. Uma, indagando das supostas dificuldades no exercício profissional e a outra que indaga o posicionamento crítico do profissional em relação às mudanças em vias de acontecer:

1ª) - Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

2ª) - Qual é a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

Sucedem-se 8 perguntas (respostas abertas) visando aquilatar o grau de familiaridade do profissional à legislação pertinente.

1 - Conhece o conteúdo da Portaria N.º 224?

2 - Alguém lhe enviou o texto?

3 - Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

4 - Alguém lhe enviou o texto?

5 - Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

6 - Alguém lhe enviou o texto?

7 - Conhece o conteúdo da Lei Municipal que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

8 - Alguém lhe enviou o texto?

4.3.3 PROCEDIMENTO

O intervalo entre a aplicação de um instrumento (questionários) e o outro (entrevistas) foi de 2 anos 8 meses.

Desta segunda fase não participaram os profissionais envolvidos na enquête preliminar, e profissionais de alguns serviços participantes da primeira. O momento (outubro de 1997 até março de 1998) foi o de plena vigência da Lei Estadual N.º 11189 do Dep. Florisvaldo Fier, (ainda não regulamentada.). Portanto, em um contexto de desinstitucionalização e, no que tange ao gerenciamento da saúde, em plena municipalização. Dessa forma, o interesse, nessa segunda fase, voltou-se para o Município de Curitiba.

As entrevistas foram conduzidas pelo próprio pesquisador. O tempo utilizado foi o de 35 minutos, em média, para cada uma; produzindo um total de cerca de 20 horas de gravação. Foram transcritas de maneira fidedigna à expressão dos entrevistados, o que exigiu aproximadamente 140 horas de digitação.

A transcrição procurou, na medida do possível, registrar as pausas, as hesitações, e até mesmo a "acentuação" silábica, o momento de bom humor, o riso, etc. Parte-se do pressuposto de que as pessoas, afora as experientes na comunicação verbal em público, não costumam falar como se escrevessem, pois a premência temporal não lhes permite elaborar o pensamento da maneira como se faz ao escrever. (PERRUSI, 1995, p. 172) Optou-se pela transcrição da linguagem coloquial, pois se acreditou não haver deselegância nesse procedimento, em virtude da manutenção do anonimato. Com o registro de peculiaridades de expressões, objetivou-se auxiliar a memória quanto ao captado objetivo e subjetivamente durante o encontro. Objetivou-se, também, evitar o envolvimento do pesquisador, o que poderia ocorrer caso a opção fosse a de editar as entrevistas. Acreditou-se que a apresentação ficasse, assim, isenta da influência por parte do pesquisador. Dessa forma, sem a intermediação interpretativa, se ofereceria, ao leitor, uma maior aproximação em relação ao clima da entrevista. Registrou-se, portanto, tão somente a maneira como as pessoas expressaram verbalmente as suas idéias.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Procedeu-se uma análise temática das entrevistas (15) da etapa preliminar, possibilitando realizar um levantamento das dificuldades mais comuns.

Após concluir a aplicação dos questionários, procedeu-se a tarefa de tabular dados. Para isso, utilizou-se o Banco de Dados , aplicativo de computador, Microsoft Access 2.0, com o qual se construiu uma planilha de 33 campos, 157 linhas, e 5181 registros. O Banco de Dados dispõe de pro-

cedimento chamado "Consulta", permitindo filtragens de dados. Foi possível, então, confeccionar tabelas específicas para cada questão do questionário. Estabeleceu-se a distribuição percentual, com a qual se executou a análise, o que permitiu algumas inferências.

Quanto às entrevistas, da segunda fase, inicialmente realizou-se análise do conteúdo do material transcrito, buscando-se identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais. Para isso, procedeu-se a uma leitura flutuante (MINAYO, 1992, p. 209), intensiva e atenta, repetidamente, entrevista por entrevista, até surgir, na mente de quem as analisou, um estado de impregnação ideativa. Construiu-se o "corpus" (organização do material de forma a poder responder a algumas normas de validade). Encontraram-se "temas" que funcionaram como unidades de registro. Em geral, para esta análise, não se trabalhou com inferências estatísticas.

A análise das respostas à primeira pergunta (dificuldades e problemas) sofreu um processo analítico que se iniciou com a prévia estruturação da entrevista. Estruturação, esta, apoiada na análise das entrevistas durante a fase preliminar. Deu-se espaço, porém, para que os entrevistados, inicialmente, expusessem de maneira espontânea, estimulados exclusivamente pela pergunta. Só após se perceber o esgotar de possibilidades é que se passou a dirigir a exposição, tendo como base a referida estruturação da entrevista (pré análise). O interesse voltou-se para a raridade ou elevada frequência dos problemas identificados.

Quanto às respostas à segunda pergunta (opinião quanto a desinstitucionalização), buscou-se encontrar categorias temáticas, sem que se pretendesse quantificar tipos de opinião ou se estabelecer inferências estatísticas.

Finalmente, realizou-se análise qualitativa das respostas às 8 perguntas finais (familiaridade com a legislação pertinentes e ter, ou não, recebido os documentos). Foi possível identificar 3 tipos de respostas: sim (S), não (N) e parcialmente ($\pm$). Construiu-se uma tabela que permitiu quantificar o grau de familiaridade (dos profissionais como um todo) com as leis, e quanto a ter, ou não, recebido pessoalmente os documentos. Foi possível, quanto às respostas das indagações, realizar-se algumas operações estatísticas simples na forma de percentagens, sendo possível, então, algumas inferências.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cria-se uma relação dinâmica entre o pesquisador e o pesquisado que não será desfeita em nenhuma etapa da pesquisa, até seus resultados finais. Esta relação viva e participante é indispensável para se apreender os vínculos entre as pessoas e os objetos, e os significados que são construídos pelos sujeitos. O resultado final da pesquisa não será fruto de um trabalho meramente individual, mas uma tarefa coletiva, gestada em muitas microdecisões, que a transformam em uma obra coletiva CHIZZOTI (1985, p. 83-84).

Os resultados e a discussão serão apresentados obedecendo-se o seguinte critério:

PRIMEIRA FASE (questionários) e, SEGUNDA FASE (entrevistas). Esta última subdividida em "dificuldades ou problemas", "opinião quanto a desinstitucionalização" e, "familiaridade com a legislação pertinente".

5.1 PRIMEIRA FASE: QUESTIONÁRIOS

A seguinte sistemática orienta a apresentação dos resultados:

- a) perfil dos profissionais;
- b) os problemas do dia-a-dia, as dificuldades por ocasião do diagnóstico e terapêutica, bem como os problemas correlatos. Estes aspectos compõem três grupos temáticos. Para cada um dos três grupos, procurou-se arrolar os problemas mais comuns com base nas respostas dos profissionais:
 - política de saúde mental;
 - a profissão;
 - o processo de trabalho.

De uma amostra de 188 profissionais, em um universo de 196 conseguiu-se respostas de

157.

Foram devolvidos 5 questionários sem responder; 26 não foram devolvidos.

Os 8 profissionais restantes não responderam porque não lhes foram entregues os questionários. Os motivos variaram desde férias, à ausência por outras causas, do ambiente de trabalho, du-

rante os dias (de novembro de 1994 a fevereiro de 1995) em que se fez a distribuição dos questionários. Não se tentou contatá-los porque ao fazê-lo promover-se-ia a quebra de sigilo.

Os respondentes foram: 82 psiquiatras (26 de ambulatórios e 56 de hospitais), 45 psicólogos (14 de ambulatórios e 31 de hospitais) e 30 assistentes sociais psiquiátricos (8 de ambulatórios e 22 de hospitais).

Com o objetivo de facilitar a identificação das TABELAS, relacionando-as com as respectivas questões dos questionários, elaborou-se a seguinte notação:

TABELA XX - Q-YY-ZZZ.P —

Onde: XX = número da tabela

Q = indicativo de Questão

YY = número da questão no questionário

ZZZ = indicativo do ambiente, ou "T" para indicar a totalidade de ambientes e/ou de pro-

fissionais: Amb = ambulatório H = hospital

P = indicativo do profissional:

Psq = psiquiatra Psc = psicólogo As = assistente social

Exemplos:

TABELA 01 - Q-03-T — (Tabela 01, referente à questão 03 dos questionários para todos os ambientes e profissionais.)

TABELA 08 - Q-10-AmbH.Psq — (TABELA 08, referente à questão 10 do questionário, Ambulatórios e Hospitais. Profissional Psiquiatra.).

TABELA 10 - Q-10-AmbH.As — (TABELA 10, referente à questão 10 do questionário, Ambulatórios e Hospitais. Profissional Assistente social.).

TABELA 29 - Q-14-H.Psq — (TABELA 29, referente à questão 14 do questionário para Hospitais. Profissional psiquiatra.)

TABELA 38 - Q-18-Amb.T — (TABELA 38, referente à questão 18 dos questionários para os ambulatórios. Todos os profissionais.)

5.1.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

5.1.1.1 O SEXO

Os dados coletados evidenciam, uma predominância de homens entre os médicos psiquiatras e uma predominância de mulheres entre os profissionais psicólogos e assistentes sociais. Quando se considera os profissionais como um todo, há nítida predominância do sexo feminino.

Entre os psiquiatras, observa-se a razão de 50 homens para 32 mulheres ($R = 1,56$) ou 60,97%.

Entre os psicólogos, observa-se a razão de 41 mulheres para 4 homens ($R = 10,25$) ou 91,11%.

Entre os assistentes sociais psiquiátricos, observa-se a razão de 28 mulheres para 2 homens ($R = 14$) ou 93,33%.

Entre os profissionais como um todo, observa-se a razão de 101 mulheres para 56 homens ($R = 1,80$) ou 64,33%.

Com exceção do que ocorre com os psiquiatras, a atividade profissional no campo da saúde mental, em Curitiba, mostra-se, com relação aos profissionais em estudo, como uma atividade predominantemente feminina. (TABELA 00 - Q-04-T —, ANEXO 2)

5.1.1.2 A IDADE

A TABELA 01 - Q-03-T — (ANEXO 2) permite que se visualize a idade dos profissionais conforme o ambiente de trabalho e a categoria profissional:

Há uma predominância de médicos psiquiatras nas faixas etárias entre 31 e 50 anos.

Os psicólogos tendem a ser mais jovens, concentrados entre 26 e 45 anos. Distribuem-se de maneira tal que, em ambulatórios, tendem ao limite superior desta faixa e, em hospitais, ao limite inferior.

Os assistentes sociais psiquiátricos têm sua maioria (43,33%) na faixa de 31 a 35 anos, quando computados os de ambulatórios com os de hospitais.

5.1.1.3 O ESTADO CIVIL

Quando se considera o total de profissionais consultados (157), os casados respondem por 58,54% (91); os divorciados e separados, no total, por 11,46% (18); os solteiros por 28,66% (45); e os viúvos por 0,63% (2). (TABELA 02 - Q-04a-T — , ANEXO 2)

5.1.1.4 TEMPO DE FORMADO

Os psiquiatras são os que detêm o maior número de elementos com tempo de formado no limite superior, ou seja acima de 22 anos: 3 (11,53%) em ambulatorios e 11 (19,64%) em hospitais. As demais categorias não possuem representantes desta faixa de tempo de formado.

Concentram-se, os psiquiatras, na faixa de 14 a 16 anos de formados (34,61% em ambulatorios e 23,21% para os hospitais).

Os psicólogos distribuem-se em menos tempo de formado. Há um ascender da faixa de 2 a 4 anos até a faixa de 14 a 16 anos no que respeita aos psicólogos de ambulatorios. Quanto aos psicólogos de hospitais, a concentração dá-se na faixa de 8 a 10 anos (32,25%). Para estes profissionais não existem representantes para as faixas acima de 16 anos de formado, tanto em ambulatorios quanto em hospitais.

Os assistentes sociais psiquiátricos, em menor número, distribuem-se, em se tratando de ambulatorios, em 3 concentrações de faixas etárias: 5 a 7 anos - 35,50%, 11 a 13 anos - 25,00% e 17 a 19 anos - 25,00%. Por outro lado, os assistente sociais de hospitais concentram-se nas faixas de 2 a 4 e 5 a 7 anos, com 27,27% em cada uma. (TABELA 03 - Q-05-T — , ANEXO 2))

A idade dos profissionais (subseção 5.1.1.2, TABELA 01 - Q-03-T — , ANEXO 2), aliada ao tempo de formado (subseção 5.1.1.4, TABELA 03 - Q-05-T — , ANEXO 2), pode ser usada como um indicativo da experiência de prática clínica. No entanto, não se fará qualquer tentativa de correlação causal destas variáveis com a opinião emitida pelos profissionais, nem, tampouco, com as dificuldades vivenciadas. Limita-se a explicitação de uma possível vinculação.

5.1.1.5 ESCOLA DE ORIGEM

A Universidade Federal do Paraná (UFPR), com seu curso de medicina, é a que fornece o maior contingente de profissionais psiquiatras: 67,07% (65,38% em ambulatorio e 67,85% em hospitais). Em segundo lugar a Pontificia Universidade Católica (PUC) 19,51%, sendo 23,07% para ambu-

latórios e 17,85% para hospitais. Em terceiro lugar a Faculdade Evangélica de Medicina, com 7,31% (11,53% para ambulatório e 5,35%, para hospitais). Cinco respondentes (8,92%) assinalaram "outras", sem, no entanto, especificar.

Quanto à psicologia, a ordem mostra-se diferente: O Curso de Psicologia da Universidade Tuiuti, responde por 51,11%, no total dos profissionais, sendo 64,28% para ambulatórios e 45,16% para hospitais; em segundo lugar o Curso de Psicologia da PUC, com 24,44% para o total (21,42% para os ambulatórios e 25,80% para os hospitais); em terceiro lugar o Curso de Psicologia da UFPR, pouco se diferenciando da PUC, com 22,22%; finalmente, apenas um respondente assinalou "outras".

Os assistentes sociais psiquiátricos tem sua formação: Faculdade Espírita de Estudos Sociais em 53,33%, sendo 50,00% para ambulatório e 54,54% para hospitais; a PUC é representada por 36,66% dos profissionais, sendo 25,00% para os ambulatórios e 40,49% para os hospitais; 2 profissionais (6,66%) assinalaram "Piracicaba" como escola de origem. Nenhuma referência foi feita à UFPR.

[TABELA 04 - Q-06-T — (ANEXO 2)]

Utilizando-se da TABELA 04 - Q-06-T — (ANEXO 2) para computar o total dos profissionais em cada categoria, em ordem decrescente, tem-se:

- Psiquiatras: UFPR (67,07%); PUC (19,51%); Evangélica (7,31%); Outras (6,09%).
- Psicólogos: Tuiuti (51,11%); PUC (24,44%); UFPR (22,22%); Outra (2,22%).
- Assistentes sociais psiquiátricos: Espírita (53,33%); PUC (36,66%); Piracicaba (6,66%); UEPG (3,33%). Não havendo representantes da UFPR.

Estes dados permitem concluir que os serviços, em Curitiba, têm se utilizado de mão-de-obra oriunda da própria cidade. Significa, pois, ser plenamente justificável, entre outros motivos, investir, em Curitiba, na graduação e pós-graduação destas modalidades profissionais. Corrobora, tal afirmação, os dados registrados na TABELA 05 - Q-07-T — , (ANEXO 2) (pós-graduação), onde se observa a especialização e a residência médica (no caso dos psiquiatras, 39,02% e 23,17%, respectivamente) como limite máximo de aprimoramento. (vide primeiro parágrafo da p. 91)

5.1.1.6 PÓS-GRADUAÇÃO

Quanto aos psiquiatras: 1 referência ao doutorado (1,21%); nenhuma ao mestrado; 19 (23,17%) à residência; 32 (39,02%) à especialização; 8 (9,75%) ao aperfeiçoamento; 15 (18,29%) ao estágio; e, 7 (8,53%) à "nenhuma" pós graduação.

Quanto aos psicólogos: nenhuma referência a doutorado ou mestrado; 29 (64,44%) à especialização; 3 (6,66%) a aperfeiçoamento; 7 (15,55%) a estágio; e, 6 (13,33%) à "nenhuma" pós-graduação. Registra-se o fato de que 6 respondentes assinalaram "residência". Estes foram computados como especialização. Um hospital em Curitiba oferece um estágio em nível de especialização rotulando-o como residência, sem no entanto seguir os moldes das residências em medicina. Não havendo, também, vinculação ao MEC.

Quanto aos assistentes sociais psiquiátricos, nenhuma referência a doutorado e mestrado; 15 (50,00%) à especialização; 6 (20,00%) a aperfeiçoamento; 4 (13,33%) a estágio; e, 5 (16,66%) assinalaram não possuir "nenhuma" pós-graduação. (TABELA 05 - Q-07-T — ,ANEXO 2)

O termo "nenhuma" permite concluir da inexistência de qualquer pós-graduação. Permite afirmar que mais de 10% e menos de 15% (11,46%, computados todos os profissionais que responderam ao questionário) dos profissionais, entraram no mercado de trabalho valendo-se apenas do que lhes foi oferecido durante a graduação.

Pode-se concluir que, entre os psiquiatras, pelo menos 23,17% — 19 profissionais — está habilitado para o exercício profissional mediante Residência Médica, que é o aprendizado teórico e prático para o trabalho médico. Somando-se, a estes, os portadores de especialização [32 (39,02%)] e àqueles com aperfeiçoamento [8 (9,75)], obtém-se 71,95% (59 em 82). Caracterizando-se, pois, uma excelente massa crítica quando o que se tem em mente é o preparo do profissional. Pois, somente 7 (8,53%) não tiveram quaisquer pós-graduação.

Apenas 1 dos respondentes assinalou Doutorado. Nenhum assinalou Mestrado ou Pós-doutorado. Condições, estas, que não se referem intimamente ao seu trabalho. A pós-graduação *strito sensu* é dotada de importância para o magistério e para a pesquisa, não necessariamente para a prática profissional. Neste caso a pós graduação *lato sensu* seria suficiente para formação prática.

Quanto aos psicólogos: 29 (64,44%) à especialização, e 3 (6,66%) a aperfeiçoamento, resultam 32 (71,10%). Também excelente massa crítica. Muito embora haja um pequeno número sem qualquer pós-graduação [6 em 45 (13,33%)].

Os assistentes sociais psiquiátricos com 15 (50,00%) referente à especialização, e 6 (20,00%) referente a aperfeiçoamento, somam um total de 21 (70,00%) bem preparados profissionais. Havendo apenas 5 (16,66%) com somente a graduação.

Para esta amostra, os psiquiatras tendem mais a continuarem seus estudos na forma de pós-graduação do que os psicólogos, e estes mais que os assistentes sociais.

Considerando-se a especialização (incluindo-se a residência médica, para os psiquiatras) e o aperfeiçoamento, em relação ao aprimoramento máximo, temos um ordenamento entre as categorias profissionais:

- 1º - psiquiatras (71,95%);
- 2º - psicólogos (71,10%);
- 3º - assistente social psiquiátrico (70,00%).

Um ordenamento que se constitui praticamente em uma igualdade. Persiste, pois, a impressão valorativa de uma excelente formação profissional. Fato este que, possivelmente, venha a minimizar as dificuldades enfrentadas por estes profissionais em seu dia-a-dia de trabalho.

5.1.1.7 TÍTULO DE ESPECIALISTA

De um total de 82 psiquiatras da cidade de Curitiba, que responderam ao questionário, 62 (75,60%) são portadores do Título de Especialista em Psiquiatria, sendo 19 (73,07%) para os ambulatórios e 43 (76,78%) para os hospitais. (TABELA 06 - Q-08-AmbH.Psq —, ANEXO 2). Fato, este, de significativa importância.

5.1.1.8 CLÍNICA PRIVADA

Computando-se os dados da TABELA 07 - Q-09-T —, abaixo, observa-se que, relativamente as três categorias profissionais, a maioria (os psicólogos e, principalmente, os psiquiatras) tem na clínica privada uma modalidade de atuação profissional:

- a) psiquiatras — 67 de 82 (81,70%), sendo 76,92% dos de ambulatórios e 83,92% dos de hospitais ;

- b) psicólogos — 31 de 45 (68,88%), sendo 50,00% dos de ambulatorios e 77,41% dos de hospitais ;
- c) assistentes sociais psiquiátricos — 2 de 30 (6,66%), sendo somente os de hospitais, onde há 2 de 22 (9,09%) profissionais.

TABELA 07 - Q-09-T —PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (PsqAmb e PsqHosp), PSICÓLOGOS (PscAmb e PscHosp) E ASSISTENTES SOCIAIS (AsAm e AsHosp), DE AMBULATÓRIO E HOSPITAL QUE, ALÉM DE ATENDEREM EM SERVIÇO PÚBLICO, ATENDEM EM CONSULTÓRIO PARTICULAR. CURITIBA - 1995

ATENDEM EMCONSULTÓRIO PARTICULAR	PsqAmb		PsqHosp		PscAmb		PscHosp		AsAmb		AsHosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	20	76,92	47	83,92	7	50,00	24	77,41	0	0,00	2	9,09
Não	6	23,07	9	16,07	7	50,00	7	22,58	8	0,00	20	90,90
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

Considerando-se em relação ao total dos profissionais (157), em ordem decrescente, atendem em clínica privada :

- 1º. psiquiatras, 67 de 157 (42,67%);
- 2º. psicólogos, 31 de 157 (19,74%);
- 3º. assistentes sociais psiquiátricos, 2 de 157 (1,27%).

Para a amostra em questão:

- a maioria dos psiquiatras atendem, também, em clínica privada (81,70%);
- a maioria dos psicólogos atendem, também, em clínica privada (68,88%);
- a minoria dos assistentes sociais psiquiátricos atendem em clínica privada (6,66).

Em outras palavras, entre os que atendem em clínica privada (100), relativo as três categorias profissionais, o que mais atende é o psiquiatra (67%). Em segundo lugar o psicólogo (31%). O assistente social psiquiátrico é o que menos atende clínica privada, não excedendo 2% em relação aos profissionais que atendem em clínica privada.

5.1.1.9 LOCAIS DE TRABALHO

Os profissionais médicos distribuem-se de maneira tal que apenas 23,17% trabalha em um único local (emprego). O restante se distribui em 2 ou mais locais de trabalho: 76,82% em mais de

um local (43, 90%, do total, em 2 locais; 23,17%, em 3 locais; 8,50%, em 4 locais; e, 1,21% em cinco locais).(TABELA 08 - Q-10-AmbH.Psq —, ANEXO 2)

Os psicólogos, em relação aos psiquiatras, quanto aos locais de trabalho (número de empregos), distribuem-se de modo diferente: a grande maioria (84,09%), tem apenas um emprego; o restante, 15,90%, tem 2 empregos, conforme se pode verificar analisando-se a TABELA 09 - Q-10-AmbH.Psc — (ANEXO 2).

Os assistentes sociais psiquiátricos distribuem-se de maneira similar aos psicólogos, isto é, com predomínio em um só emprego: 55,17% com um único emprego; 37,93% com 2 empregos; e, 6,89% com 3 empregos. (Tabela 10 — Q-10-AmbH.A.s — , ANEXO 2)

Tal diferença pode, por hipótese, ser explicada pelo fato de os psicólogos empregarem-se em vínculos, majoritariamente, tipo "estatutário" (estadual ou municipal) ou CLT. Em geral, com a exigência de assinar ou "bater" cartão-ponto, cumprindo, pois, carga horária. O mesmo, tradicionalmente, não costuma ser exigido dos médicos. Muito poucos são os psicólogos que atendem sem manter um vínculo empregatício formal (autônomos). Esta última forma de trabalhar diz respeito aos ambientes ambulatoriais. Quando, então, estes ambientes são sempre "pessoas jurídicas" em convênio com o SUS.

Tais características profissionais se verificam, também, com os assistentes sociais psiquiátricos. Ainda, estes últimos profissionais nunca entram no mercado como profissionais autônomos, enquanto prestadores de serviço público ou particular conveniados ao SUS.

5.1.1.10 CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA

A TABELA 11 - Q-11-AmH.Psq — (ANEXO 2) mostra de que maneira responderam os psiquiatras quando convidados à citar os tipos de patologias ou faixa etária de sua clientela. Nela estão incluídas respostas de profissionais que se especializaram bem como as respostas de profissionais que atendem em "clínica geral", termo que se utiliza, nesta análise, para designar o atendimento de 2 ou mais patologias. Não houve intuito de tão somente computar o número de tais profissionais e sim de verificar a natureza da clientela. O termo patologia designa, aqui, os itens a serem escolhidos [alcoolistas, psicóticos, distúrbios menores (neuróticos), pessoas senis, adolescentes e, crianças].

Considerando-se os psiquiatras como um todo (ambulatorios e hospitalares), verifica-se que 12,19% dos mesmos dedica-se a uma só patologia; 26,82% a duas patologias; 29,26% a três patologias;

as; 15,85% a quatro patologias; 7,31% a cinco patologias; e 8,53% a seis patologias. Uma conclusão possível, a partir desses dados, é de que 12,19% trabalha de maneira que pode ser especializada. Sendo 5 profissionais trabalhando exclusivamente com alcoolistas e 5 exclusivamente com psicóticos.

A maioria dos psiquiatras [72 de 82 (87,80%)] atende nos moldes de "clínica geral" as patologias (ou faixas etárias) indicadas em rodapé da tabela. Vale dizer, não são especializados.

Considerando-se o total dos psicólogos, verifica-se, de acordo com a TABELA 12 - Q-11-AmbH.Psc — (ANEXO 2), que os mesmos: atendem, em 26,66%, uma única patologia; em 33,33%, duas patologias; em 24,44%, três patologias; em 8,88%, quatro patologias; 4,44%, cinco patologias ; e, em 2,22%, seis patologias.

Tais dados permitem concluir que 26,66%, no mínimo, dos psicólogos pode ser especializado. A tabela indica que dentre esses profissionais, 3 se dedicam ao atendimento exclusivo de alcoolistas; 7 de psicóticos; 2 de transtornos menores, também chamados de neuróticos. No entanto, a maioria [23 de 45 (51,11%)] dos psicólogos dedica-se ao atendimento de diversas patologias ("clínica geral").

Quanto aos assistentes sociais, como um todo, a TABELA 13 - Q-11-AmbH.As — (ANEXO 2) indica que 26,66% trabalha de maneira especializada: 4 dedicando-se a alcoolistas e 4 a psicóticos.

Colocando-se os dados em ordem decrescentes quanto ao número de patologias:

- Não responderam: 2 (6,66%); uma patologia: 8 (26,66%); duas patologias: 8 (26,66%); três patologias: 3 (10,00%); cinco patologias: 7 (23,33%); e, seis patologias: 2 (6,66%).
- Nenhum dos respondentes assinalou 4 patologias. A maioria [20 de 30 (66,66%)] atende como em "clínica geral".

Este aspecto, o das características da clientela, torna-se importante quando são analisados os problemas e dificuldades enfrentados pelos profissionais. Pode-se estabelecer algumas vinculações. Alguns profissionais especializam-se e tratam apenas uma das patologias ou faixas etárias. Ou, apesar de especializados em uma ou duas, atendem também outras patologias. As características do trabalho são diversas e, portanto, também, os problemas específicos. Os hospitais separam os sexos por alas ou enfermarias, de forma que alguns profissionais acabam por se limitar a atender um determinado sexo, o que trás em si a possibilidade de diversa dificuldade.

5.1.1.11 CONCLUSÃO.

Com o que tem sido exposto, pode-se esboçar os seguintes perfis para as três categorias profissionais que trabalham na rede de assistência pública em Saúde Mental:

Os psiquiatras são predominantemente do sexo masculino, 50 homens para 32 mulheres ($R = 1,56$) ou 60,97%. Concentrados na faixa etária de 31 a 50 anos, em sua maioria casados (em torno de 66%), 13,41% separados e divorciados e 19,51% solteiros. A maioria está formada entre 14 e 16 anos se bem que seja esta a categoria que detém o maior percentual de profissionais com tempo de formado superior a 22 anos. Sua origem, em termos de escola, é a Universidade Federal do Paraná, com seu curso de medicina (67,07%). O Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná contribui com 19,51%, a Faculdade Evangélica de Medicina (Curitiba) com 7,31%, e, apenas, 8,92% tem sua origem em outros cursos fora de Curitiba. A maioria se preparou com pós-graduação (39,02% com especialização, 23,17% com residência, 18,29% com estágio, 9,75% com aperfeiçoamento) e um pequeno número (8,53%) tem apenas a graduação. A maioria detém o título de especialista (75,60). Grande parte desses profissionais exerce a clínica privada (81,70%). Em sua maioria (76,82%) atendem em 2 ou mais locais de trabalho, restringindo-se à 23,17% aqueles que tem somente um local. Em sua maioria, atendem como que em "clínica geral", sendo em reduzido número aqueles que atendem de maneira especializada.

Os psicólogos, majoritariamente, são do sexo feminino, 41 mulheres para 4 homens ($R = 10,25$) ou 91,11%. São mais jovens que os psiquiatras, concentrando-se na faixa de 26 a 45 anos, são em sua maioria casados (48%), 8,88% separados ou divorciados e, em 37,77% solteiros. Estão formados em uma faixa de tempo que se estende de 2 à 16 anos, concentrando-se entre 14 e 16 (35,71%) em ambulatorios e entre 8 e 10 anos em hospitais (32,25%). Igual aos psiquiatras, os psicólogos tiveram sua graduação em cursos oferecidos na cidade de Curitiba. O Curso de Psicologia da Universidade Tuiuti responde por 51,11%, o Curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná por 24,44% e o Curso de Psicologia da Universidade Federal do Paraná por 22,22%. Poucos (13,33%) tiveram apenas a graduação. A maioria pós-graduou-se — embora nenhum no sentido estrito — com especialização (64,44%), com estágio (15,55%) e com aperfeiçoamento (6,66%). Um percentual elevado desses profissionais (68,88%) exerce clínica privada. Têm apenas um emprego (84,09%) ou dois empregos (15,90%). E, tendem a um atendimento tipo "em geral", limitando-se a um pequeno número (26,66%) aqueles que atendem de maneira especializada.

Os assistentes sociais psiquiátricos praticamente são do sexo feminino, 28 mulheres para 2 homens ($R = 14$) ou 93,33%. Têm sua maioria (43,33%) na faixa de 31 a 35 anos, são casados

(50%), solteiros (40%) e, separados/divorciados (10%). São formados entre 5 e 19 anos quanto aos de ambulatorios e de 2 a 22 anos quanto aos de hospitais. Igual aos psiquiatras e psicólogos, sua escola de origem predominante situa-se em Curitiba [Faculdade Espirita de Estudos Sociais (53,33%), Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (36,66%)]. Afora uns poucos com apenas a graduação (16,66%), o restante pós-graduou-se, no sentido lato, com especialização (50%), com aperfeiçoamento (20%) e com estágio (13,33%). Um reduzido número (9,09%) oferece serviços particulares, como clínica privada. Têm, em sua maioria, um só emprego (55,17%), ou 2 empregos (37,93%), sendo reduzido o número daqueles que têm 3 empregos (6,89%). E, em sua maioria, atende em "clínica geral", limitando-se à 26,66% o percentual de profissionais dedicados à uma só patologia.

5.1.2 OS PROBLEMAS DO DIA-A-DIA (DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICA, E PROBLEMAS CORRELATOS)

5.1.2.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS

5.1.2.1.1 Fatores que deveriam ser levados em conta na elaboração de um plano de saúde mental

Esta questão, e a seguinte, foram incluídas como um problema correlato às dificuldades profissionais na execução de seu trabalho, tal a relação que se pressupõe com a satisfação / insatisfação profissional, fator intimamente relacionado com o desempenho profissional. Acrescenta-se, ainda, o fato de que, durante as entrevistas preliminares (em número de 15), observaram-se verbalizações de queixume em relação a quem comanda e elabora normas para a organização do atendimento em saúde mental.

A TABELA 14 - Q-01-T — (ANEXO 2) mostra que os profissionais, como um todo, colocaram em primeiro lugar, numa hierarquia ideal de importância, os seguintes fatores (em ordem decrescente):

1º	Técnico-profissional	- 47,13% dos respondentes.
2º	Todos de igual importância	- 20,38% dos respondentes.
3º	Ético-moral	- 14,64% dos respondentes.
4º	Ideológico	- 8,28% dos respondentes.
5º	Administrativo	- 5,73% dos respondentes.
6º	Político-partidário	- 3,18% dos respondentes.

Não se analisaram as seqüências de ordenação por não se acreditar que seja possível estabelecer uma ordem prática além de 3 elementos. Ofereceu-se as opções como estímulo e atribuiu-se importância somente ao primeiro.

5.1.2.1.2 Fatores efetivamente levados em conta

Semelhante ao que se fez no tocante à TABELA 14 - Q-01-T —, apresentam-se, em ordem decrescente, os fatores, conforme a ótica dos profissionais, relativos ao que realmente acontece, segundo suas percepções, portanto, nas discussões sobre um Plano de Saúde Mental para a Cidade de Curitiba. (TABELA 15 - Q-02-T —, ANEXO 2)

1º	Político-partidário	- 36,94% dos respondentes.
2º	Desconhece, não participa	- 29,93% dos respondentes.
3º	Administrativo	- 13,37% dos respondentes.
4º	Todos de igual importância	- 8,28% dos respondentes.
5º	Ideológico	- 5,73% dos respondentes.
6º	Técnico-profissional	- 2,54% dos respondentes.
7º	Ético-moral	- 1,27% dos respondentes.

É importante que se observe que há praticamente uma relação inversa desses fatores, em sua ordenação considerada ideal (subseção 5.1.2.1.1, TABELA 14 - Q-01-T —), quando comparados com a ordenação entendida como real (subseção 5.1.2.1.2, TABELA 15 - Q-02-T —).

De importância é, também, o fato de que 47 (29,93%) dos respondentes informaram desconhecer por não terem participado das discussões, e isto em uma comunidade relativamente pequena de profissionais.

Se estes profissionais que responderam não participar [47 de 157 (29,93%)] forem excluídos dos cálculos junto daqueles que não responderam [3 de 157 (1,91%)], o percentual dos respondentes entendendo que, nas discussões, aquilo que tem sido colocado em primeiro plano é o fator político partidário, sobe para 54,20% [58 (47 + 3) de 107]. Além disso, 7 profissionais (6 psiquiatras e 1 assistente social psiquiátrico) assinalaram um único fator: o político partidário.

As entrevistas, se bem que realizadas na 2ª fase da pesquisa, permitem ter-se uma idéia do que pensam os profissionais, de uma certa forma, relacionado com a maneira com que se administra o atendimento em saúde mental. Apresentam-se alguns trechos:

Eu acho que a desinstitucionalização, feita sem um prévio aumento da oferta quantitativo e qualitativo do atendimento extra-hospitalar, não tem sentido. *Uma coisa que é feita por lei, e não é uma coisa que nasce de uma evolução técnica dos serviços*, no sentido que vai se oferecendo um serviço que é melhor, tornando a institucionalização desnecessária, eles cortam essa institucionalização sem ter um lugar em que o sujeito pode caminhar e procurar tratamento. Simplesmente essas pessoas vão ficar abandonadas, jogadas, sem ter onde ficar, ficando na rua pulando da FAS [Fundação de Ação Social] pra FREI [Fundação de Recuperação do Indigente]. Eu acho essa idéia péssima. Me vem muito a idéia: *isso é um assunto muito técnico, antes de ser assunto político, a bandeira de um partido*. Isso tinha que ser consequência de uma evolução técnica de um serviço. Então vejo que a coisa está indo num sentido completamente errado, e prevejo resultados péssimos. Vão ser cortados gastos com instituições sem que isso determine uma melhora de atendimento. [...] Existe a possibilidade de existir internamento que utilize o hospital menos que nós usamos. E um hospital mais eficiente, econômico e terapêutico. Acabar com os hospitais é uma idéia que só aparece na cabeça de quem não conhece psiquiatria ou de quem não lida com pacientes. Em realidade está faltando hospitais. Há uma demanda que não está sendo atendida. Provavelmente essa demanda poderia ser atendida, se existissem, ambientes extra-hospitalares adequados. Não basta criar NAPS, sem investir no aprimoramento técnico. Desse jeito acaba-se com o hospitalismo e cria-se o Napismo (rindo). Não vai resolver porque não há um investimento na capacitação técnica. Parece que... eu acho, não sou contra que se busque dinheiro na medicina. É a parte da medicina onde se faz menos investimento técnico. Tudo é uma coisa de fachada, qualquer coisa dá, você cumpre meramente um protocolo, de tantos funcionários. Não acredito que na neurocirurgia a coisa possa funcionar desse jeito. As pessoas se preocupam muito mais com a qualidade em outros campos da medicina. Todas essas coisas ficam só num rolo burocrático, meramente políticas e não tem nada de técnicas. (Entrevista n.º 02 PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

De psicólogos de hospital:

Há um lado político da coisa: Uma tentativa. *Parece que alguns políticos utilizam o louco como bandeira de luta*. Geralmente a pessoa do louco, é a que tem a cidadania talvez menos garantida. Então, em nível, assim, (rindo) político, é muito interessante utilizar. Agora, tem um... *tem um lado técnico da coisa que é pouco visto*. Como eu vejo. Por exemplo, nunca me chamaram para discutir. Eu trabalho há anos com paciente psiquiátrico. Nunca fui perguntado sobre isso. Embora façam as reuniões livres para as participações para as discussões, mas não há um consenso maior. (Entrevista n.º 01, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)

[...] a inclusão é importante sim. Mas não no sentido radical de realmente acabar com os hospitais psiquiátricos. Acabar hoje com os hospitais hoje seria uma grande loucura, né? Porque o paciente quando tá em surto ele realmente precisa ter uma proteção maior, precisa ter uma limitação maior, né? tem que falar "não" mesmo pra ele. Eu acho que tem até uma preocupação de tá sendo feito, né? algum tipo de trabalho. Mas ainda está na, na, naquela tentativa de ensaio mesmo, né? Está se experimentando coisas. É importante eu acho que é um caminho, tem que ser feito as coisas mudaram, as coisas estão mudando. Eu acho que as coisas, daqui pra frente entram num processo de mudança. Não dá mais pra ser como era há três anos atrás porque as coisas mudaram, né? Mas... é o tipo da coisas, mas sugestão eu não teria... Eu acho que há uma boa intenção atrás disso. Pelo menos éééé, uma tentativa de que as coisas mudem. É por aí. É o caminho certo. *Mas acredito que haja também algo de política partidária atrás disso. E é uma coisa negativa*. Porque saúde não é uma coisa de política. Saúde é uma coisa básica, né? que é necessária. Até uma saúde preventiva é muito (rindo) mais necessária, é muito mais barato ter uma saúde preventiva do que ter uma saúde curativa, né? Eu acredito realmente acabe, infelizmente, no Brasil, tudo muito movimentado por política. (Entrevista n.º 06, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)

Também, de psiquiatras de hospital:

Todas as portarias que vem sendo produzidas em termos de saúde mental, elas tem como fulcro tentar **desinstitucionalizar**, tentar criar uma outra mentalidade em saúde mental, que é saudável. Em princípio é saudável. **O problema é que ela não vê a realidade econômica, social e política do país.** Então elas tratam, **elas de certa forma tem uma filosofia bonita, mas uma prática inconsistente. Até no que tange à desinstitucionalização, ao fim dos hospitais psiquiátricos, ao internamento compulsório, não compulsório, aquela coisa toda.** [...] [Em relação à Lei Estadual de autoria do Dep. Florisvaldo Fier] Ela não é realizável. Até outro dia tivemos uma situação aqui no hospital em que a lei se aplicava a certas situações. O grande problema é que se nós formos seguir tudo o que está aí, comunicar ao promotor, e tudo o que a lei estabelece, vai burocratizar o atendimento e você acaba não tendo como tratar o paciente. E uma outra situação o médico de plantão e o médico assistente ficam como os únicos e completos responsáveis pelo que venha a acontecer ao paciente. Como se não existissem leis que criam equipes, que exigem equipes, isentando os hospitais, o próprio SUS, pelas condições que oferecem. Quer dizer, a lei se dirige a um único profissional quando na realidade a coisa é multifatorial. **A lei é burocratizante.** E... não sei até onde ela é exequível. (Entrevista n.º 02, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Teriam que ser feitas leis por pessoas que trabalham diariamente com os pacientes. Com o sistema de saúde. Conhecendo as dificuldades que enfrentamos. Não leis feitas por pessoas alienadas do problema. (Entrevista n.º 03, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Opinião de assistentes sociais psiquiátricos:

Em primeiro lugar a parte administrativa. Financeira mesmo. Quando eles não tem a menor idéia do que se passa com o paciente dentro do hospital. Então eu acho que fica difícil você discutir diagnóstico, tratamento do paciente, quando o interesse é única e exclusivamente financeiro. O problema administrativo é tal, que existe um jogo de interesse financeiro. Aí entra também a qualidade do trabalho: não importa. (Entrevista n.º 03, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL.)

Acredito que quando se planeja no serviço público o fator que mais atua, eu acredito, é mais o político mesmo. O que rende votos, que rende IBOPE, o que rende alguma coisa... Eu acho que a gestão da própria comunidade, a nível de associações... **O fator técnico é que vai dar base para tudo, com o envolvimento dos outros seguimentos. Eu acredito que a ciência é que vai fundamentar todo o trabalho.** (Entrevista n.º 01, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.)

5.1.2.1.3 Conclusão

Os profissionais psiquiatras, psicólogos, e assistentes sociais psiquiátricos, portanto, parecem acreditar que o fator mais atuante tem sido o político-partidário, e o menos atuante o fator técnico-profissional. Evidencia-se, ainda, que, segundo essas opiniões, há uma relação inversa entre o que é pretendido e aquilo que acontece, dentro desta comunidade curitibana de profissionais de Saúde Mental. (TABELAS 14 E 15)

5.1.2.2 A PROFISSÃO: SATISFAÇÃO X INSATISFAÇÃO

5.1.2.2.1 Conceito em relação à profissão

Conforme se pode observar, na TABELA 16 - Q-12-T —, a seguir, há uma tendência a não valorizar a profissão, por parte dos psiquiatras como um todo. Atribuem conceitos “Regular” e “Péssima” em torno, aproximadamente, de 70% a 76% dos respondentes. Quanto ao conceito “Boa” e “Muito Boa” varia entre torno de 23% a 25%. A mesma tabela mostra uma visão não tão marcante quando o

que está em foco é o conceito que os psicólogos fazem de sua profissão. O mesmo, porém, não pode ser dito em relação aos assistentes sociais, onde se observa uma leve tendência a valorizar a profissão. Pois apesar de darem em torno de 50% (Amb e H) o conceito de "Regular", apenas 9,09% atribuiu o conceito de "Péssimo". Por outro lado, se computarmos as respostas "Boa" e "Ótima" teremos em torno de 50% em ambulatorios, bem como 36,35%, também a soma, de "Boa" e "Ótima", em hospitais.

TABELA 16 - Q-12-T — CONCEITO, EM RELAÇÃO À PROFISSÃO, ATRIBUÍDA PELOS PROFISSIONAIS, EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As), ENQUANTO PRESTADORES DE SERVIÇOS PÚBLICOS (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

CONCEITO EM RELAÇÃO À PROFISSÃO	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0- Não responde	0	0	2	3,57	1	7,14	0	0	0	0	0	0
1- Péssima	4	15,38	10	17,85	1	7,14	3	9,67	0	0	2	9,09
2- Regular	16	61,53	30	53,57	5	35,71	11	35,48	4	50,00	12	54,54
3- Boa	5	19,23	9	16,07	6	42,85	14	45,16	3	37,50	4	18,18
4- Muito boa	1	3,84	5	8,92	1	7,14	2	6,45	0	0	2	9,09
5- Ótima	0	0	0	0	0	0	1	3,22	1	12,50	2	9,08
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

TABELA 17 - Q-30-T — NOTA ATRIBUÍDA À PROFISSÃO, PELOS PROFISSIONAIS, EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As), ENQUANTO PRESTADORES DE SERVIÇOS PÚBLICOS (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

NOTAS ATRIBUÍDAS À PROFISSÃO	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
00	1	3,84	1	1,78	1	7,14	0	0,00	0	0,00	0	0,00
01	5	19,23	3	5,35	1	7,14	4	12,90	0	0,00	0	0,00
02	0	0,00	2	3,57	1	7,14	0	0,00	0	0,00	0	0,00
03	6	23,07	6	10,71	1	7,14	3	9,67	1	12,5	4	18,18
04	4	15,38	6	10,71	1	7,14	3	9,67	2	25,00	5	22,72
05	5	19,23	15	26,78	2	14,20	6	19,35	1	12,50	2	9,09
06	2	7,69	10	17,85	2	14,20	5	16,12	0	0,00	4	18,18
07	1	3,84	9	16,07	4	28,57	8	25,80	3	37,50	3	13,63
08	1	3,84	4	7,14	0	0,00	1	3,22	0	0,00	2	9,09
09	0	0,00	0	0,00	1	7,14	1	3,22	1	12,50	1	4,54
10	1	3,84	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,54
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

Convidados a atribuir nota, de zero a dez (TABELA 17 - Q-30-T —, acima), ao seu estado de satisfação, gratificação, em relação à profissão enquanto prestadores de serviço público, via SUS, estes mesmos profissionais também indicaram uma atitude próxima aos dados da TABELA 16 - Q-12-T.

- Os psiquiatras de hospitais tendem a não desvalorizar tanto a profissão, sem, no entanto atribuir notas elevadas. Pois os percentuais expostos na TABELA 17 - Q-30-T — indicam distribuição similar à da TABELA 16 - Q-12-T —, apontando para uma tendência na mesma direção: desvalorizar a respectiva profissão.

- Quanto aos psicólogos de ambulatórios e hospitais, muito embora não atribuam tantas notas baixas, não o fazem, também, em relação à notas altas. Tendem a dar notas 5, 6 e 7.

- Por outro lado, os assistentes sociais tendem a se sentir mais gratificados, de maneira similar, quando se compara o ambiente hospitalar com o ambulatorial.

Convencionando-se uma escala de valores, pode-se utilizar termos como "aprovação", "reprovação" associando-os às faixas de notas. Dessa forma:

Psiquiatras de ambulatórios:

Aprovada (notas iguais ou superiores a 6) _____ 5 de 26 (19,23%)

Reprovada (notas inferiores a 6) _____ 21 de 26 (80,76%)

Psiquiatras de hospitais:

Aprovada _____ 23 de 56 (41,07%)

Reprovada _____ 33 de 56 (58,92%)

Considerando-se o total de psiquiatras:

Aprovada _____ 28 de 82 (34,14%)

Reprovada _____ 54 de 82 (65,85%)

Psicólogos de ambulatórios:

Aprovada (notas iguais ou superiores a 6) _____ 7 de 14 (50,00%)

Reprovada (notas inferiores a 6) _____ 7 de 14 (50,00%)

Psicólogos de hospitais:

Aprovada _____ 15 de 31 (48,38%)

Reprovada _____ 16 de 31 (51,61%)

Considerando-se o total de psicólogos:

Aprovada _____ 22 de 45 (48,88%)
 Reprovada _____ 23 de 45 (52,11%)

Assistentes sociais de ambulatórios:

Aprovada (notas iguais ou superiores a 6) _____ 4 de 8 (50,00%)
 Reprovada (notas inferiores a 6) _____ 4 de 8 (50,00%)

Assistentes sociais de hospitais:

Aprovada _____ 11 de 22 (50,00%)
 Reprovada _____ 11 de 22 (50,00%)

Considerando-se o total de assistentes sociais:

Aprovada _____ 15 de 30 (50,00%)
 Reprovada _____ 15 de 30 (50,00%)

Atribuindo-se uma ordenação quanto a valorização relativa da profissão:

- 1º- Quem mais valoriza? _____ Assistentes sociais
 2º- Quem valoriza intermediariamente? _____ Psicólogos
 3º- Quem menos valoriza? _____ Psiquiatras

O discurso dos profissionais, obtidos por ocasião da 2ª fase da pesquisa, permite, em alguns casos, relacionar com um possível descontentamento, justificando um baixo conceito relativo à profissão:

Então, há uma falta de respeito... nesse sentido, né? Você está fazendo o teu grupo, e entra enfermeiro para tirar o paciente pra fazer a barba. Quer dizer... as vezes eu me questiono... porque deve haver prioridade, né? Você está dentro do hospital precisa atender o paciente que precisa ser atendido. Mas é dessa forma com que é... conduzida a coisa. Eu acho que falta... essa é uma coisa grave e bastante séria... falta treinar e formar, conscientizar, sabe?... o servente, o auxiliar, atendente de enfermagem... e outros profissionais (rindo) também, do que é um trabalho assim, que não é reconhecido... que o psicólogo existe na instituição para conversar com o paciente, mas não sabe exatamente o que, né?... e por que também. [...] Então o nosso trabalho fica mais ou menos como o dele... entendeu? O do psicólogo, mais ou menos como o do enfermeiro? Ele [o enfermeiro] vai conversar com o paciente, vai resolver, e o psicólogo... daí? Qual a função dele, a do psicólogo, né?... na instituição? Então acho... que são os problemas que eu mais enfrento, são esses, desse nível, nesse setor: falta de reconhecimento do trabalho, é uma coisa complicada. (Entrevista n.º 02, PSICÓLOGO, HOSPITAL)

Bem... a primeira questão que eu acho importante, fundamental, né? é a desinformação do que que é a psicologia, né? Éééé... éééé... junto a isso, é a própria desinformação com a equipe. Éééé... o trabalho de psicologia é muito visto assim: "há!, vocês não fazem muita coisa!... vocês não trabalham!... a próxima vez eu quero ser psicólogo! Né?... pra não precisar trabalhar!" [...] Principalmente com a mão de obra operacional.

Que seriam serventes e auxiliar de enfermagem. Porque eles não tem noção do que é um trabalho em psiquiatria, doença mental. Seria basicamente isso que interfere muito no trabalho da gente. **Porque há uma desvalorização e também há uma assim, ééé... uma desvalorização e descrença. Principalmente com esse pessoal operacional, mais com esse pessoal operacional, e também tem alguns outros profissionais que não conhece o trabalho da psicologia.** (Entrevista n.º 06, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)

Eu acho que a primeira dificuldade é a questão do nível social do paciente: Socioeconômico. Acho que isso é limitante no sentido de participação de familiares de participação mais intensivamente no acompanhamento do tratamento. E... a situação econômica, né? principalmente, dificultando, acho que depois, no seguimento do tratamento pós hospitalar em relação a questão da medicação. **Compra da medicação. Isso num global. É um problema nosso, do hospital, por que em função disso o paciente reinternar, né?, por absoluta falta de acompanhamento lá fora. Então o trabalho fica frustrante.** Você identifica situações clínicas de fácil manejo, depois, lá fora do hospital, depois, em termos de manutenção. Isso vai criando uma situação de o próprio familiar acabar usando o hospital como uma forma de o paciente estar bem. O que eu acho totalmente errado. O baixo nível sócio cultural acaba implicando na questão da higiene, né? A higiene dos próprios pacientes, considerando, é claro a dificuldade da higiene dos pacientes mais comprometidos, etc. Não é? Mas é um fator que também acaba complicando até o próprio posicionamento do paciente em relação a patologia que ele tem, a melhora, aos cuidados em relação ao seu próprio corpo, a manutenção da higiene. A solução seria melhor distribuição de renda entre a população. Aí cai naquele insípido discurso político, né? Eu imagino que a melhoria da condição socioeconômica aliviará isso. Acho que a analogia que eu faço é assim: no tempo que o hospital atendia só a credenciados do INPS. Isto é, só segurados da Previdência Social. Era um nível de clientela diferente do que a gente tem hoje. Sem dúvida nenhuma. (Entrevista n.º 08, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

E mais adiante, o mesmo profissional:

Uma liberdade maior nas solicitações de exames, como tomografia, testes psicológicos. Há uma limitação de limitação. Há uma distonia total em relação à coordenação. Pedir exames e ter o resultado. Como exemplo, um paciente com distúrbio de comportamento, cefaléia, evidente comprometimento orgânico cerebral. Foi pedido eletro e esse eletro só chegou nas minhas mãos 3 semanas depois. E ele tinha realmente uma suspeita de lesão cerebral. O eletro não é feito aqui. **Nenhum exame é feito aqui. Há necessidade de encaminhamento.** Depende isso de marcação de consulta, de disponibilidade de horário, disponibilidade de transporte do hospital pra levar o paciente, depois dificuldade na busca do resultado do exame. O que é uma incongruência isso. Se você solicita o exame, significa que você está precisando do resultado o quanto antes. Quando a necessidade é de emergência a gente solicita à família vir buscar o paciente, o que é também uma limitação muito grande, né? pela dificuldade de a família vir aqui. Se for um exame simples ele vai e volta. Se exigir uma investigação maior ele tem alta e se interna em outro hospital e daí clínico. **Necessita uma reorganização administrativa do hospital e sua enfermagem.**

Em relação às limitações ao tratamento é o hospital ter um bulário que não é aquele que obrigatoriamente a gente usaria em outra condição. A falta de alguma possibilidade no uso de alguns medicamentos, acho, acaba sendo um impedimento.

Uma insatisfação expressa em saudosismo manifesta-se no discurso desse mesmo pro-

fissional:

Existiam ambulatórios, colocados em diversos pontos da cidade que atendiam à população restrita àquelas áreas. Os indivíduos eram encaminhados pelos postos de saúde, avaliados pelo clínico, pelo assistente social do posto. Era atendido por médico de plantão na clínica, que fazia o primeiro atendimento. Encaminhava para um médico ou para ele mesmo, dependendo da disponibilidade de vaga, para a continuidade do acompanhamento. Era dada a liberdade a esse profissional de marcar quantos atendimentos fossem necessários a esse paciente. A média era, numa fase inicial de atendimento, uma vez por semana. O médico tinha ampla liberdade de definir a indicação: ou tratamento ambulatorial ou hospitalar. O próprio médico fornecia o laudo de internamento que era então entregue ao INPS, para o troca do laudo pela autorização de internamento, ia ao hospital. Antes da alta era comunicado ao médico dele, do ambulatório, que o paciente ia sair de alta. Era remarcado um horário, um dia e uma hora em que o médico que o havia encaminhado ao hospital iria atendê-lo novamente. Completava-se um ciclo: uma ligação de um médico atendente, a definição da estratégia,

encaminhamento para o internamento, o retorno para esse profissional, com a continuidade do acompanhamento. A possibilidade, eu acho assim... talvez características mais importantes: a primeira, eles terem um médico atendente, que ficava conhecendo toda a dinâmica familiar, a história completa do paciente, etc. A segunda a possibilidade da decisão de conduta terapêutica. Manutenção de tratamento ambulatorial, encaminhamento pra hospital-dia, encaminhamento pra hospital integral, etc. **Tudo isso desapareceu pela psicopatia do serviço público de saúde.** Não dá pra entender. A manutenção de um tratamento ambulatorial é muito mais barato do que o indivíduo estar internando. A frustração do trabalho hoje no hospital é a percepção disso. É a sensação que por melhor que você faça o trabalho você coloca o paciente fora do hospital, na alta, e você sabe que não vai mais acontecer nada com ele lá fora. Ele não tem acesso a tratamento, não tem acesso fácil a tratamento, de acompanhamento ambulatorial. Ele não tem eventualmente medicamento que possa diminuir o custo de tratamento ambulatorial. Ai vem ... não sei se há um "lobby" dos hospitais, por que realmente diminuiria em muito as internações. Com certeza o paciente não encontrou tratamento e nem tinha medicamentos. **Não há nenhuma comunicação entre os serviços. No tempo dos ambulatorio, havia um seguimento. Sabia-se se o paciente tinha sido internado ou não.** O organograma básico: ter um médico que o atende, encaminha, retorna com informações do hospital ou ambulatorio. Isso é o básico.

Em ambulatorios, também, queixumes em relação a características frustrantes do atendimento poderiam ser relacionadas com o baixo conceito atribuído à profissão;

Eu sinto um problema grande no setor público... porque nós temos poucos recursos. Por exemplo: ontem eu assisti uma conferência sobre neurobiologia atual. **Nós psiquiatras, da cidade de Curitiba, não podemos pedir nem uma tomografia computadorizada, porque é só o neurologista que pode pedir.** Eu tenho a necessidade de encaminhar o meu paciente ao **neurologista que vai triar a necessidade de fazer a tomografia computadorizada, ou não. Não há poder decisório por parte do psiquiatra.** Tem que encaminhar. **Eu acho que isto não é correto.** Na atual... estrutura em que nós vivemos... no atual avanço que ocorreu em nossa ciência psiquiátrica, nós teríamos que ter poder decisório maior. Podendo solicitar exames diretamente do laboratório. (Entrevista n.º 03, PSIQUIATRA, AMBULATORIO.)

O ambulatorio não atende toda a demanda. Nós **não atingimos objetivos porque não existem normas claras.** Já se tentou colocar no papel, avaliar juntos, mas não deu eco. Daí a gente está trabalhando mais a nível emergencial, principalmente em PA. Em média é uns 20 minutos que considero pouco para fazer todo um levantamento da vida do paciente, da vida familiar, da história familiar. O médico tem que atender rápido, a família está cansada, o paciente geralmente em surto. Não dá pra se colher muitos dados. Muitas vezes a gente quer sair daqui do serviço e levar os paciente pros hospitais. Porque legalmente ainda não se tem claro, aquela lei já deveria estar vigorando, que todos os pacientes tem o direito a se internar. Que as famílias posteriormente, ou a FAS [Fundação de Ação Social] vai assumir esses pacientes, ainda não está funcionando essa lei. Então o que acaba ocorrendo é o seguinte é que se o paciente vem sem família, nós temos que sair do setor, ir ao hospital internar ele e se responsabilizar pela alta do paciente. A gente vai na ambulância. Algumas vezes o paciente vai em viatura policial e a gente vai na ambulância. Nisso há muita dificuldade. Eu fiz um documento dizendo que nossa ambulância está totalmente precária sabe, inclusive acabei me queimando com as pessoas que não conseguiram entender o que era aquilo. Está sem equipamentos, enfim. Está sem sirene, está sem buzina, está sem extintor, está sem cinto de segurança. Uma situação muito precária. [...]

Entre os membros da equipe do Serviço Social existe assim uma desmotivação bastante grande, até pela falta de definição do que é o CPM, pra onde vai. Existe uma desmotivação bastante séria que a gente não consegue mais caminhar. Fica sempre no mesmo lugar. Surgem idéias: "vamos fazer isso, vamos fazer aquilo", mas as pessoas não conseguem mais se movimentar. (Entrevista n.º 01, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATORIO.)

Se, por um lado, manifestam-se descontentes com a profissão, por outro lado, superam suas frustrações com recursos próprios de sua história pessoal de vida, com a satisfação de suas outras "necessidades", e não, simplesmente, às relativas ao seu trabalho enquanto tal. Como exemplo,

funcionando até mesmo como um porta-voz dos demais entrevistados, temos o seguinte trecho de entrevista, onde o profissional expressa suas outras motivações relativas à profissão:

A minha gratificação, então, não é financeira, com certeza, entende? Eu aprendo muito com esses pacientes. Eu tenho um retorno muito grande, né? Em termos, assim, de aprendizado, de crescimento, profissional e pessoal, também. Eu aprendo muito com eles, né? E, assim, eu estou me transformando aqui dentro, né? E eu sinto... nesses 6 anos de casa... eu sou uma outra pessoa. Inclusive nas minhas relações lá fora, tem tudo a ver com que acontece aqui dentro. Então, eu... eu (rindo), eu me gratifico com muito pouco (rindo) sabe (rindo). Com qualquer resultado, **por mínimo que seja eu já me considero gratificada.** (Entrevista n.º 05, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)

5.1.2.2.2 Questões salariais: salário ideal X salário real

O motivo do comportamento exposto em 5.1.2.2.1 não pôde, ali, com aqueles dados, ser explicado. Pode-se porém levantar hipóteses, e somente para alguns casos. Uma delas seria o ganho, haja vista a citação bastante freqüente, durante a enquête preliminar, de insatisfação em relação ao ganho. Referiram-se a isto, também, os profissionais, como um “problema” que desmotivaria para um bom desempenho no trabalho, nas etapas diagnósticas e terapêuticas. Considerou-se tal fato um problema correlato e, por esse motivo, foram incluídas as duas questões no questionário (questões n.º 27 e n.º 28, em todos os questionários). A propósito, o mesmo queixume ocorreu por ocasião da 2ª fase (entrevistas gravadas e transcritas), como se verá nesta mesma subseção.

Os ganhos referem-se às percepções dos profissionais, suas representações, portanto. Não foram levantadas, junto aos serviços, informações de ganho, pela manifesta atitude desconfiada dos responsáveis pelos mesmos.

Observando-se a TABELA 18 - Q-27-T —, e a TABELA 19 - Q-28-T —, tal hipótese poderia ser verdadeira para psiquiatras e psicólogos, mas não se sustentaria para os assistentes sociais. Estes últimos estão entre os menos remunerados e com as menores aspirações salariais. E, como se constata pela leitura dos excertos de entrevistas, a desmotivação para o trabalho, em decorrência das dificuldades administrativas, seria um fator que traria insatisfação ao assistente social. A presente pesquisa não objetivou procurar fatores causais em relação a satisfação/insatisfação. A questão fica em aberto, pois não foi possível obter-se dados, com os questionários, que permitissem concluir a razão de ser desse comportamento. Pode-se, porém, aventar hipótese com base nos resultados das entrevistas. Resultados, esses, que não foram quantificados, pois a preocupação na segunda fase consistiu em uma avaliação puramente qualitativa.

O drama social em que vive nossa população, particularmente econômico e cultural, se constitui no objeto de trabalho do assistente social. A resolução é seu objetivo maior. E, para lidar com tal problemática e ajudar o paciente a resolvê-la, acredita-se, este profissional foi preparado. É razoável acreditar que em função deste aspecto os assistentes sociais possam se sentir mais gratificados que os psiquiatras e psicólogos. Para estes dois últimos profissionais, o problema social pode se constituir em um problema real que obstaculize seu objetivo, pois sabidamente não há, em sua formação, preparo para resolver problemas sociais de sua clientela. Salvo no que tange aos psiquiatras e psicólogos de hospitais. Para estes profissionais, o objeto de trabalho — o paciente — encontra-se em um ambiente que facilita o controle das variáveis envolvidas no processo de trabalho e, em consequência, pode ser mais fácil atingir os objetivos terapêuticos imediatos. Apresenta-se em aberto, como já foi dito, a possibilidade de se delinear pesquisas específicas na busca de fatores causais. Acredita-se que o presente estudo conseguiu realizar o primeiro passo, aquele destinado a verificar preliminarmente a situação.

A TABELA 18 - Q-27-T — (Remuneração ideal) e a TABELA 19 - Q-28-T — (Remuneração real) permite verificar que, para a amostra em questão, há uma defasagem significativa entre aquilo que os profissionais, como um todo, desejariam ganhar, e aquilo que realmente ganham em termos de retribuição pecuniária. No entanto, os assistentes sociais tendem a uma menor aspiração e, quando se compara o ideal e o real, nota-se que não há uma grande discrepância. Os dados sugerem a possibilidade de uma insatisfação em crescendo, que se inicia pelos assistentes sociais psiquiátricos e termina, em moldes similares, nos psicólogos e nos psiquiatras. Tanto no que diz respeito aos hospitais quanto aos ambulatorios. De uma certa forma, pode-se, sem forçar muito, entender, neste último aspecto, uma similaridade com a questão relativa ao conceito em relação à profissão.

TABELA 18 - Q-27-T — REMUNERAÇÃO IDEAL, PARA UMA JORNADA DE TRABALHO DE 4 HORAS DIÁRIAS, DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

REMUNERAÇÃO IDEAL EM REAIS (R\$)	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não responde	1	3,84	1	1,78	1	7,14	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1- Menos de 300	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2- 300 a 500	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,22	0	0,00	1	4,54
3- 501 a 700	1	3,84	0	0,00	2	14,28	3	9,67	1	12,50	7	31,81
4- 701 a 900	1	3,84	2	3,57	1	7,14	9	29,03	1	12,50	9	40,90
5- 901 a 1.100	3	11,53	7	12,50	5	35,71	2	6,45	2	25,00	4	18,18
6- 1.101 a 1.300	3	11,53	5	8,92	2	14,28	6	19,35	2	25,00	0	0,00
7- 1.301 a 1.400	2	7,69	4	7,14	0	0,00	4	12,90	0	0,00	0	0,00
8- 1.401 a 1.600	8	30,76	3	5,35	2	14,28	2	6,45	2	25,00	0	0,00
9-Mais de 1.600	7	26,92	34	60,71	1	7,14	4	12,90	0	0,00	1	4,54
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

TABELA 19 - Q-28-T — REMUNERAÇÃO REAL, POR UMA JORNADA DE 4 HORAS DIÁRIAS DE TRABALHO, DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS(Psq), PSICÓLOGOS(Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS(As), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

REMUNERAÇÃO REAL EM REAIS (R\$)	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não responde	1	3,84	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1- Menos de 300	4	15,38	1	1,78	4	28,57	6	19,35	2	25,00	9	40,90
2- 300 a 500	16	61,53	8	14,28	8	57,14	18	58,06	4	50,00	11	50,00
3- 501 a 700	4	15,38	19	33,92	1	7,14	6	19,35	1	12,50	1	4,54
4- 701 a 900	1	3,84	3	5,35	1	7,14	1	3,22	1	12,50	1	4,54
5- 901 a 1.100	0	0,00	9	16,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
6- 1.101 a 1.300	0	0,00	11	19,64	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
7- 1.301 a 1.400	0	0,00	1	1,78	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
8- 1.401 a 1.600	0	0,00	1	1,78	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
9-Mais de 1.600	0	0,00	3	5,35	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

5.1.2.2.3 Vínculo empregatício

As disparidades, em termos de ganhos, entre os diferentes profissionais e, também, entre os profissionais da mesma classe, mostra-se clara quando se observa a TABELA 19, acima. O que se expõe a seguir permitirá entender, em parte, a razão de ser de tal fenômeno.

Dados obtidos durante a enquête preliminar, mediante entrevistas, e obtidos junto aos departamentos de pessoal dos serviços em Curitiba dizem de um diverso vínculo empregatício. Em consequência, também diversos os ganhos. Estes não foram averiguados junto aos correspondentes serviços. Tem sido freqüente um salutar trabalho da Secretaria de Saúde e do Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR), qual seja, o de fazer, regularmente, vistorias nos serviços de atendimento psiquiátrico. Dessa forma observou-se atitude desconfiada dos dirigentes de tais serviços. Optou-se por não se pesquisar, junto aos mesmos, também, aquela questão do ganho dos profissionais.

Entre as alternativas formuladas, expressas nos itens da questão 29 do questionário, e explícitas na TABELA 20 - Q-29-T — (ANEXO 2), em que se trata a questão do vínculo empregatício, existe uma que é praticamente exclusiva para a categoria profissional psiquiatra: a de "autônomo". Poucos psicólogos o são, mas o fazem em ambulatórios conveniados.

Os psiquiatras, além da relação de emprego como autônomos, recebendo diretamente em conta corrente do SUS ou tendo o hospital como intermediário, podem manter um vínculo empregatício regido pelo Contrato de Leis Trabalhistas (CLT).

Os profissionais assistentes sociais psiquiátricos e a grande maioria dos psicólogos sempre são empregados. São regidos pela CLT, ou são estatutários, tanto do Estado quanto do Município.

A TABELA 20 - Q-29-T — , permite concluir:

- 1º. a maioria dos psiquiatras de ambulatório (53,54%) recebe do Estado, como estatutária [isto se explica porque a maioria desses profissionais presta serviços no Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), o ambulatório de maior demanda de pacientes e de maior número de profissionais];
- 2º. a maioria dos psiquiatras de hospital (64,28%) vincula-se como autônoma e situa-se entre a de maior ganho (os demais vínculos empregatícios são de menor retribuição financeira);

- 3º. a maioria dos psicólogos de ambulatório (71,42%) mantém vínculo empregatício tipo estatutário, enquanto que os psicólogos de hospital, em sua maioria (83,87%), o fazem como CLT (isto decorre do fato de, entre os vários hospitais, haver apenas um hospital do Estado; os demais são particulares, conveniados com o SUS; e são estes os que oferecem o maior número de vagas para psicólogos; os salários são, também, diferenciados entre os diversos hospitais particulares);
- 4º. a maioria dos assistentes sociais psiquiátricos de ambulatório (83,87) é estatutária do Estado e 25% restante é empregado CLT [os assistentes sociais psiquiátricos de hospital mantém um vínculo tipo CLT, em sua maioria (90,90%)];
- 5º. não há, pois, isonomia salarial entre os profissionais de uma mesma categoria bem como entre os profissionais de diferentes categorias (embora lhes seja comum o fato de prestarem serviço vinculado ao SUS).

O exposto, referente à retribuição pecuniária e aos tipos diversos de vínculo empregatício, tem presumível efeito sobre os estado de satisfação dos profissionais, conforme o relato dos entrevistados. Fato que será apresentado de maneira qualitativa, por ocasião da exposição dos resultados da segunda fase. Pode-se aceitar, também, que a retribuição pecuniária se constitui em uma influência sobre o desempenho profissional, mesmo que hipotética. Possivelmente originando uma não uniformidade de funcionamento dessas múltiplas unidades dentro do plano geral de atendimento em saúde mental na cidade de Curitiba. Caracterizando-se, aqui, uma dificuldade inferida (a qual tem-se designado como problema correlato), não explicitada pelos profissionais, no que tange ao trabalho final, qual seja, diagnóstico e terapêutica. Sendo assim, quando o que se tem em mente é a municipalização, valeria a pena pesquisar-se sobre este aspecto e sua real influência no trabalho como um todo na rede pública de atendimento.

Não sendo o intuito desta pesquisa identificar os locais de trabalho, limita-se a explicitar a qualidade de diversidade salarial em decorrência não tanto das leis de mercado, mas em decorrência da diversidade de vínculos empregatício. No que se refere aos serviços privados conveniados com o SUS, existem diferenças salariais (alguns entrevistados disseram deste fato). No entanto como a retribuição pecuniária oferecida aos serviços é igual para os serviços de mesmas características, poderia não haver motivação, por parte dos diretores dos mesmos, em oferecer salários diferenciados. A oferta de mão-de-obra permite que assim o seja.

Alguns trechos de entrevistas, entre as tantas registradas durante a segunda fase, pode exemplificar o que tem sido colocado até aqui, nesta subseção:

O tempo de trabalho diferente em virtude do tipo de vínculo empregatício:

O ganho interfere, assim, no cumprimento de carga horária. Ninguém cumpre carga horária... Uns cumprem mais, outros menos... sabe? Dai isso trás, assim, situações... fulano não cumpre, ou cumpre, há uma injustiça, coisas assim. No serviço público tem uma coisa aí com o médico e o não médico: o pessoal segue muito o médico. O médico é assim, um líder. Do jeito que ele trabalha os outros seguem. Então o médico trabalha menos tempo, sabe, começam a trabalhar menos tempo que nem o médico, mas eles tem uma carga horária maior. Os médicos aqui até cumprem horário, sabe. Eu acho que os médicos trabalham bastante... os médicos que trabalham na frente (PA). Eles cumprem as 3 horas. Quase todos. Porque não tem jeito de deixar. Os médicos estão super sobrecarregados. Eles é que trabalham mais aqui, sabe? Mas também por dificuldades deles de dividir o trabalho. Se dividissem com os outros profissionais... Os médicos são muito fechados. E então, daí, sabe? Então, daí ninguém cobra de médico, aqui. Os outros profissionais são muito cobrados, mas começam a fazer que nem os médicos. Os médicos trabalham 2 horas, 3 horas, todo mundo trabalha 3 horas, pessoal que deve fazer 6 horas. (Entrevista n.º 01, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

As relações interpessoais, onde entram em jogo a afinidade pessoal e as barreiras quanto ao referencial teórico:

Eu particularmente tenho uma dificuldade com uma psicóloga. Porque eu não atendo crianças. E uma vez me foi solicitado medicá-la e eu falei que eu não medicaria por não saber fazê-lo. E me veio uma menor... e comecei... tinha uma situação... mediquei. Foi... eu acho que... inicialmente... eu tenho certa resistência ao novo. Mas eu fui, eu me aproximei e não senti retorno. Então eu acho que tem duas coisas. É de ordem pessoal mas é uma ordem ideológica tam... bém. Né?... quando fui encaminhar houve uma certa resistência. Quer dizer, o nosso relacionamento não é bom, até porque a gente não tem tempo pra sentar e discutir o caso. Agora, com a psiquiatra eu me dou muito bem. Porque é uma pessoa que a gente tem a mesma linha, a gente tem a mesma formação... então é uma pessoa com que eu troco bastante. Eu tenho uma formação biológica. Minha colega também .na mesma linha. Então... quando... assim, eu tenho um paciente com dificuldade... com um paciente meu que eu vejo a coisa é na relação... eu passo pra ela e ela desenvolve o trabalho, um trabalho, e vice-versa. (Entrevista n.º 04, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Quando o vínculo empregatício não existe formalmente. O profissional é autônomo:

Sinto como gratificante, porque nós vemos resultados. Na medida em que nos dizem que isso tem evitado muitos internamentos. É uma satisfação pessoal. O ganho, porém, é ruim. Ganhamos 2 reais e 0,5 por consulta. Na verdade é 2 e 50. Só que o SUS paga, eu não sei porque, mas ele paga 2 reais e um pouquinho, depois paga 25% quando ele quer, quando ele acha. Não existe critério... eu não consegui entender o critério. Não tem critério. Conforme sobra o dinheiro lá... O hospital ganha 10%, do meu serviço. É descontado direto. Eu acredito que não é um bom negócio também para o hospital. Eu acredito que o hospital ele até tenha prejuízo com o ambulatório. Inclusive o ambulatório errrr, é um assunto que... eles vez ou outra querem fechar. Mas querem fechar desde que entrei aqui. Por que? Porque não dá lucro. (Entrevista n.º 05, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Em um outro serviço conveniado, o profissional de ambulatório (psiquiatra ou psicólogo) recebe apenas 50% do que é pago pelo SUS, ou seja: R\$1,02 quando médico e R\$1,01 quando psicólogo.

Quando o ganho é tão baixo, relativamente, quanto ao de sua clientela:

É muito pouco. Em torno de 800 reais bruto. Oito horas por dia. Um ano e um mês de casa. (Entrevista n.º 02, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL.)

Mas aqui eu não ganho o suficiente. Eu não acho que tenha nível satisfatório. Eu tinha que ganhar no mínimo, eu acho, 20.000 (rindo) pra ter um nível de vida bom. Eu tinha que ser bem pago. Pelo que a gente se obriga no serviço público, não é? Eu tenho ética. Eu tenho respeito, eu tenho uma relação com o paciente. Tenho paciente meu que está comigo há 4 anos, em relação terapêutica. Eu sou um terapeuta, na verdade, né? Eu estou trabalhando com pessoas que realizaram a vida. Estão felizes. Estou trabalhando com pessoas que estão vivendo felizes hoje em dia. E... com o que eu ganho... Eu ganho mais que alguns colegas. Eu tenho quinquênios, por isso ganho mais. Alguns colegas ganham menos. Ganham 1.500, 1.800, devido o tempo. (Entrevista n.º 02, PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO.)

5.1.2.2.4 Conclusão.

Para os componentes da presente amostra, generalizável em relação aos demais profissionais do universo em estudo, pode-se resumidamente concluir:

- 1º. há uma diversidade de vínculos empregatícios entre os profissionais de saúde mental, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos e em relação aos diversos serviços de assistência [constituindo-se em problema (correlato) que indiretamente afeta o desempenho profissional e conseqüentemente dos serviços];
- 2º. o salário tem sido visto como muito inferior ao desejado, resultando em insatisfação (constitui-se em um problema correlato prejudicando o bom desempenho profissional e, por extensão, dos serviços);
- 3º. em função, talvez, dos fatores referidos nas alíneas acima e, também, em decorrência de outros (tais como: condições materiais de trabalho, estrutura física, estrutura funcional do serviço, e relações humanas), percebe-se um atribuir de baixo conceito em relação as profissões de psiquiatras e psicólogos, e de melhor conceito em relação à de assistente social psiquiátrico.

5.1.2.3 O PROCESSO DE TRABALHO

5.1.2.3.1 Referencial teórico ¹

Referencial teórico foi citado como uma das dificuldades correlatas, dificultando o trabalho em equipe. Por esse motivo situa-se nesta parte da exposição dos resultados.

¹ Os termos "Psicanalítico", "Comportamental", "Biológico", "Sistêmico" e "Ecológico", são termos de uso e de compreensão conceitual própria da comunidade de profissionais de saúde mental da cidade de Curitiba. Referem-se às respostas durante a enquête preliminar.

A TABELA 21 - Q-25-T — (ANEXO 2), mostra a maneira como se distribuem os profissionais quanto a este aspecto.

Os psiquiatras de ambulatório mostraram-se como utilizando-se de um entendimento “biológico”, para compreender a mente de seus pacientes, em um percentual de 19,23%. Um percentual de 38,46% dos respondentes assinalou a opção “ecológico”. Em associações de “biológico” com outro referencial teórico, 11,52% se manifestou. A soma destes percentuais atinge 69,21. Este dado, acrescido à evidência de puramente “biológico” em 19,23%, permite supor que os psiquiatras que atendem em ambulatório tendem para um entendimento biológico do psiquismo humano.

Quanto aos psiquiatras que atendem em hospitais, 28,57% assinalou “biológico”, como forma única de compreensão. 28,57% como “ecológico”. Este fato também permite a mesma inferência feita para os psiquiatras que atendem em ambulatório.

Quanto aos psicólogos, tanto de hospitais quanto de ambulatórios verifica-se que nenhum assinalou “biológico”. Os psicólogos de ambulatório e de hospitais assinalaram “ecológico”, respectivamente, em 35,71% e 22,58%. Assinalou “psicanalítico” 21,41% em ambulatório e 41,93% em hospitais. Em um percentual 14,28%, em ambulatórios, responderam “psicanalítico” e “sistêmico”. Esta última associação não se verificou para os psicólogos de hospital. Em terceiro lugar de preferência surgiu, de maneira pura, “sistêmico” (21,42% em ambulatórios e 9,67% em hospitais.). Então, os psicólogos parecem distribuir-se de maneira similar entre os referenciais “ecológico”, “psicanalítico” e “sistêmico”, de maneira praticamente equilibrada. Uma visão, portanto, psicológica.

Os assistentes sociais assinalaram “sistêmico” em um percentual de 12,50% em ambulatórios e 36,36% em hospitais. Assinalou “comportamental” e “sistêmica” 12,50% em ambulatórios e 18,18% em hospitais. Assinalaram “outros” em 37,50%, registrando teorias sociais, em hospitais. Finalmente, 25,00% em ambulatórios e 4,54% em hospitais não responderam. A maioria, então, tende para uma visão de predominância psico-social.

Com base nos dados acima pode-se concluir:

1 – psiquiatras	-tendem a uma visão biológica. (os psiquiatras de hospital, mais acentuadamente);
2 – psicólogos	-tendem a uma visão psicológica;
3 – assistentes sociais psiquiátricos	-tendem para uma visão psico-social.

Dispondo-se os profissionais e suas teorias psicológicas em um quadro:

<u>Psiquiatras:</u>	Eclética	26 em 82 (31,70%)
	Biológica	21 em 82 (25,60%)
	Psicanalítica	13 em 82 (15,85%)
	Comportamental	07 em 82 (08,53%)
	Sistêmico	04 em 82 (04,87%)
	Outro	03 em 82 (03,65%)
	<u>Associações simples</u>	<u>08 em 82 (09,75%)</u>

<u>Psicólogos:</u>	Psicanalítica	16 em 45 (35,55%)
	Eclética	12 em 45 (26,66%)
	Sistêmico	06 em 45 (13,33%)
	Outro	06 em 45 (13,33%)
	Comportamental	02 em 45 (04,44%)
	Biológico	00 em 45 (00,00%)
	<u>Associações simples</u>	<u>03 em 45 (06,66%)</u>

<u>As. Soc. Psq.:</u>	Sistêmico	09 em 30 (30,00%)
	Eclético	04 em 30 (13,33%)
	Psicanalítico	03 em 30 (10,00%)
	Comportamental	02 em 30 (06,66%)
	Outro	03 em 30 (10,00%)
	Biológico	00 em 30 (00,00%)
	<u>Associações simples</u>	<u>06 em 30 (20,00%)</u>

Com o exposto, é possível concluir que dificilmente deva haver uma fácil interação funcional entre estes três profissionais, mesmo que se preconize um trabalho apenas multiprofissional. Mais difícil, ainda, se for preconizado um estilo interdisciplinar, intradisciplinar ou transdisciplinar. É provável que a diferença quanto ao referencial teórico não seja bem assimilada. A competição é compreensível, e uma problemática pode se manifestar.

A próxima subseção complementará estes achados.

5.1.2.3.2 Fatores envolvidos na gênese do estado mental

Similar ao item anterior, esta questão foi apontada como um problema correlato dificultando a integração das equipes, pelas divergências na compreensão do doente mental. (TABELA 22 — Q-26-AmbH.Psq —) Igual aos fatores da subseção anterior, estes foram colocados como opção com base no que se identificou como opinião dos profissionais nas entrevistas preliminares.

A análise se processará no sentido de identificar o suposto fator colocado em primeiro lugar. Acredita-se que as opções oferecidas se constituíram em estímulo para fazer aflorar o que se encontrava em primeiro plano.

Os psiquiatras responderam, em percentual de 46,34%, com o fato “biológico” em primeiro lugar. Responderam em 23,17% com “todos de igual importância”. Assinalaram em 14,63% como estando o fato “psicológico” em primeiro lugar. Assinalaram num percentual de 8,53% como estando o fator “sócio-cultural” em primeiro lugar, e, em 6,09% como estando o fator “socioeconômico”.

Os psiquiatras, escolhendo de maneira isolada, resultando, no cômputo geral, 46,34% para o fator biológico, configura-se como de significativa importância. Por outro lado, assinalar, de maneira isolada, para o primeiro lugar, em apenas 14,63% para o fator psicológico, 6,09% para o fator sócio-cultural e 8,53% para o fator socioeconômico, indica a possibilidade de uma valorização do biológico por parte desses profissionais. Não se pode dizer que há, aí, um biologicismo, mas uma significativa probabilidade de valorização deste fator. (TABELA 22 - Q-26-AmbH.Psq —)

TABELA 22 - Q-26-AmbH.Psq — ORDEM DE FATORES ENVOLVIDOS NA GÊNESE DO ESTADO MENTAL DOS PACIENTES, ATRIBUÍDA POR PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

ORDEM DOS FATORES ENVOLVIDOS NA GÊNESE DO ESTADO MENTAL	OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS PSIQUIATRAS	
	Nº	%
Não responde	1	1 (1,21%)
12300	2	
12340	4	
12345	5	
12400	1	
12430	4	
12435	9	
12543	1	
13245	1	38 (46,34%)
13400	1	
14230	2	
14235	2	
14253	2	
14320	1	
14325	2	
14352	1	
21000	1	
21340	1	
21345	2	
21435	5	12 (14,63%)
23415	1	
24135	1	
24315	1	
32120	1	
32415	1	
34120	1	5 (6,09%)
34215	1	
34251	1	
41230	1	
41235	3	7 (8,53%)
41325	2	
42135	1	
62345	1	
60000	18	19 (23,17%)
TOTAL	82	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ordem dos fatores:

- 1- Biológicos; 2- Psicológicos; 3- Sócio-culturais; 4- Socioeconômicos; 5-Espirituais; 6- Iguais em importância; 0- Não foi assinalado.

Como se pode observar na tabela abaixo, pouco mais de um terço dos psicólogos parece acreditar que o principal fator envolvido na gênese do estado mental seja o psicológico. Aproximadamente um terço acredita que todos os fatores tem igual peso. Somente 15,55% assinalou, em primeiro lugar, o fator socioeconômico, e 2,22% o fator sócio-cultural. Uma minoria atribui ao fator biológico a maior importância. (TABELA 23 - Q-26-AmbH.Psc —).

TABELA 23 - Q-26-AmbH.Psc — ORDEM DE FATORES ENVOLVIDOS NA GÊNESE DO ESTADO MENTAL DOS PACIENTES, ATRIBUÍDA POR PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSICÓLOGOS (Psc), EM ATENDIMENTO PÚBLICO EM AMBULATÓRIO E HOSPITAL. (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

ORDEM DOS FATORES ENVOLVIDOS NA GÊNESE DO ESTADO MENTAL	OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS PSICÓLOGOS	
	Nº	%
0- Não responde	1	(2,22%)
12340	1	(4,44%)
12345	1	
21000	2	
21435	1	
21435	1	
23145	3	
23410	1	
23415	1	(33,33%)
23415	1	
23451	1	
24130	1	
24135	1	
24310	1	
24315	1	
34215	1	(2,22 %)
42135	1	
42300	1	
43120	1	
43125	1	(15,55%)
43210	1	
43215	1	
43250	1	
52431	1	(4,44%)
54312	1	
60000	17	(37,77%)
TOTAL	45	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ordem dos fatores: 1- Biológicos; 2- Psicológicos; 3- Sócio-culturais; 4- Socioeconômicos; 5-Espirituais; 6-Iguais em importância; 0- Não foi assinalado.

Os assistentes sociais, em sua maioria (56,66%), possivelmente acreditam que todos os fatores tem igual importância (peso). Aproximadamente um terço destes profissionais (30,00%) consi-

dera o fator socioeconômico como o mais importante. Somente 2 profissionais assinalaram o fator biológico como o de primeira importância. (TABELA 24 — Q-26-AmbH.As —)

TABELA 24 - Q-26-AmbH.As — ORDEM DE FATORES ENVOLVIDOS NA GÊNESE DO ESTADO MENTAL DOS PACIENTES ATRIBUÍDA POR PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

ORDEM DOS FATORES ENVOLVIDOS NA GÊNESE DO ESTADO MENTAL	OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES SOCIAIS	
	Nº	%
Não responde	0	
12345	1 2	(6,66%)
14320	1	
21345	1 2	(6,66%)
21435	1	
40000	1	
41235	1	
42315	2	
43125	1 9	(30,00%)
43215	3	
43521	1	
60000	17 17	(56,66%)
TOTAL	30	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ordem dos fatores: 1- Biológicos; 2- Psicológicos; 3- Sócio-culturais; 4- Socioeconômicos; 5- Espirituais; 6- Iguais em importância; 0- Não foi assinalado.

Se entendermos a escolha, em primeiro lugar, de um suposto fator envolvido na gênese do estado mental, como indicativo da concepção da mente, pode-se concluir quanto aos assistentes sociais psiquiátricos, na condição de categoria profissional:

- tendem a conceber a mente como a resultante de inúmeros fatores, interagindo sem predominância de uns sobre outros;
- um número significativo, que gira em torno de um terço, valoriza o fator socioeconômico;
- o fator sócio-cultural é deixado em segundo plano;
- uma minoria atribui a maior importância ao fator biológico.

As respostas dessas três categorias profissionais, como um todo em cada categoria, permite que se estabeleça a seguinte ordem em relação à resposta "iguais em importância":

- 1º Assistentes sociais psiquiátricos: _____ 56,66%
- 2º Psicólogos: _____ 37,77%
- 3º Psiquiatras: _____ 23,17%

O resultado "iguais em importância" faz supor a probabilidade de uma não total discriminação, na hierarquia destes supostos fatores envolvidos. Seria de se esperar fosse valorizado um ou outro fator. Ou que os mesmos fossem colocados em uma ordem hierárquica.

Há uma manifesta discriminação, mais acentuada por parte dos psiquiatras, decrescendo em direção aos psicólogos, e terminando nos assistentes sociais. Isso pode ser verificado na tabela acima, onde se observa que somente 23,17% dos psiquiatras respondeu que todos os fatores tem igual importância. Os psicólogos, em pouco mais que um terço, colocam-se como intermediários. A maioria dos assistentes sociais psiquiátricos acredita que todos os fatores são igualmente importantes. Não discriminando, pois, os fatores, uns em relação aos outros.

Em resumo, quanto à gênese do estado mental dos pacientes, os profissionais colocam-se de maneira diferenciada. Tanto em relação aos seus pares quanto em relação aos das demais categorias profissionais:

- os psiquiatras parecem tender a uma visão biológica;
- os psicólogos a uma visão equilibrada entre psicológica, e a uma mescla de variados fatores;
- os assistentes sociais parecem se mostrar ecléticos quanto ao entendimento em relação as causas do estado mental de seus paciente, denotando uma leve tendência a uma visão socioeconômica) (30, 00%).

5.1.2.3.3 Tempo ideal: 1ª entrevista, em ambulatório

A TABELA 25 - Q-17-Amb.T — expõe, em conjunto, a opinião das três categorias profissionais, em relação ao tempo ideal para a entrevista diagnóstica. Verifica-se que houve uma concentração de respostas em torno do tempo de "30 minutos" (42,50%, psiquiatras; 35,71%, psicólogos; 37,50%, assistentes sociais) e "45 minutos" (30,76%, psiquiatras; 28,57%, psicólogos; 37,50%, assistentes sociais).

Apenas 3,84% dos profissionais, e todos eles psiquiatras, respondeu que o ideal seria menos do que 15 minutos. Além do mais, "15 minutos", como ideal, foi a resposta de 19,23% dos psiquiatras e 12,05% dos assistentes sociais. Tempo maior também foi assinalado, particularmente por psicólogos e assistentes sociais, mas, num percentual inferior a 15%.

TABELA 25 - Q-17-Amb.T — OPINIÃO QUANTO AO TEMPO IDEAL PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA: PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE AMBULATÓRIOS, PSQUIATRAS (Psq Amb), PSICÓLOGOS (Psc Amb) E ASSISTENTES SOCIAIS PSQUIÁTRICOS (As Amb), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

TEMPO IDEAL PARA A ENTREVISTA DIAGNÓSTICA	Psq Amb.		Psc Amb.		As Amb.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não responde	0	0,00	0	0,00	0	0,00
< 15 minutos	1	3,84	0	0,00	0	0,00
15 minutos	5	19,23	0	0,00	1	12,5
30 minutos	11	42,30	5	35,71	3	37,50
45 minutos	8	30,76	4	28,57	3	37,50
60 minutos	1	3,84	3	21,42	1	12,50
>60 minutos	0	0,00	2	14,28	0	0,00
TOTAL	26	100	14	100	8	100

FONTE: Pesquisa de Campo

TABELA 26 - Q-18-Amb.T — OPINIÃO QUANTO AO TEMPO DISPONÍVEL PARA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA: PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE AMBULATÓRIOS, PSQUIATRAS (Psq Amb), PSICÓLOGOS (Psc Amb) E ASSISTENTES SOCIAIS PSQUIÁTRICOS (As Amb), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

TEMPO DISPONÍVEL PARA A ENTREVISTA DIAGNÓSTICA	Psq Amb.		Psc Amb.		As Amb.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não responde	0	0,00	0	0,00	1	12,50
1 < 15 minutos	8	30,76	0	0,00	3	37,50
15 minutos	7	26,92	0	0,00	0	0,00
30 minutos	11	42,30	12	85,71	3	37,50
45 minutos	0	0,00	1	7,14	1	12,50
60 minutos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
>60 minutos	0	0,00	1	7,14	0	0,00
TOTAL	26	100	14	100	8	100

FONTE: Pesquisa de Campo

5.1.2.3.4 Tempo disponível: 1ª entrevista em ambulatório

A TABELA 26 - Q-18-Amb.T —, acima, permite concluir que a hipótese de que, no serviço público, o tempo disponível ao paciente é reduzido, não se sustenta. Pelo menos para esta população de respondentes. Variáveis não controláveis, principalmente as de ordem psicológica, podem ter introduzido aqui um viés. De forma que uma observação direta talvez seja a forma mais adequada de verificar e testar tal hipótese. De qualquer forma, 30,76% dos psiquiatras e 37,50% dos assistentes sociais informaram que o tempo disponível é inferior a 15 minutos e 26,92% dos psiquiatras informaram ser de "15 minutos".

Relacionando a questão anterior (TABELA 25 - Q-17-Amb.T —) com a TABELA 26 - Q-18-Amb.T —, acima, pode-se notar que um percentual similar diz respeito aos "30 minutos". Tempo entendido como ideal por um percentual significativo dos profissionais. Psicólogos (7,14%) assinalaram "45 minutos" e (7,14%) "maior do que 60 minutos". Assistentes sociais (12,50%) assinalaram "45 minutos".

No conjunto, há uma leve discrepância, desfavorável, entre o que aspiram e o que efetivamente acontece, segundo a percepção dos respondentes.

Acrescentando dados da segunda fase (Entrevistas, subseção 5.2.1.2.1):

O tempo de entrevista pode se constituir em dificuldade durante o processo diagnóstico. Na primeira fase desta pesquisa, antes de se iniciar o processo de desinstitucionalização, procurou-se, mediante questionário, estimar a distribuição, entre os profissionais, do problema representado pelo tempo de entrevista. Fez-se avaliação somente pela opinião dos profissionais de ambulatórios. Contrariando a hipótese de trabalho, os profissionais, em sua maioria, disseram de um tempo satisfatório, com exceção do serviço de pronto atendimento, onde a demanda gira em torno de 70 pacientes durante o dia e 30 pacientes durante a noite.

Nesta segunda fase os resultados mostram-se semelhantes, como se apresentará a seguir.

Durante a primeira fase nem sequer foi colocada tal questão, da possibilidade de pouco tempo para as entrevistas em ambiente hospitalar. Isto por que se supunha haver liberdade de administrar o tempo de trabalho. Tempo este já estabelecido por normas, com uma clientela em que a de-

manda não seria uma variável atuante. No entanto, vários profissionais apresentaram a falta de tempo como uma dificuldade.

Os psiquiatras, enquanto autônomos, por se envolverem com outros empregos, permanecendo pouco tempo no local de trabalho, são os que mais se queixam de falta de tempo para a entrevista.

Os psicólogos e assistentes sociais, se bem que empregados do hospital, como CLT ou estatutário, queixam-se de falta de tempo pelo excesso de pacientes aos seus cuidados.

Verifica-se que, em muitas das vezes em que a falta de tempo é mencionada, surge a variável remuneração financeira associada ao número de profissionais. No caso dos psiquiatras, a baixa remuneração pecuniária e o vínculo empregatício, na qualidade de autônomo, parecem vincular-se como motivação para a procura de outro trabalho. Dessa forma a solução (o que faz pensar o conteúdo das entrevistas), costuma ser a de reduzir sua permanência no hospital. Em consequência, reduzir o tempo junto ao cliente.

Tanto para estes psiquiatras quanto para psicólogos, a solução, infere-se, tem sido a de trabalhar com grupos de pacientes. Mencionam, porém, estes profissionais, que as técnicas grupais são mais eficientes terapeuticamente falando, do que as individuais. Não as subordinando, portanto, a carência de tempo.²

Neste último aspecto, somente alguns profissionais, tanto de ambulatórios quanto de hospitais, deixaram claro que o principal motivador é a demanda ambulatorial ou o número de clientes quando internados. Com base na análise das entrevistas, concorda-se com BEZERRA (1994, p. 162):

Se grande parte dos defensores das terapias breves utiliza argumentos de ordem sócio-econômica [sic] cuja legitimidade é bastante discutível, quando se abordam as terapias de grupo, parece por vezes que já não se vêem outras razões para elas que não a economia de tempo dos profissionais, as exigências de produtividade dos ambulatórios, e a necessidade de diminuir as filas e as listas de espera. [...] é preciso deixar claro que não há como transformar a obrigação de atender a população que demanda estes serviços em justificativa para qualquer atendimento, em prejuízo de considerações de ordem ética ou científica. (O grifo é nosso)

Seguem-se alguns trechos de entrevistas, com profissionais psiquiatras de ambulatórios, que se mostram elucidativos:

² Conforme se constata pelas entrevistas. Em **ANEXO 3: PSQUIATRAS – HOSPITAIS**, entrevistas 01, 02, 09 e 10; **ASSISTENTES SOCIAIS – HOSPITAIS**, entrevista 03; **PSICÓLOGOS – HOSPITAIS**, entrevistas 01, 03, 04 e 06.

A demanda aqui é muito grande. Então eu acho... não chega a ser uma coisa que atrapalha, o serviço da gente. Eu até tento disciplinar e eu não atendo todo mundo. Porque tem lista de espera. Porque eu procuro conservar o tempo que eu preciso, porque o tempo de atendimento... O tempo para atender o paciente, fazer a avaliação diagnóstica, inicialmente, depois para fazer as consultas de tratamento... grupo de terapia, tudo, né?... podem ser um fator que atrapalha o diagnóstico e o tratamento. Já houve época que limitaram o nosso tempo. Hoje, aqui neste local, a gente até tem muita liberdade, sabe?. E isso é uma coisa que eu acho boa, né? Pra trabalhar do jeito que a gente quer. Então eu tenho disciplinado o meu trabalho, né? Eu reservo um tempo, sabe? Pra primeira consulta... Eu disponho de meia hora. [...] então eu até não completo uma avaliação diagnóstica em meia hora, tá? Eu reservo meia hora para o contato com a família... depois uma outra meia hora, numa segunda vez, pra contato[...]. E até mais tempo pra completar uma avaliação diagnóstica. E, o atendimento de consulta sim. Dai, então, dá pra fazer atendimento de consultas médicas, por exemplo, em 20 minutos. Depois subsequentes, né? Até de uma hora... Eu tenho conseguido...eu tenho conseguido fazer essas coisas, aqui... sabe? É por essa situação desse lugar... né? A gente tem reservado tempo. Eu até... eu não tenho assim muito impeditivo. Deu pra gente desenvolver até um trabalho razoável aqui, né? (Entrevista n.º 01, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

O tempo varia de paciente a paciente. Eu joga, né? Então eu divido basicamente os pacientes assim: alguns pacientes que pode ser feito uma manutenção só com medicação, tá? Então esses teriam as consultas mais distantes e basicamente centrada a discussão daquela medicação em 10, 15 minutos com o paciente. Outros pacientes que tem necessidade de mais, maior frequência de contato falar mais, discutir mais, então esses pacientes viriam mais seguidamente e tempo de chegar até para alguns pacientes até em 40 minutos. 20, 30, 40, dependendo do paciente. E dependendo da agenda, que é uma coisa que eu não controlo, né? Está aberta, eles vão pondo pacientes, há uma demanda, e a cada dia eu tenho que gerir essa demanda. Comprimir, fazer uma de meio termo. E... você teria pacientes que vêm semanalmente, até pacientes que estão estabilizados, vêm a 4, 6 meses. E eu acho que há os dois tipos de casos que eles são perfeitamente indicados. Os pacientes ficam no meio, que poderiam ser beneficiados se recebessem maior frequência com mais tempo, não conseguem. (Entrevista n.º 02, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

O tempo... O tempo das consultas. O tempo da entrevista é muito curto, no ambulatório. Teoricamente 30 minutos. **Mas eu faço mais curtas: 15 minutos, 10 minutos, para dar conta da fila de espera.** (Entrevista n.º 03, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Quanto ao tempo eu posso dizer... Olhe.... Quando eu cheguei aqui era 15 minutos. Eu falei que não daria. 20. Não, pelo menos, pelos menos, meia hora. Até ter um entendimento, havia uma idéia de que não, que meia hora dá muito. Hoje, depois de algum tempo, **eu consigo ficar 30, 40 minutos, mas com queixas administrativas de uma produtividade.** Segundo, o cliente chega... "que tipo de tratamento o paciente recebeu". Então o paciente psiquiátrico daqui ele vem assim... e as vezes ele não é acostumado a uma entrevista tão longa. Ele quer vir e levar o remédio. (Entrevista n.º 04, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

O tempo de entrevista é muito variado. O que nós temos muito aqui é retorno. Pacientes cronificados, né? Então, é rápido. A consulta é bem rápida. 5 minutos, viu? No caso do retorno. É o grosso nosso aqui. Por exemplo, em 20 consultas nós temos consulta nova 1 ou 2. Então gastamos pouco tempo nos retornos, e nas consulta nova levamos até 20 minutos. Atendo em torno de 18, 20 pacientes em turnos 2,5 a 3 horas. Os retornos em média 5 minutos. Os novos 20 minutos. Temos um limite de mais ou menos uns 20 pacientes. Se um colega falta aí o limite aumenta. [...]Eu já atendi, numa época, chegava atender 500 pacientes por mês. Em 6 períodos. Seria 6 períodos semanais. 3 dias por semana, de manhã e a tarde. Mas eu vi que isso estava começando a estressar. Mas eu preferi diminuir. Nessa quantidade de 18, 20 pacientes em 2 horas e meia, 3 horas,... eu vejo que é tranquilo. Tranquilo pelo seguinte: porque a grande maioria são retornos. São pacientes cronificados... eeee, que, que não exigem mui... o paciente não senta, eu sei que deve sentar. Eu nunca atendo o paciente em pé. O paciente em pé. Eu sempre faço sentar. É desagradável. Mas o paciente... o paciente de, de ambulatório é acostumado a ser atendido rapidamente. Ele mesmo... ummmm parece que não tem paciência para esperar. Está acostumado. Já se acostumou a esse tipo de tratamento. Eeee... então... e vai bem assim porque... por exemplo, o que que eu vou fazer com um epilético que toma gardenal há 20 anos? Ele vem uma vez há cada 2 meses, aqui, por exemplo. **Não tem muito o que conversar.** (Entrevista n.º 05, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Os trechos de entrevistas, acima, como se pode observar, referem-se apenas aos psiquiatras de ambulatórios. É maior o número de profissionais lotados em ambulatório sob a responsabilidade governamental. O padrão de atendimento segue ao dos depoentes cujos excertos de entrevista foram colocados, acima, nos 2 primeiros lugares. O leitor pode consultar o ANEXO 3, onde as entrevistas se apresentam como transcritas, e não simplesmente interpretadas e editadas, procurando-se registrar as pausas e maneira de o entrevistado se expressar. Procedendo assim poderá constatar que com os psicólogos dá-se algo semelhante. Quanto aos assistentes sociais existe o queixume de pouco tempo, particularmente quando trabalha na triagem. O conteúdo das entrevistas permite algumas reflexões:

Em primeiro lugar, tudo indica que, segundo a opinião dos profissionais, o serviço público, apesar das mazelas alardeadas pela imprensa leiga, ainda se constitui, pelo menos em Curitiba, como uma forma satisfatória de prestar assistência psiquiátrica. Isto, se o tempo de entrevista puder ser utilizado como critério avaliador. O depoimento dos entrevistados de serviço público permite entender uma grande liberdade de trabalho em relação ao gerenciamento do tempo. E isso pode ser entendido como qualidade. O tempo é, de longe, o recurso fundamental para que se concretize o encontro em uma relação terapêutica. Mais ainda quando se trata de saúde mental.

Em segundo lugar, se levarmos em conta apenas o tempo disponível para as entrevistas, tanto diagnósticas quanto as de seguimento (terapêuticas), observa-se que a "terceirização" (serviços conveniados), a menos que seja bem remunerada, tem sido um fator na redução desse tempo disponível. Tornando-se, pois, uma das dificuldades dos profissionais. Isto, porque se pressupõe tratar-se de uma limitação decorrente das características da instituição e sua relação de trabalho com o profissional. É válido, em relação aos médicos de outras especialidades, entendermos o tempo escasso como algo não derivado, pura e simplesmente, das características da instituição, mas, decorrentes do tipo de medicina que praticam. Acredita-se inconcebível, para um médico da área de saúde mental, aquilo que pode ser aceito para um médico de outra especialidade, quando se pretende entender o reduzido tempo de consulta. Para este último, é plausível aceitar-se que o reduzido tempo de consulta seja, como dizem BOTEGA; DALGALARRONDO (1992, p. 92), uma forma oculta de "lidar com os aspectos psicossociais que surgem no contato com o paciente". Ou então, que um médico generalista, preso às limitações impostas por sua instituição, utilize de técnicas tipo "Flash", como a proposta por BALINT (1976, p. 19-25), e o faça com eficiência. Em saúde mental, particularmente psiquiatria, a entrevista clássica não pode ser aplicada no reduzido tempo de dez minutos (HOPKINS, p. 139).

Igual às dificuldades em ambulatorios terceirizados, pode-se dizer o mesmo da utilização de Postos de Saúde como forma de atendimento em psiquiatria. Aqui, o tempo também tende a ser menor além de não propiciar o ambiente próprio dos profissionais do campo "psi".

A experiência de BUSNELLO (1976), integrando a saúde mental num sistema de saúde comunitária, tem sido referida como de sucesso. No entanto, em Curitiba, essa proposta ainda não oferece condições de julgamento quanto a viabilidade e eficiência. Os Postos de saúde 24 horas, os "Postinhos", como costumam ser chamados pela população e pelos profissionais, fazem o atendimento, fornecem receitas e encaminham com o preenchimento da guia de Referência / Contra-referência. Utilizam-se de um banco de dados da central de consultas para agendar os pacientes. Via telefone fazem o agendamento, que nem sempre é para o psiquiatra que vem acompanhando o paciente.

Além do mais, qualquer dos profissionais, de nível superior, pode fazer o encaminhamento, dando margem a encaminhamentos falhos quanto à triagem (principalmente quando para os hospitais). Surgem erros porque, segundo os entrevistados, um psicólogo, um assistente social ou um enfermeiro não têm treinamento necessário para um diagnóstico clínico confiável. Concorde-se com este ponto de vista, porque "A formação universitária do psicólogo não lhe dá condições de detectar, numa simples entrevista, doenças de natureza somática. Falta-lhe vivência clínica tão importante, e muitas vezes decisiva, para a formulação diagnóstica quando se trata de organicidade" MADRUGA (1983). O mesmo pode ser dito para os demais profissionais, não-psiquiatras, sem que isso se constitua em uma crítica ao seu desempenho. Trata-se simplesmente de diferentes papéis profissionais devido a um distinto preparo técnico e conseqüentemente outra expectativa de atuação.

Transtornos mentais de base somática, em estado clínico de *delirium*, tem sido referidos pelos profissionais como os de maior gravidade quanto ao erro. Ao invés de serem encaminhados para um hospital clínico costumam ser para hospitais psiquiátricos ou para ambulatorios. Fato que se mostra freqüente quando o encaminhamento é feito pelo enfermeiro, pelo assistente social ou por outro profissional presente no posto de saúde. Uma equipe multidisciplinar não implica em uma indefinição dos procedimentos especializados. Não implica, também, em se constituir em uma massa amorfa no que tange a individualidade funcional, como se fora um mutirão.

Aparentemente saiu-se do assunto "tempo de entrevista". Mas não, este aspecto está intimamente vinculado quando o tempo de entrevista depende do agendamento realizado pelos profissionais destes postos de saúde. Em particular, o agendar para serviços ambulatoriais conveniados.

Nestes, o número de pacientes a ser atendido depende dessa mesma marcação de consulta. O serviço em questão não tem controle sobre sua agenda. O profissional nunca sabe quantos pacientes atenderá nos dias que se seguem. O mesmo não acontece no Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), onde o paciente agenda suas consultas no mesmo local. Podendo o profissional, então, organizar-se em seu atendimento, impedindo que surja um problema próprio de seus colegas que trabalham em serviços conveniados.

5.1.2.3.5 Tempo disponível para entrevistas de seguimento

TABELA 27 - Q-19-Amb.T — OPINIÃO QUANTO AO TEMPO DISPONÍVEL PARA ENTREVISTAS TERAPÊUTICAS: PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE AMBULATÓRIOS, PSQUIATRAS (Psq Amb), PSICÓLOGOS (Psc Amb) E ASSISTENTES SOCIAIS (As Amb), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA-1995

TEMPO DISPONÍVEL PARA ENTREVISTAS TERAPÊUTICAS	Psq Amb.		Psc Amb.		As Amb.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não responde	0	0,00	0	0,00	1	12,50
1< 15 minutos	9	34,61	0	0,00	2	25,00
15 minutos	9	34,61	0	0,00	1	12,50
30 minutos	8	30,76	11	78,57	4	50,00
45 minutos	0	0,00	1	7,14	0	0,00
60 minutos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
>60 minutos	0	0,00	2	14,28	0	0,00
TOTAL	26	100	14	100	8	100

FONTE: Pesquisa de Campo

Os psiquiatras escolheram as opções “menor do que 15 minutos”, “15 minutos” e “30 minutos”: aproximadamente um terço dos mesmos para cada opção.

Os assistentes sociais, por sua vez, concentraram-se em “30 minutos” (50,00%). Como o número de profissionais que respondeu foi pequeno, o fato de 2 terem assinalado “menor do que 15 minutos” e 1 tenha assinalado “15 minutos”, pouco se pode concluir.

Já os psicólogos, também em pequeno número, foram mais uniformes: 78,57% assinalou “30 minutos”. Os restantes assinalaram “45 minutos” (1 respondente) e “maior do que 60 minutos” (2 respondentes).

Uniformidade em assinalar tempo disponível em valores mais elevados pode ser entendida como significativa no sentido de validar tal possibilidade do real. Pode significar que não existe aí um problema tão importante. Principalmente quando se pretende usar a entrevista como um tempo terapêutico. (TABELA 27 - Q-19-Amb.T —, acima)

Cotejando-se com os dados da segunda fase (subseção 5.2.1.3.4— Tempo disponível com o cliente)

Ao se analisar estes dados, mesclando-os com os da segunda fase, procurando identificar um problema para o lado dos profissionais, é preciso que se atente para a natureza dos mesmos. Muito mais que na medicina em geral, o trabalho do psiquiatra, do psicólogo e do assistente social psiquiátrico, torna-se efetivo na entrevista. Esta não se constitui apenas em um instrumento diagnóstico. É também um potente instrumento terapêutico. E, para tanto, supõem-se importante o tempo que se dedica ao mesmo. Não é tão somente uma tarefa a se cumprir, mas, principalmente, um "tempo" a se trabalhar. Pois, quantifica-se, também, a tarefa, pelo tempo a ela dedicado. Neste aspecto do campo de trabalho, o da terapia, quantidade e qualidade mal se distinguem.

O papel da entrevista, então, não se limita ao diagnóstico, pois o vínculo interpessoal dela resultante se constitui no primeiro momento do labor terapêutico, objetivo principal do profissional. Segundo Leme LOPES (1980, p. 137), "O estabelecimento de relação afetiva na entrevista deve ser de tal ordem, que justifique uma vivência recíproca, como um encontro. Na verdade, há a aproximação de duas liberdades. O paciente traz a liberdade de sua escolha e o médico engaja a liberdade de sua aceitação".

Não deve interessar um tempo fugaz, sob pena de não se efetivar o "encontro". E é disso que, de uma certa forma, nos diz o entrevistado, o primeiro citado mais abaixo no texto. Essa, e as demais, são entrevistas da segunda fase deste estudo. Considera-se, aqui, a validade de sua apresentação, por se tratar de atributo técnico dos profissionais. Intemporais, portanto.

As entrevistas permitiram que se compreendesse a variabilidade de respostas por ocasião da primeira fase da pesquisa.

O ambulatório — denominado "formal" —, que congrega a maior parte dos profissionais, é aquele ligado ao Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM). Além de oferecer atendimento ambulatorial, o CPM oferece Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Oferece, além do mais, um serviço de Pronto

Atendimento (PA). Este último destina-se à triagem e às emergências. Funciona, também, como ambulatório “não-formal”, destinado a pacientes que não conseguem agendar-se no ambulatório “formal”. Estes pacientes precisam chegar cedo (por volta das 06:00 h) e esperar na fila. Desta última maneira são atendidos muitos pacientes, e aí o tempo é bastante escasso, bem como bastante baixa a frequência das consultas:

A primeira dificuldade em que eu me encontro diz respeito ao número de pacientes e conseqüentemente ao tempo que eu disponho para dedicar ao paciente. Então isso faz com que eu não possa realizar o trabalho que eu acho que seria capaz de realizar, e que traria um melhor benefício pro paciente. Isso acaba tendo como resultado prático, errrr... digamos, que a eficiência do tratamento é menor, no sentido que muitos pacientes que poderiam ser atendidos ao nível só de ambulatório acabam tendo internações que poderiam ser evitadas. E, alguns pacientes que, certamente, teriam um benefício bastante grande num acompanhamento, além de uma psicofarmacoterapia, duma psicoterapia, né? Acaba sendo restringido numa psicoterapia, digo, numa psicofarmacoterapia. E isso é traduzido num empobrecimento terapêutico. O tempo varia de paciente a paciente. Eu joga, né? Então eu divido basicamente os pacientes assim: alguns pacientes que pode ser feito uma manutenção só com medicação, tá? Então esses teriam as consultas mais distantes e basicamente centrada a discussão daquela medicação em 10, 15 minutos com o paciente. Outros pacientes que tem necessidade de mais... maior frequência de contato falar mais, discutir mais, então esses pacientes viriam mais seguidamente e tempo de chegar até para alguns pacientes até em 40 minutos. 20, 30, 40, dependendo do paciente. E dependendo da agenda, que é uma coisa que eu não controlo, né? Está aberta, eles vão pondo pacientes, há uma demanda, e a cada dia eu tenho que gerir essa demanda. Comprimir, fazer uma de meio termo. E... você teria pacientes que vem semanalmente, até pacientes que estão estabilizados, vem a 4, 6 meses. E eu acho que há os dois tipos de casos que eles são perfeitamente indicados. Os pacientes ficam no meio, que poderiam ser beneficiados se recebessem maior frequência com mais tempo, não conseguem. [...] O acompanhamento feito por mim, consegue ter algum padrão, pois eu manejo a agenda. Mas o serviço como um todo, se pegar a triagem, é deficiente. Se tem 20 pacientes esperando, pelo menos 10 são pacientes que estão sendo atendidos na triagem. Eles vêm cada 2 meses, são vistos por um, por outro, podendo ser vistos por 10 médicos no último ano e meio. Então não tem um claro diagnóstico. São pacientes que chegam delirando, recebem neurolético, voltam deprimidos recebem antidepressivo... quer dizer, são pacientes que não tem nem uma história, por que não há tempo, para poder se fazer história e vê-lo como bipolar e receber tratamento adequado. (Entrevista N.º 02, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Essa modalidade ambulatorial (não-formal) oferecida no Pronto Atendimento (PA), no CPM, é realizada apenas por psiquiatras. É uma maneira pela qual muitos pacientes são atendidos regularmente em regime de consultas. Em geral são pacientes que não fazem, por vários motivos, seu agendamento no ambulatório “formal”. Os assistentes sociais participam, também, de atendimentos dessa modalidade. Não atendem “filas”, mas atendem situações que exigem sua participação. A urgência da modalidade de consulta é muito bem expressa pelo relato de um assistente social psiquiátrico:

Em relação ao processo diagnóstico, enquanto Serviço Social, a gente tem local impróprio para entrevista... o tempo de entrevista éééé... não é respeitado pelos outros profissionais, a gente vive gritando e esperneando para garantir um espaço... é uma dificuldade muito grande... não se tem muito apoio da direção... da direção geral e da direção clínica em relação à isso. Existem coisas em relação às muitas atividades que o Serviço Social poderia até implantar mas não está conseguindo espaço para isso, nesse momento. O Serviço Social realiza a entrevista. Temos estagiários que acompanham. O local é inadequado. O tempo é pouco. O tempo varia de acordo com a demanda do paciente. Não satisfaz totalmente as nossas necessidades. É mais emergencial. Apagando fogo que já está meio aceso. O ambulatório não atende toda a demanda. Nós não atingimos objetivos porque não

existem normas claras. Já se tentou colocar no papel, avaliar juntos, mas não deu eco. Daí a gente está trabalhando mais a nível emergencial, principalmente em PA. Em média é uns 20 minutos que considero pouco para fazer todo um levantamento da vida do paciente, da vida familiar, da história familiar. O médico tem que atender rápido, a família está cansada, o paciente geralmente em surto. Não dá pra se colher muitos dados. (Entrevista n.º 01, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.)

Já as consultas e sessões, oferecidas pelos profissionais dentro do atendimento ambulatorial "formal", parecem estar ao largo de queixumes: os profissionais das 3 categorias, conforme o conteúdo das entrevistas (ANEXO 3), o fazem de maneira tal que esses mesmos profissionais sentem-se livres para administrar o tempo. Lamentável, porém, é o fato de que um documento (ANEXO 5) determina a extinção do ambulatório "formal" de psiquiatria, o que deverá ocorrer em julho de 1998. O atendimento psiquiátrico, a partir desta data, ficará restrito ao Pronto Atendimento (PA), que atenderá casos de emergência e os casos de atendimento ambulatorial "não-formal". Os psicólogos deverão continuar atendendo em ambulatórios "formais". Motivos administrativos são as justificativas.

Convém que se registre passagem curiosa em relação ao comportamento de um profissional, onde simplesmente é priorizado seu próprio trabalho, não alimentando maiores preocupações em relação aos pacientes que estão fora das instalações do ambulatório, na fila de espera:

A demanda aqui é muito grande. Então eu acho... não chega a ser uma coisa que atrapalha, o serviço da gente. Eu até tento disciplinar e eu não atendo todo mundo. Porque tem lista de espera. Porque eu procuro conservar o tempo que eu preciso, porque o tempo de atendimento... O tempo para a tender o paciente, fazer a avaliação diagnóstica, inicialmente, depois para fazer as consultas de tratamento... grupo de terapia, tudo, né... podem ser um fator que atrapalha o diagnóstico e o tratamento. Já houve época que limitaram o nosso tempo. Hoje, aqui neste local a gente até tem muita liberdade, sabe?. E isso é uma coisa que eu acho boa, né? Pra trabalhar do jeito que a gente quer. Então eu tenho disciplinado o meu trabalho, né? Eu reservo um tempo, sabe? Pra primeira consulta... Eu disponho de meia hora. [...] então eu até não completo uma avaliação diagnóstica em meia hora, tá? Eu reservo meia hora para o contato com a família... depois uma outra meia hora, numa segunda vez, [...]. E até mais tempo pra completar uma avaliação diagnóstica. E, o atendimento de consulta sim. Daí, então, dá pra fazer atendimento de consultas médicas, por exemplo, em 20 minutos. Depois subsequentes, né? Até de uma hora... Eu tenho conseguido... eu tenho conseguido fazer essas coisas, aqui... sabe? É por essa situação desse lugar... né? A gente tem reservado tempo. Eu até... eu não tenho assim muito impeditivo. Deu pra gente desenvolver até um trabalho razoável aqui, né? Com equipe. Certo que a gente tem, éééé... reclamado... colocado como a gente quer trabalhar... e tem conseguido. Mas com isso nós atendemos poucas pessoas, sabe? Nosso serviço é pequeno... é limitado, né. E daí isso traz dificuldades de repressão de demanda, né?. Temos uma demanda reprimida por causa disso. Mas..., sabe? Que eu saiba, assim, ninguém vem cobrar isso. De mim, particularmente, não. (Entrevista n.º 01, PSIQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Ou então, como um outro profissional, alienar-se do contexto como forma de evitar angústia frente a impotência funcional:

Em princípio o que eu vejo que poderia, talvez, ser uma limitação, éééé... seria o paciente mal triado..., né?. Porque eu não faço diferença, né? daqui... do consultório particular... não, eu estou atendendo um sujeito, aquele é um sujeito... tá? Então eu não tou me importando com o tempo... não tou me importando com nada. Não tou me importando com a fila de espera ou que não tenha... tou é muito preocupada com o sujeito que tá aí na minha frente. Desde o momento que eu tou aqui e tem pa-

ciente eu vou atender. Por isso que eu acho, assim, que eu não tenho muita... muita... né? Se o sujeito veio até aqui, está precisando... [...] **Em caso contrário não consigo... pensar em limitação. O meu trabalho, não o trabalho no serviço público. Porque eu também, eu também... eu fico aqui. Eu não vou lá na frente. Não sei o que está acontecendo lá. É uma postura cômoda pra mim. Porque eu já me angustiei muito com essas coisas, não é? Então hoje eu fico aqui e não quero saber o que tá se passando lá. Eu imagino que um paciente lá tenha muitas dificuldades, que muita coisa esteja acontecendo lá fora. Então eu não quero participar. Foi minha solução. Não tem assim nenhuma dificuldade...** [...] (Entrevista n.º 05, PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO.)

Observou-se que, em relação a fase terapêutica, poucos foram os profissionais que se queixaram. Os de ambulatórios disseram da possibilidade de administrar esse tempo em função das características do cliente. Aos crônicos normalmente é oferecido alguns minutos. Foi citado 3 minutos, 5 minutos e até mesmo meia hora, dependendo dessas características. O ambulatório do Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) é o ambiente terapêutico onde se observou, pela manifestação dos entrevistados, uma melhor disponibilidade de tempo. Quanto aos ambulatórios conveniados, o tempo é premido pela necessidade de o profissional atender no menor tempo possível. Neste caso, o profissional chega a atender 20 ou mais pacientes em 2 hora e meia — o mais provável é que seja em menos tempo — resultando em cerca de 3 a 5 minutos para cada paciente. O que pode ser concluído através de cálculos levando-se em conta o tempo disponível, o número de pacientes atendidos, um também rápido intervalo entre eles, e o tempo mais prolongado dedicado aos pacientes de primeira consulta.

Quanto aos hospitais, os profissionais que mais apresentaram queixas foram os psiquiatras e os assistentes sociais e em segundo lugar os psicólogos. Alguns médicos, por sua vez, pareceram estar satisfeitos com o tempo disponível. Outros, porém, fizeram referência a uma necessidade pessoal de acelerar o trabalho via diminuição do tempo de atendimento.

Em outras vezes, os psiquiatras de hospitais utilizam-se do atendimento em grupo, para o qual atribuem uma questionável maior eficiência terapêutica. Havendo, porém, uma referência quanto à impossibilidade de atender individualmente, tal o excesso de pacientes.³ Já os assistentes sociais e os psicólogos deixam claro o excesso de pacientes sob seus cuidados. Em função disso os psicólogos informam utilizar-se do atendimento em grupo.

5.1.2.3.6 Frequência máxima de entrevistas em ambulatórios

³ Pode-se informar que, por determinação da Secretaria de Saúde (passim), limita-se a 40 o número máximo de pacientes que cada profissional psiquiatra pode atender em uma instituição. Alguns anos atrás era comum encontrarem-se situações em que um único médico tinha mais de 60 pacientes sob sua responsabilidade.

Os psiquiatras assinalaram, em ordem decrescente: 30,76% “semanalmente”, 26,92% “mensalmente”, 11,53% “quinzenalmente”, 11,53% “1º mês livre, a seguir mensalmente”, e, apenas 2 (7,69%) profissionais assinalaram “2 vezes por semana”. É provável, então, que, segundo a percepção dos profissionais, os pacientes podem ser atendidos numa frequência máxima entre 7 dias e 30 dias, variando conforme o serviço em que é atendido. Tais números invalidam a hipótese de que o paciente é visto esporadicamente. A questão que poderia ser colocada é: esta frequência máxima seria satisfatória ou não?

TABELA 28 - Q-20-Amb.T — OPINIÃO QUANTO À FREQUÊNCIA MÁXIMA PARA ENTREVISTAS DE SEGUIMENTO (TERAPÊUTICAS): PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE AMBULATÓRIOS, PSQUIATRAS (Psq Amb), PSICÓLOGOS (Psc Amb) E ASSISTENTES SOCIAIS (As Amb), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

TEMPO DISPONÍVEL PARA AS ENTREVISTAS TERAPÊUTICAS.	Psq Amb.		Psc Amb.		As Amb.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não responde	0	0,00	1	7,14	2	25,00
3 vezes por semana	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2 vezes por semana	2	7,69	1	7,14	2	25,00
Semanalmente	8	30,76	12	85,71	1	12,50
Quinzenalmente	3	11,53	0	0,00	1	12,50
Mensalmente	7	26,92	0	0,00	0	0,00
Bimestralmente	2	7,69	0	0,00	0	0,00
1º mês livre, a seguir, mensalmente	3	11,53	0	0,00	0	0,00
1º mês livre, a seguir, bimestralmente	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Outra	1	3,84	0	0,00	2	25,00
TOTAL	26	100	14	100	8	100

FONTE: Pesquisa de Campo

Os psicólogos concentraram suas opções em “semanalmente” [12 de 14 (85,71%)]. Este percentual mostra-se, pois, significativo.

Quanto aos assistentes sociais, sua distribuição não permite conclusões de importância. Em pequeno número, distribuem-se em pequenos grupos, ao longo da lista de opções. (TABELA 28 - Q-20-Amb.T —, acima)

Algumas falas poderão se constituir em recursos elucidativos em relação à pesquisa apoiada nos questionários;

O tempo da entrevista é muito curto, no ambulatório. **Teoricamente 30 minutos. Mas eu faço mais curtas: 15 minutos, 10 minutos, para dar conta da fila de espera.** (Entrevista n.º 03, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO)

O cliente chega aqui, quer uma solução imediata, até por ter vindo não muito bem encaminhado. Daí quando você fala, que você precisa de um retorno semanal, o paciente vira e diz assim: "mas eu não tenho dinheiro para vir toda semana". Aí você diz assim, "mas pelo menos a cada quinze dias". Daí nós entramos numa outra barreira: se tivesse mais tempo para ser feita a consulta naquele dia, por exemplo 50 minutos, talvez o paciente não tivesse que vir toda semana. Então o primeiro impedimento seria o financeiro, do paciente ter que retornar mais vezes. [...] Quando eu cheguei aqui era 15 minutos. Eu falei que não daria. Não, pelo menos, meia hora. Até ter um entendimento, havia uma idéia de que não, que meia hora era muito. Hoje, depois de algum tempo, eu consigo ficar 30, 40 minutos, mas com queixas administrativas de uma produtividade. (Entrevista n.º 04 PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Voltando-se ao tema tempo de entrevista: entre os entrevistados, este último foi o único a mencionar interferência de chefia, pressionando por produtividade. A outra referência foi a de um psiquiatra de serviço público, mas, rindo, afirmou que a cobrança de produtividade não era atendida.

A produtividade tem sido um dos critérios de bom atendimento. Critério, este, facilmente questionável. Uma vez que, como já foi defendido anteriormente, não se pode conceber "tratamento", na área de saúde mental, sem o principal recurso tecnológico: o adequado tempo de entrevista. "Tempo", este, que necessita ser oferecido, além da "dose", em frequência também adequada.

5.1.2.3.7 Informações sobre o paciente ao internar

A questão 17 do questionário, aplicada aos profissionais de hospitais, foi respondida de maneira que permite se valorize os resultados. Um importante percentual de psiquiatras (33,92%), de psicólogos (48,38%) e de assistentes sociais (18,18%) respondeu "nunca" receber informações, oriundas de ambulatórios, relativas ao paciente que interna. Respondeu "raramente", 46,42% dos psiquiatras, 48,38% dos psicólogos e 68,18% dos assistentes sociais psiquiátricos. "Frequentemente" foi a resposta de, apenas, 12,50% dos psiquiatras e 3,22% dos psicólogos. Nenhum assistente social assinalou esta alternativa. Responderam "sempre" 5,35% dos psiquiatras e 4,54% dos assistentes sociais. Nenhum psicólogo assinalou tal alternativa.

Há uma alta probabilidade de estar ocorrendo uma deficiente comunicação entre os serviços ambulatoriais e os hospitais. Caracterizando-se, então, um problema, uma dificuldade a ser enfrentada pelos profissionais de hospitais. (TABELA 29 - Q-17-H.T —)

TABELA 29 - Q-17-H.T — OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE HOSPITAIS, PSIQUIATRAS (Psq Hosp), PSICÓLOGOS (Psc Hosp) E ASSISTENTES SOCIAIS (As Hosp), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS), QUANTO A RECEBER INFORMAÇÕES RELATIVAS AO PACIENTE ORIUNDO DE AMBULATÓRIO. CURITIBA - 1995

RECEBIMENTO DE INFORMAÇÕES DO AMBULATÓRIO.	Psq Hosp		Psc Hosp		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-Não responde	1	1,78	0	0,00	2	9,09
1-Nunca	19	33,92	15	48,38	4	18,18
2-Raramente	26	46,42	15	48,38	15	68,18
3-Freqüentemente	7	12,5	1	3,22	0	0,00
4-Sempre	3	5,35	0	0,00	1	4,54
TOTAL	56	100	31	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

Comparando-se com o que se obteve na segunda fase (5.2.1.5 Intercomunicação entre os serviços)

Analisando-se as respostas dos entrevistados conclui-se pela inexistência de uma comunicação clara entre os serviços⁴. Fato também constatado na primeira fase. Particularmente entre serviços ambulatoriais e hospitalares, o que existe não satisfaz as necessidades tanto do psiquiatra, do psicólogo quanto do assistente social. Não há preenchimento satisfatório das guias de "referência-contrareferência". De modo que o paciente, entre suas idas e vindas do ambulatório para o hospital, tem sua evolução caracterizada como uma incógnita. Suas respostas às diferentes tentativas terapêuticas, em geral, são desconhecidas. Quando muito, é o paciente, ou seu familiar, que informa, e assim mesmo de uma maneira justificavelmente deficitária. Esta é uma importante dificuldade com que se defrontam os profissionais. Sua aparição beira a totalidade no que tange ao verbalizado, na forma de queixa, durante as entrevistas.

Aparentemente não houve mudanças quanto a esse aspecto, persistindo como uma dificuldade enfrentada pelos profissionais.

⁴ Este é um problema que exige elaboração de estratégias eficientes para o seu enfrentamento. Não se restringe à comunidade curitibana. Estende-se pelo tempo e espaço no que respeita ao Brasil, conforme podemos concluir por observação de outros autores [GERALDES (1992), com seus "entraves", conforme exposto no Capítulo 3.2, desta Tese; BUSNELO (1976) Porto Alegre-Rs, conforme exposto na seção 3.3 do Capítulo 3, PICANÇO et. al. (1983) em estudo de 1978 em Fortaleza-CE, seção 3.3, e MOURA FÉ et. al. (1979) em estudo de 1977 no Ceará, conforme também exposto nesta Tese, na seção 3.3.]

5.1.2.3.8 Disponibilidade ambulatorial

Verifica-se, consultando-se a TABELA 30 - Q-18-H.T — (ANEXO 2), que os psiquiatras de hospitais tendem, levemente, a considerar "presença de alternativas ambulatoriais que satisfaçam as suas necessidades" (53,57% para sim). Aproximadamente a metade dos psiquiatras, então, mostra-se insatisfeita, entendendo não haver disponibilidade ambulatorial. Os psicólogos de hospitais tendem, em sua maioria para não (70,96% para "não"). Os assistentes sociais de hospitais tendem para "sim" (63,63%).

É razoável acreditar-se existir aí um problema, que dificulte o trabalho. Entenda-se que a avaliação não se destina a detectar a existência ou a se estimar o número de ambulatórios. Não. O que se verifica é a opinião dos profissionais. Pois, apesar de se utilizar questionários, vale a observação de que "as informações referem-se diretamente ao processo de trabalho ou, às vezes, a suas condições de execução, *mas não são* o processo de trabalho e suas condições de execução, porém uma descrição deles que passa pelas representações dos diversos tipos de agentes entrevistados" (GONÇALVES, 1994, p. 147). Esta observação é válida para o conteúdo de todo este capítulo.

Cotejando-se com o que se obteve na segunda fase:⁵

Os dados acima foram obtidos sondando-se as opiniões de profissionais de hospitais, para os quais a existência de serviços, que possam dar acompanhamento aos seus pacientes em alta, mostrava-se uma necessidade a ser satisfeita. Novamente, as entrevistas realizadas na segunda fase permitem entender o que se passa, uma vez que os próprios profissionais de ambulatórios fazem o seu depoimento em relação ao serviço onde trabalham:

Eu acho que é a indefinição... né?... das políticas de base em relação à saúde mental. O que se pretende. Enfim, parâmetros melhores para que hajam objetivos claros e definidos. A questão da saúde mental pública, eu acho também, está bastante deficitária. **A gente se depara com problemas a nível de encaminhamento**, tanto para hospitais-dia quanto para ambulatórios existe uma dificuldade muito grande. E o CPM está no meio disso tudo. Mediando essas dificuldades e tentando o famoso jêitinho brasileiro. Bem... eu considero que basicamente a falta de políticas claras e definidas, né... O que se pretende, o que se quer, em saúde mental, envolvendo toda a sociedade. **A falta de... éééé... instituições ou locais para encaminhamento. Ou seja, hospitais-dia, NAPS, né?... ambulatórios, e até mesmo nos casos mais graves, é a situação dos Hospitais, também, que estão com poucas vagas. [...] As vagas que se tem no ambulatório são poucas, não se abre vagas. São muito poucas. Ontem mesmo procurei e não havia nenhum profissional que pudesse atender o paciente, que estava ele mesmo pedindo o ambulatório. "Eu quero continuar, eu quero vir aqui, eu quero ter um controle da minha doença". Eu procurei e não encontrei, daí fiz uma guia de referência, contra-referência e pedi pra que ele procurasse uma unidade**

⁵ Não houve, durante a segunda fase, uma abordagem direta indagando-se: "dispõe de recursos ambulatoriais que satisfaçam suas necessidades?". Os esclarecimentos foram espontâneos. A subseção que melhor esclarece é a 5.1.2.3.14 (O tratamento após a alta hospitalar, 1ª fase da pesquisa) que está mesclada com o tema "Em relação ao posterior acompanhamento do paciente" referida à subseção 5.2.1.4 (2ª fase da pesquisa).

de saúde pra ver se lá consegue. Mas a gente também já sabe da dificuldade da unidade de saúde, em relação a central de vagas, os serviços disponíveis, por aí. (Entrevista n.º 01, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.)

O problema, que eu vejo assim, que eu identifico agora, é que algum paciente que estou atendendo precisa de acompanhamento psiquiátrico, precisa de medicamento. E o atendimento está limitado, os psiquiatras não tem horário disponível, pra isso. Estão com agenda tomada. Isso as vezes é problema. As vezes com frequência, né? com frequência estão com agenda tomada. E aí é preciso fazer um pedido. Aí fica mais um problema de ordem pessoal. Um pedido meu, ontem a um amigo, a um colega, pela impossibilidade mesmo do paciente chegar lá e procurar o que é preciso. Aí eu tenho que intervir, e isso é um problema, porque eu não gosto de fazer isso. Eu deixaria que paciente procurasse esse tipo de coisa que ele está precisando. Que eu não tivesse que fazer isso por ele. A demanda para a psicologia não é tão intensa quanto para a psiquiatria. Para a psiquiatria eu acho que é maior. Pelo menos é o que vejo. Não sei, faço algumas pergunta sobre isso até. Porque que não abrem vagas para pacientes que são atendidos durante muitos anos. Não tem alta, o problema é que não tem alta. Dificilmente tem. (Entrevista n.º 01, PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO.)

Os demais profissionais também falam de um atendimento que satisfaça “suas necessidades”. Durante as entrevistas são mais críticos:

- os psiquiatras, ao responderem em relação ao “tratamento após a alta hospitalar” (subseção 5.1.2.3.14, mesclada com as entrevistas da subseção “em relação ao posterior acompanhamento do paciente”, 5.2.1.4), não responderam de forma similar às respostas da primeira fase (pois se queixaram do atendimento ambulatorial);
- os assistentes sociais psiquiátricos, como o exemplo do trecho acima, também se queixaram dos ambulatorios;
- as entrevistas com os psicólogos mostraram resultados similares.

A análise do conteúdo das entrevistas permite que se conclua ter havido, na opinião dos entrevistados, um deterioro, ao invés de um melhoramento, quanto à disponibilidade ambulatorial. Deterioro ocorrido em um curto período que não excede dois anos e meio após a entrada em vigor da Lei Estadual-PR N.º 11189, de setembro de 1995 (ANEXO 5). Caracteriza um grave problema, pois a proposta é a de substituição de serviços hospitalares por serviços extra hospitalares.

Aparentemente se constitui em um fenômeno incompreensível, haja vista o nítido aumento do número de NAPS e de ambulatorios criados neste período.⁶ No entanto, levando-se em conta observações de alguns entrevistados, poder-se-á ter algum entendimento. Cai-se, porém, em um problema metodológico. Alguns dos entrevistados pareceram se sentir mais a vontade após o término da entrevista. Talvez pelo desligar do gravador, ou quem sabe, pelo simples “aquecimento” durante os 30-40

⁶ Vide Capítulo 3, subseção 3.2.3 (Ambientes terapêuticos) desta Tese.

minutos de entrevista. Nessa situação passaram a falar de maneira "informal", permitindo obter, em acréscimo às das entrevistas, as seguintes informações:

- os NAPS não atendem as necessidades, pois, estas, de maneira premente exigem ambulatórios;
- os ambulatórios criados vinculam-se a hospitais e, em consequência, atendem às necessidades desses hospitais, agravando a situação pelo fato de servirem como eficiente meio de encaminhamento para esses mesmos serviços.

Se isso realmente acontece, a gravidade do problema se acentua, dificultando o bom desempenho dos demais profissionais, não ligados a esses serviços.

5.1.2.3.9 Integração profissional

Um dos problemas levantados durante a enquête preliminar foi a falta de integração profissional, dificultando o trabalho de diagnosticar e tratar. As questões 21, 22, 23 e 24, dos questionários, tiveram como objetivo obter dados que permitissem uma forma de avaliação. O que se avaliou não foi propriamente a integração, mas sim, a frequência com que os profissionais solicitavam uns aos outros durante o processo de trabalho. No entanto, mostram-se como informações úteis permitindo que se façam inferências relativas à integração funcional. As TABELAS 31, 32, 33, 34, 35 e 36 permitem algumas observações.

Psiquiatras, fase diagnóstica (quanto a solicitar os serviços dos psicólogos e dos assistentes sociais psiquiátricos):

TABELA 31 - Q-21-23-AmbH.Psq — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS PSIQUIATRAS DE HOSPITAIS (Psq Hosp) E AMBULATÓRIOS (Psq Amb), AOS ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As) E AOS PSICÓLOGOS (Psc), NA FASE PRELIMINAR DO ATENDIMENTO (DIAGNÓSTICO). CURITIBA - 1995

FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DE PSIQUIATRAS, NA FASE DIAGNÓSTICA	PROFISSIONAIS SOLICITADOS: As e Psc, DE AMBULATÓRIO (Amb) E HOSPITAL (Hosp)							
	As Amb		As Hosp		Psc Amb		Psc Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0- Não respondem	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1- Nunca	1	3,84	5	8,90	5	19,23	15	26,78
2- Raramente	11	42,30	16	28,57	8	30,76	15	26,78
3- Frequentemente	11	42,30	23	41,07	12	46,15	19	33,92
4- Sempre	3	11,53	12	21,42	1	3,84	7	12,50
TOTAL DE PSIQUIATRAS	26	100	56	100	26	100	56	100

FONTE: Pesquisa de Campo

Em primeiro lugar, um fato sobre o qual não paira dúvida: do ponto de vista qualitativo, nem todos os psiquiatras solicitam ajuda dos psicólogos e/ou dos assistentes sociais psiquiátricos durante a fase "diagnóstica" do atendimento. Tanto no que diz respeito ao atendimento ambulatorial (3,84% em relação aos assistentes sociais e 19,23% em relação aos psicólogos) quanto ao atendimento hospitalar (8,90% em relação aos assistentes sociais e 26,78% em relação aos psicólogos), uma das respostas dos psiquiatras foi a de "nunca" solicitar serviços desses profissionais, durante a fase diagnóstica do tratamento. Esta característica é de real importância. (TABELA 31 - Q-21-23-AmbH.Psq —, acima)

Verifica-se, por outro lado, uma leve tendência em solicitar serviços, relativamente falando, mais em relação aos assistentes sociais psiquiátricos do que em relação aos psicólogos, sendo mais acentuado em hospitais.

Psiquiatras, fase terapêutica (quanto a solicitar os serviços dos psicólogos e dos assistentes sociais psiquiátricos):

TABELA 32 - Q-22-24-AmbH.Psq — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS PSIQUIATRAS DE HOSPITAIS (Psq Hosp) E AMBULATÓRIOS (Psq Amb), AOS ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As) E AOS PSICÓLOGOS (Psc), NA FASE SUBSEQÜENTE DO ATENDIMENTO (TRATAMENTO). CURITIBA - 1995

FREQÜÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS POR, PARTE DOS PSIQUIATRAS, NA FASE TERAPÊUTICA	PROFISSIONAIS SOLICITADOS: As e Psc, EM AMBULATÓRIO (Amb) E HOSPITAL (Hosp)							
	As Amb		As Hosp		Psc Amb		Psc Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0- Não respondem	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1- Nunca	2	7,69	0	0,00	4	15,38	10	17,85
2- Raramente	7	26,92	7	12,50	8	30,76	11	19,64
3- Frequentemente	14	53,84	28	50,00	13	50,00	30	53,57
4- Sempre	3	11,53	21	37,50	1	3,84	5	8,92
TOTAL DE PSIQUIATRAS	26	100	56	100	26	100	56	100

FONTE: Pesquisa de Campo

Observa-se, também, que alguns psiquiatras responderam "nunca" solicitar os serviços de assistentes sociais (em 7,69% quando em atendimento ambulatorial) e de psicólogos (em 15,38% quando em atendimento ambulatorial e, em 17,85%, quando em atendimento hospitalar), durante o

atendimento em fase de "tratamento". Nesta fase do atendimento os psiquiatras parecem solicitar, quando o fazem, numa frequência maior, os serviços dos assistentes sociais. Maior frequência, também, se comparado com a "fase diagnóstica". (TABELA 32 - Q-22-24-AmbH.Psq —, acima)

Não se investigou o porquê deste fato, constatado via questionários. Pode-se especular que isso decorra de uma maior complementaridade do trabalho entre psiquiatras e assistentes sociais, do que entre psiquiatras e psicólogos. Neste último caso é possível que e deva ao fato de haver mais uma similaridade funcional do que uma complementaridade.

Psicólogos, fase diagnóstica (quanto a solicitar os serviços dos psiquiatras e dos assistentes sociais psiquiátricos):

Os psicólogos, em percentual de 37,71% (em ambulatorios) e de 19,35% (em hospitais) responderam que "nunca" solicitavam serviços de assistentes sociais psiquiátricos durante a fase preliminar do atendimento (diagnóstico). Responderam "nunca" terem solicitado serviços de psiquiatras (em 7,14% em ambulatório e em 3,22% nos hospitais), quando na fase preliminar do atendimento. Tal fato, e uma tendência maior expressa por uma maior frequência de solicitação de serviços aos psiquiatras do que aos assistentes sociais, faz supor a possibilidade de uma maior complementaridade do psiquiatra em relação ao psicólogo, do que do assistente social em relação ao psicólogo, durante a fase "diagnóstica". É nítida a maior procura do psicólogo em relação ao psiquiatra do que em relação ao assistente social. O assistente social de hospital é mais solicitado do que o de ambulatório. Já no que respeita ao psiquiatra, o de ambulatório é mais solicitado do que o de hospital. (TABELA 33 - Q-21-23-AmbH.Psc —).

TABELA 33 - Q-21-23-AmbH.Psc — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS PSICÓLOGOS DE AMBULATÓRIOS (Psc Amb), E HOSPITAIS (Psc Hosp), AOS ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As) E AOS PSIQUIATRAS (Psq), NA FASE PRELIMINAR DO ATENDIMENTO (DIAGNÓSTICO). CURITIBA - 1995

FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DE PSICÓLOGOS, NA FASE DIAGNÓSTICA	PROFISSIONAIS SOLICITADOS: As e Psq, DE AMBULATÓRIO (Amb) E HOSPITAL (Hosp)							
	As Amb		As Hosp		Psq Amb		Psq Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0- Não respondem	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1- Nunca	5	35,71	6	19,35	1	7,14	1	3,22
2- Raramente	9	64,28	5	16,12	4	28,57	6	19,35
3- Frequentemente	0	0,00	10	32,25	9	64,28	12	38,70
4- Sempre	0	0,00	10	32,25	0	0,00	12	38,70
TOTAL DE PSICÓLOGOS	14	100	31	100	14	100	31	100

FONTE: Pesquisa de Campo

Psicólogos, fase terapêutica (quanto a solicitar os serviços dos psiquiatras e dos assistentes sociais psiquiátricos):

Os psicólogos de hospitais parecem solicitar mais frequentemente os assistentes sociais do que o fazem os psicólogos de ambulatório, durante a fase de tratamento. Porém, solicitam mais vezes os psiquiatras do que os assistentes sociais, tanto em ambiente hospitalar quanto ambulatorial.

TABELA 34 - Q-22-24-AmbH.Psc — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS PSICÓLOGOS DE HOSPITAIS (Psc Hosp) E AMBULATÓRIOS (Psc Amb), AOS ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As) E AOS PSIQUIATRAS (Psq), NA FASE SUBSEQUENTE DO ATENDIMENTO (TRATAMENTO). CURITIBA - 1995

FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DE PSICÓLOGOS, NA FASE TERAPÊUTICA	PROFISSIONAIS SOLICITADOS: As e Psq, DE AMBULATÓRIO (Amb) E HOSPITAL (Hosp)							
	As Amb		As Hosp		Psq Amb		Psq Hosp	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0- Não respondem	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1- Nunca	2	14,28	1	3,22	0	0,00	1	3,22
2- Raramente	11	78,57	2	6,45	5	35,71	6	19,35
3- Frequentemente	1	7,14	13	41,93	9	64,28	10	32,25
4- Sempre	0	0,00	15	48,38	0	0,00	14	45,16
TOTAL DE PSICÓLOGOS	14	100	31	100	14	100	31	100

FONTE: Pesquisa de Campo

Consideram-se, aqui nesta pesquisa, as respostas “nunca” e “sempre” como de significativa importância, em termos qualitativos. Por si só evidenciam uma possível diversidade quanto à integração profissional: constituem-se nos extremos possíveis da interdependência para quem trabalha em grupo. Isso se for válido — e acredita-se que o seja — considerar a “solicitação de serviços” como um indicador da integração funcional.

Quanto a este aspecto os psicólogos de ambulatorios responderam “nunca” solicitar os assistentes sociais psiquiátricos em 14,28%, contra 3,22% que respondeu assim, quando em hospital. Indica a possibilidade de os psicólogos, quando em ambulatorios, procurarem mais os assistentes sociais psiquiátricos. Por outro lado, a tabela informa que apenas um (3,22%), dos respondentes, indicou “nunca”, como resposta em relação a solicitar serviços aos psiquiatras. Esse profissional trabalhava em hospital. Não assinalaram “nunca” em relação ao psiquiatra de ambulatorio.

Quanto a solicitar “sempre”, os psicólogos parecem solicitar significativamente mais os assistentes sociais psiquiátricos, quando em hospitais (48,38%), do que ao trabalharem em ambulatorios (0,00%). O mesmo acontece em relação aos psiquiatras, pois solicitam mais os psiquiatras quando em hospitais (45,16%) do que quando em ambulatorios (0,00%). Por outro lado, se compararmos a maneira como solicitam assistentes sociais e psiquiatras, observa-se, como já foi dito, uma leve tendência em relação aos psiquiatras. (TABELA 34 - Q-22-24-AmbH.Psc —, acima)

Assistentes sociais psiquiátricos, fase diagnóstica (quanto a solicitar os serviços dos psiquiatras e dos psicólogos):

Os assistentes sociais psiquiátricos responderam, “nunca” solicitarem, durante a fase de diagnóstico, os serviços dos psicólogos, em 50,00% para os ambulatorios e 18,18% para os hospitais. Responderam, também, “nunca” solicitar serviços de psiquiatras, em 25,00% para os ambulatorios e 4,54% para os hospitais. Evidencia-se, por este aspecto, uma tendência em solicitar menos os psicólogos do que os psiquiatras, tanto em relação aos ambulatorios quanto em relação aos hospitais. (TABELA 35 - Q-21-23-AmbH.As —, a seguir)

TABELA 35 - Q-21-23-AmbH.As — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS ASSISTENTES SOCIAIS PSQUIÁTRICOS, DE AMBULATÓRIOS (As. Amb) E HOSPITAIS (As. Hosp.) AOS PSICÓLOGOS (Psc) E AOS PSIQUIATRAS (Psq), NA FASE PRELIMINAR DO ATENDIMENTO (DIAGNÓSTICO). CURITIBA-1995

FREQÜÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DE ASSISTENTES SOCIAIS, NA FASE DIAGNÓSTICA	PROFISSIONAIS SOLICITADOS: Psc e Psq, DE AMBULATÓRIO (Amb) E DE HOSPITAL(Hosp)							
	Psc. Amb		Psc. Hosp		Psq. Amb		Psq. Hosp	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0- Não respondem	0	0,00	2	9,09	0	0,00	3	13,63
1- Nunca	4	50,00	4	18,18	2	25,00	1	4,54
2- Raramente	3	37,50	6	27,27	0	0,00	2	9,09
3- Frequentemente	1	12,50	5	22,72	3	37,50	7	31,81
4- Sempre	0	0,00	5	22,72	3	37,50	9	40,90
TOTAL DE ASSIST. SOCIAIS	8	100	22	100	8	100	22	100

FORTE: Pesquisa de Campo

Em um percentual de 37,50% para os ambulatorios e 40,90% para os hospitais, os assistentes sociais psiquiátricos responderam que "sempre", durante a fase diagnóstica, consultavam os psiquiatras. Enquanto que nenhum, em ambiente ambulatorial, e 22,72%, em ambiente hospitalar, responderam "sempre" solicitar serviços dos psicólogos. (TABELA 35 - Q-21-23-AmbH.As —, acima)

Por estes dois aspectos evidencia-se uma solicitação maior de serviços aos psiquiatras do que de serviços aos psicólogos, por parte dos assistentes sociais psiquiátricos, durante a fase "diagnóstica", tanto em ambiente ambulatorial quanto em ambiente hospitalar.

Assistentes sociais psiquiátricos, fase terapêutica (quanto a solicitar os serviços de psiquiatras e de psicólogos.):

Os assistentes sociais psiquiátricos responderam que "nunca" solicitavam os serviços dos psicólogos em 50,00% para os ambulatorios e em 18,18% para os hospitais. No entanto 25,00% respondeu "nunca" ter solicitado serviços dos psiquiatras, em relação aos ambulatorios, e apenas 4,54% respondeu "nunca" em relação aos hospitais, no que diz respeito à fase terapêutica do atendimento. Análoga à resposta "sempre", esta resposta é decisiva: acena para a possibilidade de os assistentes sociais solicitarem mais os psiquiatras do que os psicólogos. (TABELA 36 - Q-22-24-AmbH.As —)

TABELA 36 - Q-22-24-AmbH.As — SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DOS ASSISTENTES SOCIAIS PSQUIÁTRICOS, DE AMBULATÓRIOS (As Amb) E HOSPITAIS (As Hosp), AOS PSICÓLOGOS (Psc) E AOS PSIQUIATRAS (Psq), NA FASE SUBSEQUENTE DO ATENDIMENTO (TRATAMENTO). CURITIBA - 1995

FREQÜÊNCIA DE SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS, POR PARTE DE ASSISTENTES SOCIAIS, NA FASE TERAPÊUTICA	PROFISSIONAIS SOLICITADOS: Psc e Psq, DE AMBULATÓRIO (Amb) E DE HOSPITAL (Hosp)							
	Psc. Amb		Psc. Hosp		Psq. Amb		Psq. Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0- Não respondem	0	0,00	2	9,09	0	0,00	3	13,63
1- Nunca	2	25,00	4	18,18	0	0,00	1	4,54
2- Raramente	3	37,50	3	13,36	1	12,50	1	4,54
3- Frequentemente	3	37,50	8	36,36	4	50,00	9	40,90
4- Sempre	0	0,00	5	22,72	3	37,50	8	36,36
TOTAL DE ASSIST. SOCIAIS	8	100	22	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

As respostas “frequentemente” foram de 37,50% em relação aos ambulatórios e de 36,36% em relação aos hospitais, quando se referia aos psicólogos. Em relação aos psiquiatras, esta resposta foi de 50,00% em ambiente ambulatorial e de 49,90% em ambiente hospitalar. Nítida tendência, pois, em solicitar “frequentemente” mais os serviços dos psiquiatras,

“Sempre”, foi uma resposta que apareceu em 22,72% (hospital), em relação à solicitação de serviços aos psicólogos, e nenhum assistente social de ambulatório a assinalou. Em relação aos psiquiatras, 37,50%, em ambulatório, e 36,36%, em hospital, responderam dessa forma. Esta resposta é significativa: forte tendência em solicitar mais os psiquiatras.

A TABELA 36 - Q-22-24-AmbH.As —, portanto, permite visualizar uma distribuição em que os assistentes sociais, como um todo, dizem solicitar serviços de maneira mais freqüente aos psiquiatras do que aos psicólogos, tanto em ambulatórios quanto em hospitais.

Os dados expostos acima (TABELAS 31, 32, 34, 35 E 36) mostram uma possibilidade de relação entre os psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos, enquanto categorias profissionais. Conclui-se, de maneira resumida, que, possivelmente:

- os psiquiatras solicitam mais os assistentes sociais e menos os psicólogos, tanto na etapa diagnóstica quanto na terapêutica;

- os assistentes sociais psiquiátricos solicitam mais os psiquiatras e menos os psicólogos, tanto na etapa diagnóstica quanto na terapêutica;
- os psicólogos solicitam mais os psiquiatras e menos os assistentes sociais, tanto na etapa diagnóstica quanto na terapêutica;
- os psiquiatras, dentro desta equipe, são os mais solicitados;
- os psicólogos, dentro desta equipe, são os menos solicitados;
- os psiquiatras e assistentes sociais são os mais integrados funcionalmente.

Mesclando-se com os achados por ocasião das entrevistas (subseção 5.2.1.3.1. – Organização funcional incluindo estrutura física).

Este recorte temático (Organização funcional, incluindo estrutura física) diz respeito ao trabalho de uma equipe multidisciplinar. É colocada em xeque a questão da "interdisciplinaridade" da "intradisciplinaridade" e a da "transdisciplinaridade".⁷ Os profissionais, de modo geral, apresentaram as dificuldades na forma de queixas ou na forma de uma simples descrição de seu *modus operandi*.

Foram comuns as queixas em relação a estes aspectos funcionais e em relação estrutura física do serviço.

A análise dos resultados dos questionários mostra diferentes opiniões emitidas pelos profissionais. As entrevistas, muito embora em um tempo futuro em relação aos do preenchimento dos questionários, elucidam o que ocorre. Apontam para variáveis relativas às características do profissional, ao serviço onde atendem (organização do mesmo) e ao tempo disponível.

Dizem respeito ao espaço físico insuficiente ou inadequado; falta de equipamentos (ambulâncias, etc.); falta de supervisão; não integração funcional nos moldes de interdisciplinaridade. Todos esses problemas foram referidos por profissionais de ambulatorios.⁸

Em relação aos hospitais, surgiram queixas em relação a alguns aspectos: precária infraestrutura, com despreparo de profissionais; dissociação funcional, com pacientes sendo atendidos por diferentes profissionais a cada internação; falta de entrosamento da equipe; horários da equipe terapêutica superpondo-se aos horários dos trabalhadores de apoio, em mesmo espaço físico; falta de es-

⁷ Em relação a esses termos, em particular transdisciplinaridade, vide WEIL, Pierre; D'AMBROSIO, Ubiratan; CREMA, Roberto. **Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento**. São Paulo : Summus, 1993.

⁸Vide ANEXO 3: Entrevistas 01, PSIQUIATRA; 02 e 03, PSICÓLOGO, e 02, ASSISTENTE SOCIAL. Todos de ambulatorios.

paço para reuniões de grupo; questões básicas de funcionamento, como alimentação deficiente, falta de toalhas, sabonetes, etc. para o paciente.⁹

São problemas de generalização improvável. Mas acontecem com alguns hospitais conveniados e até mesmo com hospitais públicos. O mesmo pode ser dito em relação aos ambulatórios. Em relação a essas dificuldades os profissionais mostram-se impotentes. Cabe-lhes apenas o queixar.

Referem-se à precária situação orçamentária da saúde pública. Não se pode eximir, porém, os administradores de sua quota de responsabilidade. Pois alguns hospitais mantêm um bom padrão, pela eficiente capacidade administrativa.

Os fatos acima relatados foram provenientes da constatação, também, do responsável por esta pesquisa, ao visitar esses ambulatórios e hospitais por diversas vezes. Alguns ambulatórios mostram, pela sua aparência um deprimente aspecto. Evidentemente, a isso também se referem os profissionais ao apontarem problemas que indiretamente afetam o seu trabalho na tarefa de diagnosticar e tratar.

Para esta exposição selecionaram-se alguns trechos de entrevistas:

Ambulatórios

Há muitos conflitos... (rindo). **Pelos espaços físicos**, registro de atividades, produtividade. Porque eles (administradores) vem em cima da gente. A gente vai em cima deles reclamando do gerenciamento deles (rindo). A gente tem esse tipo... não é uma briga feia. A gente consegue brigar... assim. Quanto ao pessoal auxiliar: esse aqui é um lugar que se a gente não abrir o olho pra estar assim, bem mantido, sabe? Que daí fica uma briga séria pra manter o lugar. Sabe? Várias coisinhas mais. **Temos uma dificuldade imensa. Esse lugar está muito sucatado, sabe? está esquecido,... né? Pelo pessoal da Secretaria. As ambulâncias, sabe?... estão podres. Os carros estão quebrando na rua. Então está muito ruim isso.** (Entrevista n.º 01, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Há uma **dificuldade de estrutura física que não é adequada ao atendimento infantil**. E a questão da... e eu acho também que é um problema aqui e que é uma preocupação de todos inclusive da direção, é a solicitação de espaço diferenciado para a infantil. Não é? **Nesse monte de adultos, gente com delírio, gente em surto, as crianças, né? as vezes se assustam...** (Entrevista n.º 03, PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO.)

Sinto-me frustrada com o trabalho. **A causa é justamente a falta de recursos, sabe? falta de organização... falta desse interdisciplinar, e por aí afora.** Na verdade o dinheiro não é tão importante. Pode até ser. Mas no meu caso não seria o dinheiro o mais importante. No meu caso seria mais a satisfação pessoal de você estar.... Eu gosto de Serviço Social, sabe? O fato de as coisas funcionarem de acordo seria muito mais gratificante que um salário alto, por exemplo. Material de trabalho eu tenho, os doentes, mas a solução dos problemas é que é difícil e frustrante. (Entrevista n.º 02, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.)

Hospitais:

Bom, com relação à organização do serviço. Haveria menos conflitos. Se houvesse uma... um encadeamento mais harmonioso nas partes. Nós observamos que existem muitas dificuldades. **Nós nos**

⁹ Vide ANEXO 3: Entrevistas 05 e 08, PSQUIATRA; 02 e 04, PSICÓLOGO; 03, ASSISTENTE SOCIAL. (Hosp).

deparamos seguidamente com dificuldades de encaminhamento. Isto é, coisas básicas: a administração falha... a cozinha falha... a enfermagem falta... Nós temos deficiência com frequência de falhas, lacunas de plantonistas na parte da enfermagem. A cobertura não pode ser bem feita... Encontramos... pessoal de enfermagem despreparado... Muitas vezes com patologias mentais... e nós temos de tentar conduzir, e, sem possibilidade de substituição, certo? [...] Nós temos que lidar com os próprios funcionários do hospital com grave problema de dependência. Podemos imaginar... pode imaginar o que significa isso? Dentro de uma unidade de alcoolista, receber um funcionário alcoolizado? Encontramos dificuldades em alimentação, com muita frequência. A comida vem... a qualidade da comida é muito irregular. Às vezes os pacientes se queixam que é insuficiente, nós temos que correr atrás. Solicitar que haja melhor controle da qualidade da alimentação (Entrevista n.º 05, PSQUIATRA, HOSPITAL)

Eu acho que o que vem dificultando um pouquinho ééé... o entrosamento da equipe..., não existe um trabalho em conjunto, na verdade a gente trabalha ééé... meio individualmente com o paciente, às vezes a gente não sabe o que o outro profissional pensa, não é?... do outro setor, o que ele acha, né?... e a volta que ele está dando pro tratamento do paciente,... acho que às vezes seria interessante eeee... discutir isso né?... com o médico... com o assistente social. O médico com o psicólogo, o psicólogo com o médico, não é?. Essa interação que eu acho... importante e que dificulta um pouquinho o trabalho. Ééé... às vezes você está conversando com o paciente, você pergunta alguma coisa, você fala... alguma coisa pro o paciente, que o médico falou diferente, ou que o médico falou mas que o paciente entendeu diferente. Por isso seria interessante que pudesse haver essa troca, né?... pudesse ser conversado. Eu acho que isso dificulta um pouquinho o nosso trabalho, deixa muito solta a coisa, fica meio esquisito trabalhar dessa forma. (Entrevista n.º 02, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)

Questões físicas do hospital, por exemplo. Você tem... eu aqui até tenho privilégios: eu tenho consultórios em cada um dos postos onde eu atendo, onde eu faço atendimento individual, né? Então o que a gente tem é assim, as horas em que a gente trabalha tromba às vezes, as rotinas do hospital, é horário de fila, horário de banho. Então assim, de manhã, não se tem espaço físico para atender. É como se a estrutura física não fosse preparada para atender uma oferta terapêutica, né? É como se errrr, alguém visse o paciente de maneira totalmente distorcida. (Entrevista n.º 04, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)

Em relação ao tratamento eu vejo que é possível desenvolver um bom trabalho. Mas aí nós nos deparamos com outro problema que também é muito grave: que existe uma estrutura hospitalar que não permite uma boa evolução para cada paciente dentro do hospital. Eu falo assim, estrutura hospitalar, que não existe o que possa desenvolver bem o meu trabalho. Não tem como você trabalhar com o paciente em grupo, com a família, com os colegas, sendo tantos os paciente. Existe problemas fora do hospital, fora as condições socioeconômicas e culturais, e dentro do hospital. Que não propiciam uma melhora E são questões básicas. E nem as questões básicas dos pacientes são supridas dentro do hospital. Alimentação... questões básicas. (Entrevista n.º 03, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL.)

Os profissionais, instados — ou até mesmo espontaneamente — a informar se trabalhavam de maneira interdisciplinar, deixaram claro como costumam exercer seu trabalho: não é uma prática comum trabalhar de maneira interdisciplinar. Suas informações permitiram concluir que somente 2 hospitais trabalham com uma proposta interdisciplinar rígida. Um outro o faz de maneira mais atenuada. Quanto aos restantes, o que há são pequenos núcleos interdisciplinares: são pessoas que por afinidades pessoais ou por particularidades de seu trabalho (atender uma especialidade, como adolescente, crianças ou alcoolistas) conseguem estabelecer uma boa integração. Por vezes apenas o psiquiatra e o assistente social. Em outras, elementos das 3 categorias em estudo.

Quanto aos ambulatorios, foram relatados núcleos de integração interdisciplinar somente em ambulatorio público. Os demais, em função das peculiaridades de sua estrutura, só funcionam de

maneira multidisciplinar. Alguns até mesmo dispõem de somente uma categoria profissional, ou psiquiatra ou psicólogo, conforme se constata em trabalho de campo.

É bastante aceita a idéia de se trabalhar de maneira interdisciplinar, mas pouco manifesta em forma de atuação. As dificuldades, como se classificará a seguir são várias, no sentido de criar obstáculos para a interdisciplinaridade.

A dificuldade vivenciada pelos profissionais, em se trabalhar de maneira interdisciplinar, mostra-se evidente no trecho abaixo. Interdisciplinaridade associa-se com a palavra conflito. Os 2 excertos, que se seguem, permite que se identifique os fenômenos competitivos entre os profissionais psiquiatras e psicólogos. Há, no entanto, uma aproximação complementar entre os psiquiatras e os assistentes sociais. Simultaneamente existe a manifesta "esperança" ou "descrença" de que uma boa organização possa minimizar tais conflitos, permitindo um funcionamento interdisciplinar.

Alguns profissionais, após o término da entrevistas, fizeram comentários em relação ao trabalho interdisciplinar. Fizeram após solicitar o desligar do gravador. Citando hospitais — que aqui não cabe mencionar — disseram de uma modalidade de trabalho em que os psicólogos colocavam-se como responsáveis diretos pelos pacientes. Decidindo o recurso terapêutico e o momento da alta. Dirigindo-se ao médico, solicitando a prescrição e, no momento da alta, as receitas. Tal comportamento não estaria relacionado às questões relativas à capacitação técnica. Seria devido ao baixo custo de tal procedimento, incrementando os lucros hospitalares. Novamente, se tal informação diz respeito ao real, encontra-se um problema de ordem técnica que inevitavelmente interfere na eficiência de uma equipe interdisciplinar.

Alguns excertos de entrevistas:

Quando aos conflitos em relação aos demais membros da equipe, eu acho que **sempre houve uma certa dificuldade no relacionamento com os psicólogos**, que inerente à quase todos os serviços, porque eu acho que há uma inadequação de papéis: o que que psiquiatra faz e o que que o psicólogo faz. E aí tem todos os aspectos do psicólogo dentro do hospital. Mas acho que a partir do momento que você tem um programa de trabalho adequado e consegue organizar isso, esses conflitos diminuem. É um problema de papel profissional. Hoje o maior conflito talvez... pela dificuldade de pessoas, e pelo nível de pessoas, é com a enfermagem. Deles aderirem ao programa para eles saberem o que que eles estão fazendo lá. O treinamento tem que ser uma coisa constante, até pela própria rotatividade desse pessoal. Se você não treina eles... Já o **serviço social é um trabalho muito interessante o trabalho que ela faz**. É uma assistente social para 100 pacientes. Ela faz um grupo chamado reintegração social, que ela tenta ver recursos na comunidade, após o paciente sair. Aonde ele pode ir... Então ela faz contato com essas casas de apoio. Éééé, faz todo aquele contato de documentação... se o paciente não tem documentação, ela tenta fazer esse resgate... eeee, faz o resgate com familiares, também. O atendimento familiar é feito pelo médico... éééé... por ela... tem um esquema seguinte com o serviço social aqui: a primeira pessoa... o familiar do paciente internado, o primeiro contato que tem, é com a assistente social do hospital. A primeira entrevista. Depois é que ele é encaminhado pro médico e pro psicólogo. Então ela consegue fazer um trabalho que eu acho muito interessante o trabalho dela. **A interação maior que eu vejo**

entre os três profissionais dessa sua pesquisa é... eu acho que o psiquiatra tem a maior dificuldade é com o psicólogo e com o treinamento da enfermagem. O meu trabalho com a assistente social e com o terapeuta ocupacional, éééé, pra mim é mais satisfatório. Em parte existe uma certa integração, sendo interdisciplinar. Em geral é multidisciplinar. (Entrevista, n.º 07, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

O que mais me chama atenção é a falha de integração funcional. Há uma dissociação. Existem feudos de trabalho dentro do hospital, né? Por exemplo: um paciente que interne prum médico A, no reinternamento não interna obrigatoriamente pro médico A, interna pro médico B. A e B não trocam informações a respeito do paciente. Nem em relação a diagnóstico, nem em relação a condições anteriores do tratamento, éééé... nem orientação que foi dada... Então, éééé... cada internamento, pro paciente, pode representar uma coisa totalmente nova. Eventuais problemas comportamentais, etc. dentro do hospital, continuam acontecendo porque o médico que está atendendo o paciente que não... que não era o médico anterior dele, fica sem ter nenhuma informação de como é que foi o atendimento. [...] Mas realmente eu não acredito. Eu acho que a defasagem de salário não chega a motivar o indivíduo para fazer isso. Não acredito. Eu sou absolutamente descrente em relação a situação de, sabe?... de planos de saúde... de melhorias e tal, eu não vejo... abre parênteses, eu não estou deprimido pra dizer isso. (Entrevista n.º 08, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Não deixa de existir conflito “consigo mesmo”, como se observa pelo discurso de um profissional que, trabalhando em dois hospitais diferentes quanto a interação profissional, decide questionar seu trabalho. Não parece consciente de um fato, mas seu discurso é esclarecedor, quanto à onipotência em que algumas vezes se manifesta a atuação do profissional psiquiatra. Onipotência verbalizada como queixa ao se entrevistar outros profissionais da equipe multidisciplinar em estudo (psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos):

É pois uma maneira de se trabalhar de maneira interdisciplinar. É muito bom trabalhar assim. Eu também acho bom trabalhar de maneira independente, pois eu trabalho em outro hospital. O psicólogo, a gente não sabe exatamente o que ele está fazendo, o assistente social a gente também não sabe, só sabe que te passa informação. Mas o resultado com o doente, ele entra num surto ele sai mais ou menos compensado, é bom! É interessante isso, é uma coisa que já fiquei pensando, questionando muitas vezes: como eu trabalho em outra instituição em que é só multidisciplinar, a gente vê que é independente mas o paciente vai bem! Quando se trabalha de maneira interdisciplinar se conhece melhor o paciente, o resultado é muito bom. Eu creio que o paciente melhora de uma forma um pouco mais integrada, com uma visão melhor da instituição, do trabalho que foi realizado, e se sente gratificado com isso. Sente que há um interesse por ele. Num ambiente em que cada um está tratando na sua. Os pacientes não trazem o que estão fazendo. Mas se puser no papel o resultado é o mesmo. Eu chego a uma conclusão muito catastrófica, de que o mais eficaz de tudo num surto psicótico é o medicamento. O efeito do medicamento é inquestionável. Se um indivíduo responder bem à terapêutica farmacológica, ele sai do surto organizado, etc. Há questionamento até onde esse desgaste... Há um desgaste porque você tá o tempo todo atento, não só ao teu trabalho mas tem que estar atento ao trabalho (rindo) dos outros. Não é?... O doutor, está rindo aí porque sabe que isso é verdade (rindo). Então depois você vai ver, no final das contas, que o resultado não é tão diferente, ‘no que diz respeito a remissão de sintomas’, não é? A remissão daquele quadro agudo, reagudizado, seja lá o que for, não é? E que o medicamento realmente éééé — eu estou me tornando uma pessoa muito organicista, (rindo) acho — mas o medicamento realmente é uma coisa assim... — Se a presença do médico, com a sua intervenção farmacológica terapêutica. éééé... existiria benefício para o doente, já que o médico ao ter um vínculo com o doente, estabelece realmente um vínculo forte, criando aí a função dos demais profissionais. Até no contato com as famílias, porque esse médico atende as famílias. E ao atender as famílias ele está fazendo um serviço de esclarecimento próprio do serviço social. (Entrevista n.º 09, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Por outro lado, pode-se entender esse profissional — possibilidade não esclarecida com o mesmo — como atuando de uma maneira não fragmentária, em sua percepção do paciente. Pois, na

atualidade, o médico psiquiatra, concordando-se com PONTES (1995, p. 11), precisa ver o paciente em sua unidade. Não se concebe mais fragmenta-lo, pelo menos na fase de apreensão de sua natureza.

A ausência de interdisciplinaridade foi identificada pelos profissionais como um problema quanto ao funcionamento desejável para se atingir objetivos. Não se pode concluir a respeito dessa queixa. Se é realmente uma necessidade vivenciada ou uma necessidade imposta culturalmente. Dois dos entrevistados disseram de suas dúvidas de ser ou não um problema. Se era ou não importante se trabalhar de maneira interdisciplinar.

Um profissional psicólogo salienta a liberdade de ação em um ambiente multidisciplinar sem atuação interdisciplinar.

Quanto a conflitos com os demais profissionais, eu não sei dizer. **No outro serviço** [ambiente terapêutico em moldes interdisciplinar] **o que havia era psicólogos disputando com psicólogos. Aqui** [ambiente multidisciplinar, não havendo interdisciplinaridade] **o que me chama atenção é o fato de psicólogos não falarem mal de psiquiatras, e nem psiquiatras de psicólogos.** Quanto à questão interdisciplinar, **tem vantagens e desvantagens. As vezes há disputas, em outras não.** Eu acho que o terapeuta ocupacional fica no meio, entre psiquiatras e psicólogos, tentando ocupar o seu espaço. **Não trabalhar de maneira interdisciplinar, e só multiprofissional, também tem suas vantagens. Como eu disse, não há tanto controle, havendo mais liberdade.** (Entrevista n.º 03, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)

Identifica-se, pelo relato de representantes da comunidade curitibana de saúde mental, o mesmo encontrado por RIBEIRO (1995)¹⁰ em um ambulatório da rede estadual de saúde de São Paulo. Naquele pequeno ambiente de saúde mental (um posto de saúde em que trabalhavam enfermeiros, farmacêuticos, administradores, médicos clínicos além de pessoas das três categorias do presente estudo) as queixas dos profissionais muito se pareciam com as que se encontrou neste ambiente (Curitiba) muito mais amplo. Aumenta em muito a possibilidade de generalização para o que acontece no Brasil.

Pode-se classificar hipotéticos fatores envolvidos na causalidade desse comportamento profissional, utilizando-se das opiniões manifestas no conteúdo dos próximos excertos, e até mesmo nos trechos expostos ao longo deste capítulo. Então, estabelece-se, com base nas declarações dos entrevistados, uma classificação dos possíveis causadores dessa dificuldade:

¹⁰ RIBEIRO (1995), em sua análise, identificou problemas em muito similares ao que identificou neste estudo. Não só problemas relativos a interdisciplinaridade (que não há, como prática habitual), mas também o pouco tempo que o profissional médico dispensa ao seu trabalho.

1. Quanto às características da categoria profissional:

- a) referencial teórico tendendo a se diferenciar conforme a categoria;
- b) diferentes vínculos empregatícios;
- c) diferentes salários;
- d) diferentes cargas horárias de trabalho;
- e) rotatividade de elementos de umas categorias mais do que de outras;
- f) faixas etárias com diferenças acentuadas determinando atitudes de "superioridade" ou "professoral";
- g) diverso prestígio social entre as categorias de profissionais, dando origem ao "poder" de umas sobre as outras.

2. Quanto às características pessoais do profissional (ampla gama de possibilidades, desde as de personalidade até as de formação profissional, passando pelas necessidades pecuniárias de cada um, e, em consequência, tentativas de ficar o menor tempo possível no local):

- a) ter vários empregos tem se mostrado uma possibilidade para muitos médicos [não se pode dizer que é próprio da profissão, mas sim uma possibilidade, pois, como autônomo e mesmo com vínculo empregatício (CLT ou estatutário), tradicionalmente é dado ao médico a liberdade de fazer menor carga horária de trabalho];
- b) em ambientes terapêuticos públicos, os profissionais psicólogos e assistentes sociais "acompanham o que os médicos fazem" (segundo a fala de um dos entrevistados). Surge para estas outras duas categorias a mesma possibilidade. Daí em diante entrariam as características pessoais.

3. Quanto a fatores externos:

- a) inadequada estrutura física do ambiente;
- b) política local de saúde mental não favorecedora;
- c) baixa remuneração para todas as categorias profissionais;
- d) dirigente institucional não manifestando o "querer" em relação a interdisciplinaridade (ou não podendo, por uma série de fatores).

Outros autores identificaram fatores que criariam obstáculo para a constituição de uma equipe interdisciplinar. GUSDORF ¹¹, por exemplo, identifica quadro modalidades:

1. Obstáculo epistemológico: a divisão natural das ciências após sua emancipação da filosofia.

2. Obstáculo institucional: cada nova disciplina, nas instituições de ensino e pesquisa, consegue, via administrativa, sua separação do conjunto do saber.

3. Obstáculos psicossociológicos: faz referência ao que chama de "guetos" universitários. O especialista dá curso a sua vontade de poder a medida que sua especialidade se transforma em fortaleza.

4. Obstáculo cultural: dissociação rígida agravada pela separação entre as áreas culturais.

O leitor poderá verificar, alguns dos aspectos comentados, pela leitura dos trechos anteriores de entrevistas e com os que se seguem.

Não há muita troca entre os psiquiatras, e entre os psicólogos e o Serviço Social, né. Entre as outras funções até há uma troca, até uma troca razoável. Seria o pessoal administrativo, pessoal dos serviços gerais. É justamente a interdisciplinaridade que não se vê aqui. A troca é mais com a psiquiatria. Não há muita troca. Não há tempo também pra se fazer essa troca. Não se tem reuniões, não se tem grupos de estudo onde se possa estudar os casos. No ambulatório existe já um espaço mais garantido. Mas não no PA. Em termos de equipe, seria a delimitação das funções. O que o Serviço Social faz. Alguns médicos dão abertura. Alguns eles mesmos encaminham. Fazem o trabalho do Serviço Social. Pacientes que vem em viatura da polícia, eles dizem "leva pra FAS [Fundação de Ação Social]". Encaminham sem avaliação, sem nada. O Trabalho do serviço social não está bem claro para os profissionais. Para o povo até (rindo) está claro. Eles procuram os recursos. Uma série de coisas de paternalismo mesmo, de assistencialismo, vale transporte, alimentação, enfim. Mas não é só essa parte de assistencialismo. O povo vem procurar... a demanda é bastante grande a nível jurídico, eles procuram. A nível de recursos eles vem ao serviço social. (ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.)

Em relação ao trabalho em equipe. Não existe... por exemplo... o meu trabalho não é em equipe. Quando preciso de um profissional eu vou procurar o outro profissional, mas não temos esse tipo de organização aqui. A não ser, por exemplo, o ambulatório de psicologia infantil, onde há um esboço de trabalho em equipe. Há uma tentativa. Eu trabalho com adulto. Eu atendo adulto. O máximo que acontece são reuniões de ambulatório.

O paciente pode chegar procurando diretamente o psicólogo. Ou ele passa pelo pronto socorro, pelo PA, e aí quer dizer... passa por lá procurando esse tipo de atendimento e é encaminhado para cá, ou não, mas é também encaminhado pra cá dependendo do que o paciente procura.

Não se pode dizer que todos os paciente passam por psiquiatras, psicólogos ou assistentes sociais. Eu sei que num primeiro atendimento feito no PA, ele pode ser encaminhado ao serviço social, pode ser encaminhado para psicologia. Ou então é encaminhado à Psicologia e daí da Psicologia é encaminhado ao Serviço Social. Entende? Mas ele não passa necessariamente por todos. Aqui no ambulatório o trabalho é independente. Não sei se no ambulatório de psiquiatria o paciente passa por tudo. No meu trabalho não. (Entrevista n.º 01, PSICÓLOGA, AMBULATÓRIO.)

Estes achados coincidem com os de HANDYSIDE; HEYMAN (1990), os quais manifestaram a opinião de que: a) não há uniformidade quanto às ações por parte dos profissionais em saúde

¹¹GUSDORF, G. Interdisciplinaire (connaissance). Verbete da Enciclopaedia Universalis. Apud JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro : Imago, 1976. p. 94-95.

mental na Inglaterra; b) psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, em função de suas diferentes visões em relação à doença mental, trabalham em enfoques diversos; c) os assistentes sociais tendem a valorizar os recursos sociais e os enfermeiros a medicação; d) há, também, diferentes princípios filosóficos dentro de uma mesma categoria profissional. Comentam sobre a aliança que se estabelece entre assistentes sociais e psiquiatras, mais forte do que com os outros profissionais, e que não há perfeita coordenação entre as ações dos diversos atores no campo da atenção à saúde mental.

5.1.2.3.10 Solicitação de recursos diagnósticos

A questão n.º 13, dos questionários, destinada as 3 categorias de profissionais, fez-se com o objetivo de se ter uma idéia a respeito da liberdade em solicitar recursos diagnósticos e terapêuticos, pois as entrevistas preliminares permitiram verificar queixas dessa natureza. Perguntou-se, então, se o profissional tinha a liberdade de solicitar recursos diagnósticos e terapêuticos. Ofereceram-se alternativas de exames e a opção "outros". [TABELA 37 - Q-13-T —, (ANEXO 2)]

A TABELA 37 - Q-13-T — indica um percentual elevado para a resposta "não" por parte de psiquiatras (69,64%) e psicólogos (61,29%) de hospitais. Quanto aos assistentes sociais, dividem-se em 50,00% para "sim" e para "não".

Em relação aos ambulatorios, os assistentes sociais psiquiátricos responderam em 62,50% para "sim" e 37,50% para "não". Já os psiquiatras praticamente empataram ao responderem de forma a ser 46,15% para "sim" e 50,00% para "não". Os psicólogos, por sua vez, em que pese 21,42% não responder, 28,42% respondeu "sim" e 50,00% respondeu "não".

5.1.2.3.11 Recursos diagnósticos e terapêuticos utilizados

Esta questão foi colocada aos assistentes sociais e aos psicólogos com o intuito de uniformizar os questionários e, também, sondar a disposição destes profissionais em valorizar recursos diagnósticos. Evidentemente, recursos estes distintos conforme a categoria profissional. A opção outros, intencionalmente colocada, permitiu que os psicólogos assinalassem "testes". Permitiu, também, que os assistentes sociais psiquiátricos indicassem os "meios de comunicação", necessários a obter informações sobre pacientes, em relações aos quais os familiares não procurassem espontaneamente o serviço. Mesmo assim, não serão feitas análises em relação a estas duas últimas categorias profissionais.

Por ocasião da apresentação dos resultados da segunda fase, voltar-se-á aos comentários referentes à solicitação de exames. (subseção 5.2.1.2.3 sendo apresentada nesta subseção 5.1.2.3.11)

Psiquiatras de ambulatórios:

TABELA 38 - Q-14-Amb.Psq — RECURSOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS POR PSQUIATRAS ATENDENDO EM SERVIÇO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS), EM REGIME AMBULATORIAL. CURITIBA - 1995

RECURSOS UTILIZADOS	Nº	%
Não responde	14	53,84
4	1	3,84
8	1	3,84
9	1	3,84
2-3-4-8	1	3,84
2-3-4-9	1	3,84
3-4-5-8	1	3,84
3-4-6-7-8	1	3,84
2-3-4-6-7-8	1	3,84
2-4-5-6-7-8	1	3,84
3-4-5-6-7-8	2	7,69
2-3-4-5-6-7-8	1	3,84
TOTAL	26	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Recursos utilizados:

- 1- Ressonância magnética; 2-Tomografia computadorizada; 3- Raio-X; 4- E.E.G.; 5- Provas endocrinológicas; 6- Provas de função renal; 7- Provas de função hepática; 8- Dosagem plasmáticas; 9 Outros.

Como pode ser observado na TABELA 38 - Q-14-Amb.Psq —, acima, os psiquiatras de ambulatórios, em sua maioria, abstiveram-se de indicar recursos diagnósticos em um percentual de 53,84%. Tal comportamento mostra-se próximo ao manifesto em relação à questão n.º 13 (TABELA 37 - Q-13-T —, (ANEXO 2), onde 50,00% respondeu “não” ter a liberdade de solicitar recursos.

Os demais mostraram-se uniformes (3,84%) na indicação de uma variada combinação de recursos. É provável que uma variável ligada às características do profissional esteja a influir, e que possa explicar como é possível que uma maioria não tenha a liberdade de escolha na solicitação de re-

curso e outros o façam com liberdade. Até mesmo exames de alto custo são indicados como solicitados. Uma variável, o serviço, evidencia-se como determinante para essa variabilidade de resposta, conforme se verá por ocasião dos resultados relativos à segunda fase da pesquisa.

Psiquiatras de hospitais:

TABELA 39 - Q-14-H.Psq — RECURSOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS POR PSQUIATRAS, QUANDO ATENDENDO EM SERVIÇO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS), EM REGIME HOSPITALAR. CURITIBA - 1995

RECURSOS UTILIZADOS	Nº	%
0- Não responde	38	67,85
9	1	1,78
2-4	1	1,78
4-8	2	3,57
2-3-4	1	1,78
3-4-7	1	1,78
1-3-5-8	1	1,78
2-3-4-7	1	1,78
2-3-4-8	1	1,78
3-4-6-7	1	1,78
3-6-7-9	1	1,78
2-3-4-5-8	1	1,78
2-4-5-6-7	1	1,78
3-4-5-7-8	1	1,78
1-2-4-7-8-9	1	1,78
2-3-4-5-7-8	1	1,78
2-3-4-5-6-7-8	1	1,78
1-2-3-4-5-6-7-8	1	1,78
TOTAL	56	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Recursos utilizados: 1- Ressonância magnética; 2-Tomografia computadorizada; 3- Raio-X; 4- E.E.G.; 5- Provas endocrinológicas; 6- Provas de função renal; 7- Provas de função hepática; 8- Dosagem plasmáticas; 9 Outros.

O mesmo que foi dito em relação aos psiquiatras que atendem em ambulatórios pode ser dito em relação aos que atendem em hospitais. Melhor dizendo, são concordantes em relação ao que responderam na questão n.º 13 (TABELA 37 - Q-13-T —, (ANEXO 2). Observa-se que 67,85% se abste-

ve de responder a questão n.º 14, conforme se verifica na TABELA 39 - Q-14-H.Psq —, pois, na questão n.º 13 (TABELA 37 - Q-13-T —), 69,64% assinalou não ter a liberdade de solicitação de exames. Trata-se, aquele, de um percentual levemente inferior, mas também indicando a maioria. A diferença talvez se deva a possibilidade de que, embora sem liberdade de escolha, possam solicitar alguns recursos.

Os demais indicaram exames tidos como rotina e até mesmo exames de alto custo, igual ao que responderam os psiquiatras de ambulatório.

Mesclando-se com os achados nas entrevistas (subseção 5.2.1.2.3 – Exames médico-laboratoriais):

Verifica-se a existência de problemas quanto ao aspecto exames. Com o passar do tempo, estando o processo de desinstitucionalização, agora, em andamento, o problema parece continuar o mesmo. Não há evidência de terem sido tomadas medidas para minorar essa situação. Provavelmente o problema não foi identificado ou, então, não foi valorizado.

Trata-se de algo exclusivamente médico, mas que acaba, também, envolvendo o assistente social, pois a ele é solicitada ajuda no sentido de conseguir a solução. Salvo exceções, é um problema generalizado. Tanto em relação aos hospitais quanto aos ambulatórios. As exceções dizem respeito ao hospital Adauto Botelho, pertencente ao Estado do Paraná. Profissionais entrevistados, pertencentes a esse hospital, bem como outros profissionais entrevistados, fizeram referência à facilidade de solicitação de exames. Tal facilidade deve-se ao fato, segundo eles, de o hospital dispor de laboratório próprio para os exames de rotina. Os exames de maior custo seriam feitos via Estado. Não deixaram claro o mecanismo dessa última possibilidade.

As queixas referiam-se à dificuldade em solicitar exames. Muitos entrevistados disseram não ter a liberdade de fazer pessoalmente a solicitação. Teriam que fazê-las via médico clínico do hospital, no caso de pacientes internados. Ou então, encaminhar o paciente a um posto de saúde para uma consulta com um clínico ou, até mesmo, transferir o paciente, necessitando, pois, dar alta ao mesmo. O que, neste último caso, poderia acarretar problemas para o tratamento psiquiátrico. O retorno nem sempre é para o mesmo hospital, quer por falta de vagas, quer por negligência de quem o atendeu no hospital clínico. Eis, então, um processo burocrático que pode se refletir negativamente no tratamento, enquanto problema para o profissional.

A diária global recebida pelos serviços hospitalares privados, em convênio com o SUS, remunera os exames complementares. É natural que os mesmos sejam evitados nessa situação. Particularmente os de alto custo.

Os próximos trechos de entrevistas são exemplos selecionados que permitirão visualizar a situação:

Exames médico laboratoriais, há uma dificuldade muito grande. Quando se pede exames não se consegue... normalmente demora muito quando se consegue... quando se faz não se tem uma credibilidade. Então, acho que a gente peca por não ter realmente, acompanhamento laboratorial. Eu sei de outros hospitais onde se tem acompanhamento nessa facilidade. Um hospital que tem é o Adauto Botelho. Tem ambulatório dentro. É um hospital do Estado, não é pelo SUS. Atende pelo SUS, mas os exames laboratoriais não são pelo SUS, e sim pelo Estado. Então quando o paciente entra ele já faz toda uma bateria de exames. Todos os pacientes. Ao passo que com o nosso é uma enorme dificuldade. Em geral quem solicita exames aqui é o clínico. O psiquiatra não pode solicitar pessoalmente. (Entrevista n.º 01 PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Em relação ao diagnóstico, principalmente, quando existe uma fundamentação orgânica cerebral, mesmo orgânica de uma forma geral, errr... na patologia como se nos apresenta, nós temos dificuldades muito pronunciadas de recorrer a processos de investigação, principalmente aos mais sofisticados. Quanto aos menos sofisticados são de acesso mais fácil. Podendo até pedir diretamente. A dificuldade maior é na implementação. O hospital se dispõe a dar apenas a infra-estrutura no sentido de conduzir o paciente etc. Outro clínico teria que examinar o paciente e pedir o exame. Esses atendimentos estão municipalizados em serviços especiais. (Entrevista n.º 04, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Com relação a exames complementares estamos satisfeitos... temos laboratório... a disposição do hospital... dentro do hospital. Então os exames básicos são todos feitos. Na área em que eu trabalho, de dependência e alcoolismo, errrr, nós temos muita necessidade de um acompanhamento laboratorial, e isso aí... é tranquilo. Quem requisita os exames é o nosso clínico que tem uma excelente experiência com dependente. Se for necessário, eu tenho a liberdade de solicitar exames. Só que faz parte da tarefa do colega que faz avaliações clínicas e também encaminhamento. Quanto aos exames de alto custo, esses são mais complicados. O paciente tem que ser encaminhado para um hospital maior, um hospital clínico. Nem sempre é internado, muitas vezes a gente consegue uma tomografia através de uma marcação. É feita a marcação e o paciente retorna pro hospital. Um EEG, um ECG, uma coisa um pouco menos elaborada, nós temos conseguido... é um pouco difícil de encaminhar, mas a gente consegue. (Entrevista n.º 05, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Nós não podemos pedir qualquer tipo de exames laboratoriais. Nós temos que pedir por favor pra um clínico de um posto de saúde fazer exame ou pegar o paciente, atender e fazer o pedido de exame. É uma dificuldade nessa profissão, sem dúvida nenhuma. Não poder pedir exame é uma coisa... porque você é o médico, existe uma coisa que é chamada exames complementares. E se você não tem a complementação (rindo) do teu trabalho... (rindo) (Entrevista n.º 06, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Exames médico-laboratoriais não são feitos. É uma das dificuldades. O que é comum é que existe um posto de saúde que não dá nem meia quadra, quase colado ao hospital. Então geralmente se encaminha para esse posto, e esse posto faz as solicitações de exames de laboratórios. O médico atende, vê as necessidades e se for o caso encaminha. Por livre iniciativa o psiquiatra não pode solicitar exames. Por que não existe um laboratório de referência pro hospital, e o encaminhamento é feito através do posto de saúde. Por exemplo suspeita de uma fratura, então ele vai pra lá, é preenchido um pedido de RX e é encaminhado em seguida pro setor. Ou se a situação é de emergência já vai direto pra algum hospital clínico. (Entrevista n.º 07, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Em relação ao diagnóstico, não sei se seriam limitações aos exames. Uma liberdade maior nas solicitações de exames, como tomografia, testes psicológicos. Há uma limitação de limitação. Há uma distonia total em relação a coordenação. Pedir exames e ter o resultado. Como exemplo, um paciente com distúrbio de comportamento, cefaléia, evidente comprometimento orgânico cerebral. Foi pedido eletro e esse

eletro só chegou nas minhas mãos 3 semanas depois. E ele tinha realmente uma suspeita de lesão cerebral. O eletro não é feito aqui. Nenhum exame é feito aqui. **Há necessidade de encaminhamento. Depende isso de marcação de consulta, de disponibilidade de horário, disponibilidade de transporte do hospital pra levar o paciente, depois dificuldade na busca do resultado do exame. O que é uma incongruência isso. Se você solicita o exame significa que você está precisando do resultado o quanto antes.** Quando a necessidade é de emergência a gente solicita a família vir buscar o paciente, o que é também uma limitação muito grande, né? pela dificuldade de a família vir aqui. Se for um exame simples ele vai e volta. Se exigir uma investigação maior ele tem alta e se interna em outro hospital e daí clínico. Necessita uma reorganização administrativa do hospital e sua enfermagem. (Entrevista n.º 08, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

5.1.2.3.12 Maneira de requisitar exames

Como, por hipótese, admitia-se que haveria respostas “sim” para a liberdade de solicitar exames (questão n.º 13) e, também, indicação de exames solicitados (questão n.º14), introduziu-se a questão n.º 15. Nesta questão, argüiu-se o respondente sobre a maneira de solicitar os exames.

Psiquiatras de ambulatórios:

Também aqui, ambulatórios, o percentual dos que não responderam foi elevado (23,07%). (TABELA 40 — Q-15-Amb.Psq —, abaixo).

Num percentual de 23,07% os respondentes requisitam pessoalmente. Quanto as demais respostas, a tabela informa que não podendo, ou não querendo solicitar pessoalmente, os profissionais psiquiatras de ambulatórios conseguem que um clínico de seu serviço requirite [4 (15,37%) profissionais responderam assim (computando-se as resposta com associações de alternativas). Os demais informaram depender de outros clínicos, que atendem em outros serviços].

Somando-se os percentuais referentes às respostas diferentes de “Requisita pessoalmente” ($23,07 + 7,69 + 11,53 + 7,69 + 11,53 = 61,51$, ou 16 em $26 = 61,53$) chega-se a um valor em torno de 61,52%. Tal percentual aproxima-se do indicado pela questão n.º 13 (TABELA 37) e n.º 14 (TABELA 38 E 39) [“não” ter liberdade de solicitação, e abster-se de responder quanto a exames solicitados, respectivamente: não ter liberdade de solicitar (50,00% em Ambulatório e 69,64 em Hospital) bem como, abster-se de responder (53,84% em Ambulatório e 67,85 em Hospital)]

Pode-se concluir que os profissionais tem sido concordantes em suas respostas e que, em sua opinião, há uma limitação de recursos (exames) complementares para o diagnóstico.

O profissional psiquiatra, quando em ambiente ambulatorial, tem limitações quanto às satisfações de suas necessidades em solicitar exames. Requirir pessoalmente os exames complementares parece não ser uma prática corrente. Em geral a solicitação pessoal restringe-se a exames de baixo custo. Pode estar presente, aí, uma atitude cartesiana mente / corpo, por parte das autorida-

des médicas, em que ao psiquiatra cabe cuidar da "mente", como se o corpo não fosse seu campo de atuação. Caracteriza-se, pois, uma dificuldade, um problema limitante em relação aos seus objetivos diagnósticos e terapêuticos. As entrevistas, mais tarde, na segunda fase, evidenciaram queixumes desta natureza.

TABELA 40 — Q-15-Amb.Psq — MANEIRA DE REQUISITAR EXAMES POR PARTE DE PSIQUIATRAS, ATENDENDO EM SERVIÇO PÚBLICO, EM REGIME AMBULATORIAL (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

MANEIRA DE REQUISITAR EXAMES	Nº	%
Não responde	6	23,07
1	6	23,07
2	2	7,69
3	3	11,53
4	2	7,69
5	3	11,53
1-2	1	3,84
1-3	2	7,69
2-5	1	3,84
Total	26	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Maneira de requisitar exames:

-1- Requisita pessoalmente; 2- Clínico de seu serviço requisita; 3- Clínico, de outro serviço requisita; 4- Outra forma 5- Transfere o paciente para um hospital clínico.

Psiquiatras de hospitais:

Com respeito aos psiquiatras de hospitais, observação semelhante ao que se fez para psiquiatras de ambulatorios pode ser feita utilizando-se da TABELA 41 - Q-15-H.Psq —, abaixo.

Em um percentual de 42,85% se abstiveram de responder. Em 14,28% requisitam exames pessoalmente. 12 em 26 (21,42%) assinalaram que o clínico de seu serviço solicitava os exames (pode-se aceitar que há uma certa comodidade em se transferir a outrem a tarefa burocrática de solicitar exames, mesmo tendo a liberdade de solicitar pessoalmente). Os restantes informaram depender de outros serviços, muito embora pudessem solicitar pessoalmente, ou o clínico de seu serviço requi-

sitaria. Em um percentual de 16,07% a resposta foi única: transferência de paciente para outro hospital (possivelmente hospital clínico, onde existe a possibilidade de solicitação de exames).

Em relação aos hospitais existe um aspecto que não foi colocado em questões ao se elaborarem os questionários, mas surgiu durante o exposto nas entrevistas preliminares: os hospitais conveniados recebem, como pagamento, uma diária denominada "global". Nela são incluídos o custo dos medicamentos e o dos exames complementares. Pode-se inferir que uma empresa, no campo da saúde, auferir maiores lucros, nestas condições, se não fizer gastos com exames complementares ou tratamentos de alto custo. Com isto pretende-se compreender a maneira como as questões foram respondidas.

TABELA 41 - Q-15-H.Psq — MANEIRA DE REQUISITAR EXAMES, POR PARTE DE PSIQUIATRAS, ATENDENDO EM SERVIÇO PÚBLICO, EM REGIME HOSPITALAR (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

MANEIRA DE REQUISITAR EXAMES	Nº	%
0- Não responde	24	42,85
1	8	14,28
2	4	7,14
3	2	3,57
5	9	16,07
1-2	4	7,14
3-2	1	1,78
3-5	1	1,78
1-2-5	2	3,57
2-3-5	1	1,78
TOTAL	56	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Maneira de requisitar exames: 1- Requisita pessoalmente; 2- Clínico de seu serviço requisita; 3- Clínico, de outro serviço requisita; 4- Outra forma; 5- Transfere o paciente para um hospital clínico.

Cotejando-se com o obtido na análise das entrevistas (subseção 5.2.1.2.5 – Quem requisita os exames):

Os entrevistados, em sua maioria, expressaram a queixa de não ter a liberdade de solicitar exames. Quando o fazem pessoalmente, os exames são enquadráveis como os de rotina.

Tal procedimento se caracteriza como um verdadeiro “entreve burocrático”, se for lícito ampliar e apropriar-se do termo utilizado por GERALDES (1992, 127-130) ao sistematizar o que ele chama de “entraves à organização do sistema de saúde brasileiro”. Os profissionais médicos ressentem-se, segundo se observa pelo discurso de muitos profissionais, da necessidade de encaminhar o paciente para um clínico que solicite os exames. Ressentem-se, também, da demora em se conseguir os resultados. Demora justamente em decorrência deste procedimento que se utiliza de intermediários. Haja vista a satisfação de profissionais que prestam serviço em um hospital público que, possuidor de laboratório próprio, para exames simples, oferece condições que otimizam o atendimento.

Os psiquiatras de ambulatório público queixam-se da mesma maneira que os profissionais de serviços conveniados, hospitalares ou ambulatoriais: necessitam recorrer a outros especialistas e, de outros serviços.

Não é uniforme a apresentação destas dificuldades. Em alguns serviços hospitalares a organização funcional atribui, como procedimento normatizado, ao médico clínico a tarefa de avaliar e solicitar os exames necessários.

Persiste, então, 2 anos e 2 meses após a sanção da lei que propõe a inclusão do paciente na sua comunidade, o mesmo fenômeno detectado mediante o questionário, 2 anos e 8 meses anteriores às entrevistas. Evidentemente não se pode atribuir tal problema ao fato de instituir-se um novo modelo de atendimento. A maneira de se processar esse novo modelo, em termos de atuação do profissional médico, pode ser a responsável. Em outras palavras, continuar a não se valorizar os instrumentos utilizáveis por profissionais da área de saúde mental.

Os excertos de entrevistas apresentados ao longo deste capítulo exemplificam as opiniões dos profissionais, aqui resumidas.

5.1.2.3.13 Utilização de testes psicológicos

A questão n.º 16 foi incluída no questionário por ter sido mencionada, durante a enquête preliminar, a carência do recurso diagnóstico “teste psicológico”. Perguntou-se, então, sobre sua utilização: se solicitavam ou não solicitavam testes psicológicos. Embora seja um recurso cuja aplicação, por lei, seja exclusivo de profissionais psicólogos, incluiu-se em todos os questionários, visando ter uma avaliação aproximada da importância que lhe é dado.

A TABELA 42 - Q-16-T —, (ANEXO 2) mostra que:

Os psiquiatras de ambulatorios em um percentual de 73,07% e os de hospitais em 89,28% responderam que não solicitavam testes psicológicos.

Os psicólogos, estranhamente, tanto os de ambulatorios (64,28%) quanto os de hospitais (93,54%) responderam não solicitar testes psicológicos.

Os assistentes sociais de hospitais, como seria de se esperar, não responderam.

Os assistentes sociais de ambulatorio, porém, num percentual de 25,00% responderam que solicitavam. É provável que exteriorizassem a importância que dão aos testes. A segunda fase deste estudo esclarece o que parece acontecer.

A conclusão é a de que este recurso diagnóstico ou não é apreciado ou não é passível de utilização, em serviço público ou conveniado, na grande maioria das vezes. Como algumas respostas foram positivas no que tange a sua utilização, infere-se que não é muito apreciado como recurso diagnóstico. É possível que em alguns serviços possa ser usado e em outros não. Os dados obtidos durante a segunda fase poderão elucidar melhor essa questão.

Mesclando-se com os achados da segunda fase (subseção 5.2.1.2.4):

Na segunda fase confirmaram-se os resultados da primeira. Não se constitui em uma prática comum a utilização do instrumento "teste" como recurso diagnóstico. A maioria dos entrevistados referiu não utilizar tal instrumento. O motivo, fica a se saber agora, nesta segunda fase da pesquisa, liga-se a falta do mesmo no serviço onde trabalha, em função do custo. Alguns profissionais, interessados, por vezes fazem uso de seu próprio material. Quando ocorre, os que fazem referência são, principalmente, os profissionais psicólogos lotados em serviços públicos ambulatoriais.¹²

Os psicólogos valem-se, então, da entrevista como o principal, e em geral o único instrumento de coleta de dados em relação ao paciente. Essa observação condiz com o obtido mediante o instrumento questionário utilizado na primeira fase da pesquisa. As mudanças ocorridas com a legislação, que se pretende por em prática, ainda não mudaram esse comportamento do profissional. Poderia ser questionada sua utilização dentro da prática em saúde mental. Talvez concluir por sua inutilidade, impossibilidade de uso ou descaso na utilização dos recursos enquanto semiótica.

¹² Vide ANEXO 3, em: **PSICÓLOGOS – AMBULATORIOS**, entrevista 03; **PSICÓLOGOS – HOSPITAIS**, entrevista 03. Sendo os únicos, a fazerem referência ao uso de testes.

Alguns psicólogos disseram considerar importante a utilização do instrumento teste. Nenhum opinou contrariamente à importância do mesmo. Deixaram claro a inviabilidade de seu uso em função do custo não arcado pelo serviço. Embora não verbalizado, pode-se intuir haver aí, também, o fenômeno tempo de trabalho em função do número excessivo de clientes. Esta última questão, excesso de pacientes, foi diversas vezes apresentada como queixa.

A legislação veta o uso desse instrumento de avaliação por parte do psiquiatra. Se ele o julgar necessário terá que recorrer ao psicólogo. Se este não o utiliza, pode-se concluir que a privação desse recurso atinge não só o psicólogo mas também o psiquiatra. Constitui-se em uma limitação dentro do arsenal semiótico. Evidentemente mais um problema enfrentado pelos profissionais.

5.1.2.3.14 O tratamento após a alta hospitalar

A TABELA 43 - Q-19-H.T — indica uma uniformidade maior de opiniões, em termos relativos, por parte dos assistentes sociais. Estes, em 68,15% assinalaram que os pacientes “não seguem tratamento ambulatorial. Fazem uso da medicação prescrita por ocasião da alta e a seguir interrompem”. Esta foi a resposta de 33,92% dos psiquiatras e de 38,70% dos psicólogos.

TABELA 43 - Q-19-H.T — OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), DE HOSPITAIS, QUANTO AO COMPORTAMENTO DOS PACIENTES, EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO, APÓS A ALTA HOSPITALAR. CURITIBA - 1995

COMPORTAMENTO DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO APÓS A ALTA HOSPITALAR	Psq Hosp.		Psc Hosp.		As Hosp.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0- Não responde	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1	15	26,78	3	9,67	0	0,00
2	11	19,64	13	41,93	2	9,09
3	19	33,92	12	38,70	15	68,15
4	3	5,35	2	6,45	2	9,09
5	6	10,71	1	3,22	2	9,09
1-3	1	1,78	0	0,00	0	0,00
1-4	1	1,78	0	0,00	0	0,00
3-4	0	0,00	0	0,00	1	4,54
TOTAL	56	100	31	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Comportamento do paciente em relação ao tratamento após a alta hospitalar: 1-Segue tratamento ambulatorial; 2-Não segue tratamento ambulatorial; 3-Não segue tratamento ambulatorial mas faz uso da medicação prescrita e interrompe; 4-Outra; 5-Não responde por não dispor de informação.

Apenas 26,78% dos psiquiatras e 9,67% dos psicólogos assinalou que os pacientes “seguem tratamento ambulatorial”. Os psiquiatras (19,64%), os psicólogos (41,93%) e os assistentes sociais (9,09%) assinalaram que o paciente “não segue tratamento ambulatorial”.

Estes números apontam para uma real probabilidade da existência de um problema vivido pelos profissionais, e a ser resolvido em relação a este aspecto da assistência aos pacientes psiquiátricos. Mesmo que se refiram a percepção dos profissionais, e não a dados concretos medidos mediante um efetivo acompanhamento do paciente.

Essa opinião pode se constituir em um alerta quando o que se pretende é um atendimento de qualidade. Principalmente se a cotejarmos com as opiniões emitidas em relação à disponibilidade ambulatorial, conforme pode ser verificado na subseção 5.1.2.3.8 (Disponibilidade ambulatorial).

Mesclando-se com os dados da segunda fase (subseção 5.2.1.4 – Em relação ao posterior acompanhamento do paciente):

A grande maioria dos profissionais, tanto psiquiatras, psicólogos quanto assistentes sociais psiquiátricos, do ambiente hospitalar, emitiu sua opinião dizendo de uma grave situação em relação ao acompanhamento do paciente após a alta. Disseram, muitos, da inexistência de ambulatórios. Outros enfatizaram não tanto a inexistência de ambulatórios mas a precariedade dos mesmos. Precariedade em dar seguimento baseado em frequência de consultas satisfatória. Precariedade quanto ao tempo destinado ao paciente. Sendo feita referência, até mesmo, de ser usado apenas 5 ou 3 minutos por paciente. Disseram, também, da falta de medicamentos, tanto em relação à qualidade quanto à quantidade.

Esses profissionais disseram, também, de um acompanhamento “inexistente” para pacientes oriundos de outras cidades do Paraná e também de cidades de outros estados.

Fizeram referência a um fator causal da freqüente reinternação de muitos dos pacientes: acompanhamento deficiente, do ponto de vista ambulatorial e gravíssima situação da disponibilidade e, em havendo, da distribuição dos medicamentos. Além do mais, segundo esses profissionais de hospitais, a maioria da clientela não tem poder aquisitivo para adquirir mesmo os medicamentos mais baratos. Aliado a isso, um deficiente sistema de marcação de consultas, pela Central de Consultas, que não garante a continuidade do tratamento com o mesmo médico.

Os Postos de Saúde, chamados de “postinhos” — não foi percebido qualquer sentido pejorativo ligado ao termo — segundo sua opinião, não têm se mostrado eficientes. Acreditam que os

profissionais médicos, que ali prestam atendimento, psiquiatras ou não, fazem-no de maneira não profissional. A prescrição médica segundo uma freqüente opinião, é a de simplesmente replicar a receita oferecida por ocasião da alta. Significando a ausência de um desejável ajuste de dose medicamentosa, ou a não modificação do esquema terapêutico. Fizeram referência à necessidade de modificar o esquema terapêutico, oferecido por ocasião da alta, conduta médica que seria de se esperar com a evolução do estado clínico.

Foi feita alusão genérica a comportamento absenteísta por parte de médicos dos Postos de Saúde, em geral.

Quanto aos serviços ambulatoriais oferecidos por pessoas jurídicas, onde os profissionais médicos e psicólogos são contratados como autônomos, o atendimento é visto como precário pelo presumível curto espaço de tempo destinado às consultas. Um profissional emitiu opinião favorável ao se referir ao ambulatório anexo ao seu hospital. O ambulatório, porém, não é conveniado ao SUS. Presta atendimento a pacientes egressos de seu ou de outros serviços, bem como à população em geral, mediante acessível remuneração (20 reais para as consultas médicas e 10 reais para as consultas psicológicas, ou nada cobrando de quem não dispõe de recursos.).

Alguns excertos de entrevistas podem esclarecer, de maneira genérica, como pensam os profissionais, que atendem em hospitais, em relação ao posterior acompanhamento do paciente:

[...] o prosseguimento desse tratamento após a alta, né? **Nós não temos um esquema de ambulatórios, onde as pessoas possam prosseguir esse tratamento após a alta. Existe, mas vamos dizer assim: o sistema de marcação de consulta eu acho que tem algumas falhas. Primeiro, a pessoa que atende o paciente não consegue remarcar o paciente pra si próprio. Vai pra um sistema de remarcação de consulta e o paciente pode ser atendido por um outro profissional. Então não há uma seqüência, não há um seguimento desse paciente. E também a dificuldade dele voltar, a dificuldade dele ser atendido pelo mesmo profissional e ter uma seqüência no atendimento. Eu acho que uma questão... uma dificuldade dos pacientes comprarem a medicação eles não tem poder aquisitivo. Isso após a alta.** (Entrevista n.º 01, PSIQUIATRA, HOSPITAL.)

Outra situação bastante limitante é que você trata esses pacientes dentro do hospital... mas a continuidade, fora dele, é prejudicada pelas mesmas condições. **Poucas famílias têm condições ou orientação, né, ou condições de serem orientadas a procurarem tratamento ambulatorial,... dentro dos NAPS... dentro dos hospitais-dia... E muitos deles não tem nem condições econômicas, pra fazer isso, e pela sua localização geográfica, espacial, não tem acesso a profissionais que estejam habilitados dentro da saúde mental.** (Entrevista n.º 02, PSIQUIATRA, HOSPITAL.)

Eu encaminho o paciente para o ambulatório e não tenho resposta. **Não há ambulatório suficiente. Não houve modificação nos últimos três anos, no sentido de favorecer o trabalho no hospital. os NAPS surgiram mas não se fizeram sentir.** (Entrevista n.º 03, PSIQUIATRA, HOSPITAL.)

Existe uma dificuldade muito grande de serviços ambulatoriais de atendimento. **É um atendimento de qualidade discutível.** (Entrevista n.º 04, PSIQUIATRA, HOSPITAL.)

[...] o nosso tratamento ambulatorial sempre foi deficitário e depois que o pessoal conseguiu fechar algumas clínicas que eles tinham aí, como Gradiva... só pra citar: Freud, Gradiva, Melanie, Psicopar, que ainda tentavam sobreviver. Agora, realmente, a situação está caótica. Que eu saiba ficou apenas 1 serviço ambulatorial no H. Nossa Senhora da Luz e que, parece, que... a última informação que eu tive é que taria prestes a fechar também, né?. Porque, éééé não existe incentivo, né? o honorário pago por um atendimento ambulatorial é mais que aviltante. Me parece que é 2 reais eeee... 5 centavos, 2 reais e 4 centavos, alguma coisa assim. Éééé, de qualquer forma éééé o que acontece hoje com a gente no hospital é o seguinte: isso eu percebi com alguns pacientes meus. **Você dá uma dosagem de medicação inicial, né?. Você dá alta, faz uma receita e fala "olha, no máximo em 10 a 15 dias veja um psiquiatra".** Então parece que há um bloqueio nos postos de saúde... então eles não conseguem acesso ao psiquiatra. Ou porque não existe o psiquiatra... ou porque realmente o próprio médico do posto de saúde, geralmente um médico em formação geral fica copiando a receita e fornecendo remédio. Isso eu já presenciei. Então depois de 6 meses o paciente procura a gente. A mãe procura, pra falar "olha doutor! Mas não tenho que modificar esse remédio aqui? Olha como é que ele tá, e tal já tá inchando, ou parece que está travado e tal?" falei "não, mas a senhora deveria ter ido a um psiquiatra quinze dias depois da alta" "há! mas eu fui lá no médico do posto de saúde ele foi dando o mesmo remédio até hoje, então ele está tomando a mesma coisa de 6 meses atrás" Então isso tem acontecido frequentemente. Então, realmente é caótica a situação do acompanhamento ambulatorial, principalmente, né?. Agora tem uma opção de NAPS, hospital-dia. quando o paciente precisa então daria pra quebrar o galho. Mas o acompanhamento o ambulatorial propriamente dito... O acompanhamento ambulatorial é importante, sem dúvida nenhuma, né? não tem nem que questionar. Se você quer desospitalizar e não tem (rindo) acompanhamento ambulatorial, não tem desospitalização. [(Entrevista n.º 06, PSQUIATRA, HOSPITAL.)]

[...] é uma graaande dificuldade! Nããão existe pra oonde encaminhar o paciente após o hospital. Não existe, é relativo, claro que existe, mas as dificuldades de se chegar a esses serviços são grandes, né?. Por exemplo, o alcoolista: existem casas de apoio... mas vagas são extremamente limitadas, né?. Não existe muitas... ambulatório, ambulatório tem o do HC o do CPM que também é difícil ter vaga, né? de ter um acompanhamento adequado. O próprio NAPS. Falta ambulatório, falta... todo um esquema de atendimento fora do hospital. Tem sido uma série de serviços fora do hospital, NAPS e ambulatório. O NAPS, por exemplo, o paciente alcoolista ir ao NAPS. Vai passar o dia inteiro no NAPS e trabalhar quando? Talvez pro alcoolista se fosse necessário, seria o hospital noite, ou algo assim. Se ele fica na parte do dia que fosse produtiva da vida dele dentro de um Hospital-dia, dificulta muito. Os NAPS não substituem os Hospitais integrais, eu acho que só acrescenta mais um serviço, ajuda mais um serviço. Até o tempo dele é limitante, são só 45 dias que pode ficar lá. (Entrevista n.º 07, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

[...]a situação econômica, né? principalmente, dificultando, acho que depois, no seguimento do tratamento pós hospitalar em relação a questão da medicação. Compra da medicação. Isso num global. É um problema nosso, do hospital, por que em função disso o paciente re-interna, né?, por absoluta falta de acompanhamento lá fora. Então o trabalho fica frustrante. Você identifica situações clínicas de fácil manejo, depois, lá fora do hospital, depois, em termos de manutenção. Isso vai criando uma situação de o próprio familiar acabar usando o hospital como uma forma de o paciente estar bem. O que eu acho totalmente errado. [...]. (Entrevista n.º 08, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

O maior problema fica na saída desse doente, né?. Na saída, onde não existe uma infra-estrutura que dê uma continuidade de tratamento e atendimento a esse doente. De uma forma assim multidisciplinar. Está tendo um acompanhamento médico, um acompanhamento psicológico, um acompanhamento social à família do paciente. Apesar de o hospital ter um enfoque de comunidade terapêutica, ele não tem condições financeiras e nem estrutura para oferecer pós saída do paciente, um seguimento pós a saída. O paciente tem seguimento parcial, segmentado. Tem atendimento pelo SUS, a nível de posto de saúde, a nível de CPM, mas é um tratamento éééé... falho, com poucos recursos humanos, recursos materiais. Onde não há uma... na maioria das vezes esse doente não segue, interrompe o tratamento, recidiva, piora, acaba voltando para o mesmo hospital, ou pra outro. Então ele fica numa... roda viva de internamento, sai do hospital, volta pro hospital. Associado à isso, as condições das famílias, em geral, da situação em que vivem esses indivíduos. O meio externo é extremamente desfavorável. O indivíduo... pobre, mais familiares doentes, que não conseguem dar um continente sadio pra ele, uma estrutura melhor, né? Ele acaba éééé, se mantendo no ambiente, crônico. Ele cronifica, não só de hospital mas a nível de doença, né? Porque não há uma... um atendimento pra todo esse contexto social familiar: pai, mãe, filhos, esposa... Quando eles precisariam de um acompanhamento até para entender o próprio

doente mental, né? a própria... doença, né? Isso seria um ponto, assim, de vista, na área diretamente ligado ao doente que é o aspecto de gratificação no trabalho. Por outro lado quem atende pelo SUS, como médico, ele é muito mal remunerado. A remuneração é aquém de qualquer expectativa, realmente tem que haver uma certa dose de idealismo pra realizar o trabalho. O que muitas vezes cria um desânimo, de insatisfação, impotência e até momentos de uma certa raiva com o sistema, né?, que está abandonado, né? está muito jogado a uma situação de descaso, não só por parte do governo, mas até por parte de pessoas que estão ligadas à saúde mental mas que não tem condições de oferecer mais e tentar melhorar esse serviço. (Entrevista n.º 09, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

5.1.2.3.15 Causas de reinternamento

A questão n.º 20, teve como objetivo verificar a opinião dos psiquiatras, de hospitais, quanto as causas de reinternação. (TABELA 44 - Q-20-H.Psq — , p. 166)

Em ordem decrescente em relação aos percentuais:

Carência de serviços ambulatoriais	(35,71%)
Baixo nível cultural da clientela	(14,28%)
Mau atendimento ambulatorial	(08,92%)
Carência e mau atendimento	(07,14%)
O restante incluiu sempre a carência	(16,04 %)¹³

Estes percentuais indicam a possibilidade de insuficiência de serviços ambulatoriais. Evidentemente bastaria contar os ambulatorios, verificar sua demanda e chegar a tal conclusão. O que se tentou verificar, com essa questão, foi a percepção dos profissionais em relação as causas de internamento. O problema da falta de ambulatorios foi abordado em seção anterior. (subseção 5.1.2.3.8, p. 134)

É importante que se atente para o seguinte: embora tenha sido aventada a hipótese de haver opiniões relativas à existência de pressões por parte dos empresários donos de hospital, os profissionais não assinalaram tal opção. (TABELA 44 - Q-20-H.Psq — p. 166)

Comparando-se estes resultados com os resultados da TABELA 30 - Q-18-H.T — (ANEXO 2), que registra a opinião quanto à existência de alternativas ambulatoriais que satisfizessem as necessidades dos profissionais, verifica-se uma concordância apenas com a opinião dos psicólogos (Vide subseção 5.1.2.3.8, p. 134). Estes, como se viu naquela seção, em um percentual de 70,96% opinaram não haver alternativas ambulatoriais que satisfizessem suas necessidades. Quanto aos psiquiatras e

¹³ Diz respeito ao assinalar de 2 ou mais opções, entre as quais "Carência de serviços ambulatoriais", não se computando "carência & mau atendimento".

assistentes sociais, naquela questão (questão 18, assunto abordado na subseção 5.1.2.3.8, p. 134), mostraram-se em percentuais levemente favoráveis à existência de tais alternativas.

TABELA 44 - Q-20-H.Psq — OPINIÃO, DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq) DE HOSPITAIS, EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS), QUANTO ÀS CAUSAS DE REINTERNAMENTOS. CURITIBA - 1995

CAUSAS DE REINTERNAMENTOS	OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS PSIQUIATRAS DE HOSPITAIS	
	Nº	%
Não responde	1	1,78
1	0	0,00
2	20	35,71
3	5	8,92
4	8	14,28
5	7	12,50
6	2	3,57
2-3	4	7,14
2-4	2	3,57
2-6	2	3,57
2-3-4	1	1,78
2-3-5	1	1,78
2-3-6	1	1,78
2-4-5	1	1,78
2-3-4-6	1	1,78
Total	56	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Causas de reinternamento: 1-Pressões por parte dos hospitais; 2-Carência de serviços ambulatoriais; 3-Mau atendimento ambulatorial; 4-Baixo nível cultural da clientela; 5-Bom atendimento ambulatorial, mas o paciente não pode adquirir o medicamento; 6-Outros.

Em janeiro de 1998, a imprensa local, baseada em entrevista com a psiquiatra Miriam Joice Gianello, [na qualidade de diretora interina, e de longo tempo atuando como profissional do Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM)], publicou:

[...] boa parte dos pacientes continua sendo internada pela falta de serviços ambulatoriais especializados em número suficiente para atender a demanda ou até mesmo por meros tabus. 'Menos de 40% dos pacientes são tratados ambulatorialmente. A maioria acaba voltando para casa ou para as ruas, deixa de tomar os medicamentos e volta a ser internada depois de uma crise', explica Miriam.

Entre setembro de 96 e setembro de 97, o CPM prestou atendimento a 19.440 pacientes. A maioria, ou 5.012 pacientes, procurou o centro por causa de crises em relação à dependência de álcool. [...] (TRATAMENTO..., 1998)

Havendo fidedignidade por parte do responsável pela publicação, temos mais um profissional — não constando da relação dos entrevistados — a fazer referência à precariedade de recursos ambulatoriais. E o mais importante, diz respeito a um momento em que se desenvolve a segunda fase da presente pesquisa. Dois anos e dois meses após a sanção da Lei Estadual N.º 11189 de 09-11-95.

Lei, essa, que determina a progressiva substituição do regime "hospitalocêntrico" por recursos de características extra-hospitalares. A referida Lei determina que passados três anos sejam os hospitais vistoriados com vistas à proposta desinstitucionalizante. Não há, porém, referência a vistoriar serviços extra-hospitalares.

Repete-se, em Curitiba, ao se inferir pela opinião dos entrevistados, o que ao longo da história da psiquiatria, no Brasil, vem acontecendo: a práxis não se coaduna com o discurso oficial. É desejável aceitar que "lento" deva ser o processo de desinstitucionalização, como propõe a Lei. Não se pode aceitar, porém, que "lenta" seja a ampliação dos recursos extra-hospitalares, em particular o número e capacidade dos ambulatórios. Luiz CERQUEIRA (1989, p. 227), criador do termo "leito chão", referiu-se ao ano de 1968, ao dizer que o hospital psiquiátrico estava muito doente. E mais adiante ao comentar a cronificação do paciente, afirma: "Tudo por nossa desídia, por falta de previsão, de prevenção, de cuidados a egressos, de serviços extra-hospitalares amplos, de uma política assistencial comunitária, dinâmica, com técnicas sociais reabilitadoras. Em suma: precisamos de uma concepção em Psiquiatria Social e proporcionar as modificações que se impõem[...]".

O profissional de saúde mental torna-se vítima, ao lado de seu paciente, de um problema sobre o qual carece de qualquer meio de controle. Seu saber e suas técnicas pouco valem, pois faltam-lhes os meios de pô-las em prática.

A questão, referente às causas de reinternamento, associa-se intimamente, pela importância, às questões da disponibilidade ambulatorial (subseção 5.1.2.3.8, p. 134), renda familiar do paciente (subseção 5.2.1.1.5, p. 177) e recursos farmacológicos (subseção 5.2.1.3.2, p. 183). Situam-se aí os principais problemas. Evidentemente não se pode descartar o restante das dificuldades arroladas pelos profissionais. Mas as três mencionadas são, de longe, as mais citadas pelos profissionais em estudo, e as mais logicamente compreensíveis.

BOTEGA (1995, p. 17) salienta que, apesar dos esforços no desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar, o hospital psiquiátrico continua a ter um papel hegemônico em relação aos demais serviços. Atribui — e o mesmo se percebe pelos resultados desta atual pesquisa — a fatores históricos, econômicos e a estrutura do sistema de saúde no Brasil. Pode-se incluir, aqui, a maneira como costuma se processar o trabalho em saúde mental. Não se respeita a peculiaridade do mesmo, que consiste na utilização de uma tecnologia que pode ser chamada de virtual, uma vez que se apoia predominantemente na relação entre o profissional e seu paciente, vale dizer, no tempo de contato para o diagnós-

tico e, principalmente, para o tratamento. Não se descarta, evidentemente, dos recursos de terapia somática, em especial os diferentes fármacos. Até para esta terapia o tempo é importante. Cinco minutos, por vezes, não é o suficiente para prescrever e orientar o seu uso.

5.1.2.3.16 Conclusão

Com esta subseção pretende-se apresentar um resumo do que tem sido visto ao longo da subseção 5.1.2.3. Antes, porém, faz-se necessário abordar uma questão implícita em todo este trabalho de pesquisa: aquela da satisfação / insatisfação no trabalho. É preciso que se comente sobre a gratificação, possivelmente vivenciada com dificuldade pelos profissionais. Constitui-se em algo intuído graças ao que se tem visto ao longo da seção 5.2. Acomoda-se, esse assunto, em um tema que pode ser denominado “problemas correlatos no cotidiano do trabalho dos profissionais em saúde mental, com vistas ao diagnóstica e a terapêutica”.

Com o termo problemas correlatos, procura-se englobar todos os demais. São manifestações dos entrevistados, as quais, só muito indiretamente, relacionam-se com o diagnóstico e a terapêutica. Constituem-se em ocorrências manifestas na forma de queixumes, ou mesmo justificáveis reclamações em relação a problemas que afligem os profissionais em seu dia-a-dia de trabalho. São aspectos constantes em suas mentes. Dizem respeito, principalmente, ao seu desconforto no exercício profissional. São expressões de sua insatisfação com a profissão, muito embora, no cômputo geral, digam-se satisfeitos. Representam, também, aspectos outros que só indiretamente estão envolvidos com a tarefa de diagnosticar e tratar. São as vicissitudes de seu labor profissional, detectadas ao longo deste trabalho de pesquisa.

Traduzem-se em fenômenos relativos ao possível fato de estarem insatisfeitos com a retribuição pecuniária e/ou com as características socioeconômicas e culturais de sua clientela. Insatisfeitos com a impotência frente o anseio de plena resolução dos problemas, no tocante à saúde da população atendida. Insatisfeitos no que diz respeito à maneira como os responsáveis pela política de saúde mental se incumbem de sua função.

A satisfação resulta de sua vocação, a qual, indiferente à carência financeira, pode gerar gratificação onde, por um prisma meramente mercantilista, seria impossível. O fenômeno provavelmente decorra da sublimação, no dizer de DEJOUR (1992, p. 48-62).

Este autor, referindo-se aos discursos operários e de escriturários, afirma que vários temas lhes são comuns. Um deles é expresso pela palavra "indignidade" ou sua variante. Refere-se à vergonha de ser robotizado, de ser apenas um apêndice de uma máquina, de ser sujo, carecer de imaginação ou inteligência, de se mostrar despersonalizado, etc. Não teria, também, significado em relação a "um ideal social, altruísta, humanista ou político".

Não é preciso supor que ocorra só com o operário fabril ou com o escriturário. O profissional de saúde mental acaba por se colocar numa situação similar, conforme pode-se constatar com as respostas dos questionários e com as entrevistas. Também o desligar-se das demais instituições, da rede de atendimento em saúde mental, faz com que esses profissionais, caso se aceite as idéias de DEJOURS (1992), estejam sujeitos a se tornarem "apenas um apêndice de uma máquina". A falta de uma visão de conjunto não lhe propiciaria o necessário para sua plena satisfação.¹⁴

Expressando afetivamente a situação descrita pelos termos indignidade, desqualificação e inutilidade, vê-se o surgimento da "vivência depressiva". Esse deprimir manifesta-se pelo cansaço. Cansaço que pode não ser devido tão somente ao esforço muscular ou de fenômenos "psicossensoriais". Deve-se sim, principalmente, a outros fatores, porque a execução de "[...] uma tarefa sem investimento material ou afetivo exige a produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias suportada pelo jogo da motivação e do desejo. A vivência depressiva alimenta-se da sensação de adormecimento intelectual, de anquilose mental, de paralisia da imaginação e marca o triunfo do condicionamento ao comportamento produtivo" (DEJOURS, 1992, p. 49). Situação facilmente identificável em alguns ambientes terapêuticos envolvidos neste estudo, onde a integração funcional mostra-se precária, segundo se constata pelo ouvir dos queixumes manifestos pelos profissionais. Ambientes onde não há reunião de equipe, onde não há supervisão (dois profissionais apresentaram queixa em relação a esta última observação), onde não há tempo para estudar, pelo excesso de trabalho, onde não há tempo para ir a congresso, e onde não há salário que cubra os gastos com estas duas últimas necessidades.¹⁵

Ao mesmo tempo em que o conteúdo significativo do trabalho, continua DEJOURS (1992), consiste em algo relacionado a si mesmo, isto é, dotado de narcisismo, suporta também investimentos

¹⁴ Conforme é exposto na subseção 5.1.2.3.7, p. 132, relativa as informações sobre o paciente ao internar. Naquele momento foi levantada a questão da intercomunicação entre os serviços (mescla com a subseção 5.2.1.6, p.186).

¹⁵ Conforme o abordado na subseção 5.1.2.3.9, p. 136. (Integração profissional)

apoiados em simbolismos, os quais são destinados a um outro. No primeiro caso, consiste num conteúdo significativo em relação ao sujeito, no segundo, ao objeto. Em relação ao primeiro caso, ou seja, ao conteúdo significativo do trabalho em relação ao sujeito, é levado em conta "[...] a dificuldade prática da tarefa, a significação da tarefa acabada em relação a uma profissão (noção que contém ao mesmo tempo a idéia de evolução pessoal e de aperfeiçoamento) e o estatuto social implicitamente ligado ao posto de trabalho determinado" (DEJOURS, 1992, p. 50).

Já o conteúdo significativo do trabalho em relação ao objeto, segundo DEJOURS (1992), diz respeito a questões simbólicas: a tarefa pode ser o veículo de mensagens simbólicas contra alguém, ou simplesmente para alguém. Todas as significações concretas ou abstratas, aí manifestas, organizam-se numa relação dialética com o objeto. Dialética e dependente da vida passada e presente do sujeito, determinantes dos simbolismos impostos por ele em cada situação, sendo então, uma dialética específica para cada trabalhador. O principal refere-se ao significado, sendo sempre subjetivo (no sentido de abaixo da condição de objeto por parte do observador, no caso, o próprio sujeito), tornando-se acessível somente com técnicas especiais como a psicanálise individual, conclui DEJOURS (1992).

Em nosso meio, o da saúde, convém fazer referência ao trabalho de PITTA (1994): Trabalho Hospitalar e Saúde Mental dos Trabalhadores, onde a autora focaliza as associações do processo de trabalho e o sofrimento psíquico de trabalhadores em Saúde, em um grande hospital clínico. Suas conclusões permitem a generalização a ponto de abarcar o trabalhador em saúde mental. Este, talvez, por exercer uma tarefa peculiar, a de lidar com o sofrimento psíquico e físico de seu objeto, poderia apresentar transtornos relacionados ao conteúdo significativo, em relação ao seu trabalho.

Em consequência, a satisfação ou mesmo a insatisfação no trabalho, acaba por se manifestar de importância presumível. Torna-se plausível esperar-se por um certo prazer na tarefa, mediante mecanismos psicológicos tais como a sublimação. Agora, avaliar o grau de satisfação, não deixa de ser problemático, tal a natureza e quantidade das variáveis envolvidas (em geral inconscientes), caracterizadas como não controláveis em sua maioria.

Não foi a intenção desta pesquisa abordar o grau de satisfação de maneira a aprofundar-se nos fatores causais. Novamente, porém, identifica-se um aspecto problemático do trabalhar em serviço público no campo da saúde mental, apresentando-se em aberto enquanto questão a ser investigada.

Uma tentativa de se expor um resumo das dificuldades inerentes ao processo de trabalho em saúde mental, esbarra no fato de ser extensa a gama das mesmas, e complexa em cada unidade. Vale aqui a intenção e, para tal, seguir-se-á a mesma seqüência exposta na subseção 5.1.2.3.

Volta-se a alertar: o que se apresenta não diz respeito, necessariamente, ao processo de trabalho ou aos seus recursos, diz respeito sim às representações dos profissionais atuantes. Suas opiniões, portanto.

1. Diversos referenciais teóricos em relação à natureza da mente constituem-se em problema a ser resolvido com vistas a integração da equipe de trabalho.

2. Semelhante ao item anterior, há uma diversidade de concepções em relação aos principais fatores envolvidos na etiopatogenia dos transtornos mentais. Tanto entre os membros de uma categoria profissional quanto em relação aos outros profissionais.

3. Os profissionais de todas as três categorias consideram, para a primeira entrevista, um tempo médio de 30 minutos como o desejável para um tempo adequado no contato com o paciente.

4. O tempo da primeira entrevista constitui-se em um problema para alguns ambientes. No cômputo geral é razoavelmente satisfatório, particularmente em ambulatórios públicos e nos hospitais em geral. A dificuldade maior diz respeito aos ambulatórios conveniados, onde tem sido mencionado o absurdo tempo de 5 minutos ou mesmo 3.

5. Quanto ao tempo destinado às entrevistas terapêuticas (seguimento), o problema se mostra similar ao comentado no item anterior.

6. É variável a freqüência entre as consultas ambulatoriais. De modo geral os profissionais consideram-na inferior às suas necessidades. Dependem mais da disponibilidade de vagas e estruturação dos serviços, do que propriamente da intenção do profissional.

7. Os profissionais referem-se de maneira depreciativa no que diz respeito às informações relativas ao paciente no momento da internação. Constitui-se em um importante problema, a falta de adequado preenchimento da referência / contra-referência.

8. Um problema em relação ao qual quase há unanimidade é a carência, tanto quantitativa quanto qualitativa, de recursos extra-hospitalares, em particular no que tange aos ambulatórios. Os NAPS e hospitais-dia não preenchem as necessidades quando o que se tem em mente é a desinstitucionalização. Provavelmente satisfazem as exigências de uma demanda reprimida em relação aos mesmos, e não substituem o hospital. Apenas somam-se aos recursos necessários em saúde mental.

9. A integração profissional tem sido apontada como um grave problema. Poucos são os ambientes que adotam um estilo interdisciplinar. A maioria dos ambientes terapêuticos trabalha de maneira apenas multidisciplinar. Existe a possibilidade de a interdisciplinaridade não ser uma forma ne-

cessária, ou talvez não seja possível implementá-la nos moldes em que o SUS oferece seus serviços. Particularmente nos ambulatorios públicos ou conveniados. No serviço público (ambulatorios) depende da vontade de seus elementos. Nos serviços ambulatoriais conveniados consiste em uma impossibilidade prática. Em hospitais, representantes das três categorias apresentam a solução como sendo uma questão de boa vontade da direção e/ou dos profissionais atuantes.

10. É precária a disponibilidade de exames complementares. O problema se manifesta em decorrência da burocracia envolvida. A disponibilidade financeira parece ser, também, um dos elementos responsáveis. O problema se acentua pela prática de não se atribuir ao psiquiatra o poder de solicitá-lo pessoalmente. Em hospitais — sendo a remuneração na forma de "diária global", onde o custo dos exames estão incluídos — pode existir uma tendência a evitar exames de custo um pouco mais elevados. Em hospital público, a queixa praticamente não existe: laboratório próprio.

11. Testes psicológicos não são utilizados pela grande maioria dos profissionais psicólogos e, por extensão, pelos psiquiatras. A análise das entrevistas permitiu encontrar um fator causal: alto custo sem que o mesmo seja financiado pelo sistema de saúde.

12. Um outro problema, cuja magnitude, tudo indica, impossibilita a desinstitucionalização, é a precária continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Os motivos apontados são: precário atendimento ambulatorial, por não dar conta da demanda; não distribuição de medicamentos tanto em quantidade quanto em qualidade; baixo poder aquisitivo dos pacientes impedindo-os de adquirir a medicação; e, mais ainda, o baixo nível sócio-cultural dos pacientes dificultando o entendimento de sua situação.

13. Um problema intimamente associado ao do item anterior é o das freqüentes reinternações. As causas das reinternações, segundo os profissionais, podem ser abaixo listadas.

Um achado inesperado foi o de que, dos 56 psiquiatras, de hospitais, respondentes do questionário, nenhum assinalou a opção "pressões por parte dos hospitais". Este último aspecto mostra-se de importância pois é um dos argumentos chaves dentro da ideologia desinstitucionalizante. Tal constatação exige mudança de estratégia quando o que se tem em mente é a inclusão do paciente em sua comunidade: Segundo a opinião dos profissionais, a internação deve-se à (% de respostas) :

Carência de serviços ambulatoriais	(35,71%)
Baixo nível cultural da clientela	(14,28%)
Mau atendimento ambulatorial	(08,92%)
Carência e mau atendimento	(07,14%)
O restante incluiu sempre a carência	(16,04%) ¹⁶

¹⁶ Diz respeito ao assinalar de duas ou mais opções, entre as quais "Carência de serviços ambulatoriais" (não se computando "carência + mau atendimento").

5.2 SEGUNDA FASE: ENTREVISTAS

Houve muito boa receptividade por parte dos entrevistados. Salvo, por um incidente ocorrido com um dos hospitais. Pelo que se entendeu, alguns profissionais só aceitariam ser entrevistados se levassem ao seu grupo, o assunto fosse discutido e, em consequência, fosse autorizada a entrevista. Tratava-se de um ambiente terapêutico que se propunha trabalhar de maneira interdisciplinar. Tudo indicava que, em realidade se propunha trabalhar de maneira intradisciplinar ou, até mesmo, com a diluição dos papéis profissionais. Foi nítida a impressão de defesa pessoal frente possíveis censuras de seu chefe, e de seu grupo.

Percebeu-se atitude defensiva, decorrente de possível ideação persecutória, por parte de dirigentes de, apenas, 2 instituições hospitalares. Compreensível, face o freqüente movimento de fiscalização por parte da Secretaria Municipal de Saúde e por parte de uma comissão do Conselho Regional de Medicina do Paraná (CRM-PR). Um dos dirigentes, contactado ocasionalmente, chegou a afirmar que só seria possível entrevistar "meus funcionários" "após conversar com a direção". A situação exigiu, então, convencer os entrevistados, quanto ao anonimato, e conseguir que os mesmos se esprimissem com sinceridade.

Um dos estratos, representado pelos profissionais do hospital e de seu ambulatório (da iniciativa privada, conveniado ao SUS), referido no primeiro parágrafo acima, não foi incluído em razão do incidente descrito. Como tal comportamento se manifestou com outros profissionais contatados, supôs-se que, em consequência, as pessoas provavelmente maquiariam a situação. Isto porque as dificuldades em geral eram apresentadas na forma de queixas. De qualquer maneira, não foi possível obter um representante dos referidos serviços. Sendo os seus profissionais excluídos como participantes. Tanto os do hospital quanto os de seu ambulatório.

Dois ambulatórios da 1ª fase encerraram suas atividades. Um público e outro privado.

Quanto aos entrevistados, houve, apenas, o pedido de permanecerem anônimos, verbalização de não muitos dos mesmos. A impressão geral foi a de grande receptividade, e até mesmo uma expressa disposição de participação. Como se a pesquisa prenunciasse a possibilidade de mudanças da situação presente.

Utiliza-se, para a apresentação dos resultados e a discussão, a mesma sistemática utilizada na estruturação das entrevistas. Trata-se, esta estruturação da entrevista, do resultado decorrente

da análise do material obtido por ocasião das 15 entrevistas preliminares. As entrevistas, conforme já esclarecido no capítulo 5 (Método), foram redigidas em um único parágrafo para o registro da fase inicial, momento em que o entrevistado falava espontaneamente. Os parágrafos seguintes referem-se ao discurso estimulado pela palavra chave conforme a estruturação da entrevista, apresentada durante o diálogo.

As perguntas foram apresentadas oralmente e a seguir na forma escrita. Após a resposta da primeira pergunta, apresentou-se a sistematização previamente elaborada, visando estimular o entrevistado na lembrança e identificação de possíveis dificuldades. A seguir apresentou-se oral e por escrito a segunda pergunta. Finalmente perguntou-se sobre sua opinião quanto a desinstitucionalização, e a seguir fez-se as perguntas relativas à sua familiaridade com as leis pertinentes.

Registra-se a impressão geral que o entrevistador teve em seu contato com os entrevistados:

O diálogo iniciava com a exposição do motivo para a entrevista. O gravador, visível e desligado. Após a reação inicial frente a perspectiva de a entrevista ser gravada, em geral, o entrevistado parecia tranquilizar-se. A maioria parecia disposta a falar, e na forma de juizes, imbuindo-se de autoridade. Davam a impressão de senhores de si, conhecedores do assunto.

Semblante amigo, atitude colaboradora, e sinais indicativos de ansiedade caracterizaram a maioria dos entrevistados. O gravador intimidava. Não parecia ser o receio de quebra de sigilo; nem o temor de registrar seus pensamentos e tê-los expostos sem a chance de correção ou defesa. Não, a impressão nítida que se afigurava era a ansiedade antecipatória pelo que se avizinhava: colaborar, e vivenciar a importância a ele (ao entrevistado) atribuída. E era nesse ambiente psicológico que a conversa costumava iniciar. Em geral o início era titubeante. Algum tempo — e curto — depois o discurso ora se mostrava fluente, no calor do entusiasmo, ora parecia emperrar, na busca da melhor expressão, da melhor palavra. O discurso por vezes se desorganizava. Natural, falavam, não escreviam. Um discurso espontaneamente desvelando o afeto subjacente. Podia-se "ler" o dito e as "entrelinhas". Havia, sempre, lugar para a interpretação.

Saliente-se que o segundo grupo de entrevistas foi realizado dois anos e oito meses após a aplicação dos questionários, iniciando-se 1 ano e 11 meses após a entrada em vigor do Decreto-Lei nº 11189, de 09 de novembro de 1995 (PARANÁ, 1995). Em plena vigência da "desinstitucionalização".

A sistemática de análise do material transcrito das entrevistas segue a que é apresentada no sumário.(5.2.1.1 até 5.2.1.7).

5.2.1 DIFICULDADES OU PROBLEMAS

5.2.1.1 EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA

5.2.1.1.1 Sexo

Segundo os entrevistados, particularmente os profissionais de ambulatórios, Curitiba mostra-se carente de ambientes hospitalares para pacientes do sexo feminino. Em especial alcoolistas. Pode-se verificar qual a disponibilidade de leitos consultando-se o subseção 3.2 que trata do esboço histórico da psiquiatria curitibana. Causa espécie tal queixa dos entrevistados pelo fato de ser apresentada por pessoas que, como se verá mais tarde com os trechos de entrevistas, na sua maioria, acreditam na possibilidade de redução de leitos hospitalares. Condicionam, porém, a outros recursos.

5.2.1.1.2 Idade

Os profissionais de ambulatórios fazem referência a dificuldades de internação de crianças, adolescentes, e idosos. Podem ser consultadas para se constatar, a propósito, as tabelas que tratam dos serviços disponíveis, na subseção que trata da história psiquiátrica de Curitiba.

Queixam-se, os profissionais, da falta de vagas. Informam que Curitiba, bem como as cidades da região metropolitana, não dispõe de leitos para crianças. Quando a opinião é emitida por profissionais especialistas em crianças e adolescentes, a necessidade não se mostra tão evidente. Parecem confiar nos recursos que oferecem, substituindo a internação. Quando se trata de adolescentes, informam existir, sem no entanto serem enfáticos, leitos para adolescentes drogadidos. Tais leitos seriam oferecidos unicamente no Hospital Adauto Botelho (hospital do estado).

Os profissionais entrevistados foram unânimes em opinar pela inexistência de leitos específicos para pessoas idosas, portadoras de transtornos mentais. Esses pacientes parecem fazer parte de uma subclasse de excluídos, acumulando em si dois costumeiros objetos de rejeição: o senil e o mentalmente insano. E tão mais grave ainda: pertencem, em geral, ao mais baixo nível socioeconômico

e cultural da sociedade. É aqui, com o doente mental idoso, que assistencialismo deixa de ser um palavra para se tornar pré-requisito quando o que se pretende é o direito à cidadania.

Os profissionais de hospitais dizem da dificuldade em tratar idosos quando são internados. Isto quando o hospital não se enquadra na categoria daqueles que simplesmente se recusam a receber pessoas passadas dos 70 anos. Quando o idoso é internado, costuma ficar em enfermarias no convívio de pacientes psicóticos jovens. Corre o risco de maus tratos por parte destes pacientes, além de circular por acomodações que se afiguram como de risco para a sua integridade física. Os trechos de entrevistas, a seguir, ilustram a situação:

A dificuldade que gente encontra com relação à idade que a gente tem é... **o idoso mesmo, né? com mais de setenta anos, que aí você não interna mesmo em lugar nenhum.** Principalmente porque agora depois que surgiu a... central de leitos na rede metropolitana, né? que os hospitais são credenciados assim, a maioria de 18 a 70 anos, ou a 60 anos. **Então, fica aquela faixa etária... fica uma faixa etária descoberta: menores de 18 e os acima dos 60, 70 anos.** Existem casos... existem casos, em que a... não é porque é uma criança que não vai ter um problema mental, ou porque é um velho vai, sabe? **Por exemplo, um paciente que foi um psicótico crônico a vida inteira que depois que completa 70 ele vai deixar de ser um psicótico?** (Entrevista n.º 02, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.)

A dificuldade maior é a idade, do paciente idoso. Já que a oferta de leitos pelo SUS em alas especificamente de idoso, pelo menos no hospital, não há oferta. Há apenas, uma ala particular e de convênios. Pelo SUS normalmente um paciente de idade que vem... as vezes com mais de 60 anos, 70 anos, em surto, são **colocados juntos com os demais pacientes.** Muitas vezes há pacientes agitados, ou em surto psicótico agudo, junto com esses pacientes idosos, faz haver preocupação com o idoso. A preocupação é também com a **existência de escadas, que podem causar quedas, fraturas.** (Entrevista n.º 09, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

5.2.1.1.3 Procedência

Evidencia-se, neste aspecto, dificuldades tanto em ambiente ambulatorial quanto em ambiente hospitalar.

Em relação aos ambulatórios, os profissionais costumam se queixar da distância de onde procedem muitos de seus pacientes. As dificuldades do paciente em se locomover de seu lugar de origem até o ambulatório dificulta o trabalho terapêutico. O paciente não pode retornar mais vezes, pelo menos não no número de vezes que o profissional considera adequado. Se for levado em conta pacientes residentes na própria cidade, a distância exige pagamento do transporte, e a renda desse paciente, sendo baixa, não lhe permite pagar o mesmo. A passagem, por sua vez, na forma de vale transporte, não é algo facilmente disponível. Constitui-se, pois, em mais uma dificuldade impedindo que o profissional se efetive como terapeuta. Se o paciente é procedente de outras cidades do Paraná, e até mesmo de cidades de outros Estados, a dificuldade se acentua.

Muitos pacientes provêm de outros Estados. Um Estado que parece não dispor de ambulatórios, e mesmo hospitais, segundo a opinião de vários dos entrevistados, é o de Santa Catarina. Não são poucos os pacientes procedentes de São Paulo que procuram os ambulatórios e hospitais de Curitiba e região metropolitana. O depoimento seguinte se afigura até mesmo como tragi-cômico:

Procedência, a gente tem muita dificuldade com paciente procedente de outras cidades, de outros estados, né? De Santa Catarina, São Paulo... e até... sabe? Mato Grosso do Sul, e (rindo)... a gente tem muita dificuldade com esse tipo de pacientes. **Santa Catarina manda horrores de pacientes. O que acontece lá é que Santa Catarina não tem (rindo) atendimento nenhum pro paciente doente mental. Provavelmente desinstitucionalizaram lá (rindo) e jogaram tudo pra cá. Quer dizer, pra eles provavelmente é mais fácil éééé, investir em ambulâncias, pra trazer o povo pra aqui, pra Curitiba, do que investir em tratamento local, não é?** (Entrevista 02, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.)

5.2.1.1.4 Escolaridade

Como seria de se esperar, a escolaridade baixa se afigura como um dos aspectos característicos de grande parte da clientela atualmente usuária do SUS. Tal característica se apresenta como uma das dificuldades assinaladas pelas três categorias funcionais. Dificuldade que se manifesta tanto na etapa diagnóstica quanto na etapa terapêutica, concretizada pelo não entendimento correto das orientações oferecidas. Evidentemente tal dificuldade assenta-se, também, em aspectos próprios de alguns dos profissionais (trata-se de uma hipótese e não de um constatar): pouca experiência e conseqüente menor habilidade em lidar com a situação.

5.2.1.1.5 Renda familiar

Igual à escolaridade, a renda familiar do paciente se constitui em empecilho ao pleno aproveitar do tratamento. É uma das mais comuns referências apresentadas pelos profissionais. Diz respeito ao tratamento em ambiente extra-hospitalar. Em primeiro lugar a natural dificuldade do paciente em adquirir medicamentos. Medicamentos esses nem sempre oferecidos pelos serviços de saúde. Em segundo lugar pela dificuldade no que respeita aos gastos necessários para permitir o transporte de casa ao ambulatório, ou ao hospital-dia ou ao NAPS.

Na opinião dos profissionais de ambiente hospitalar, a renda familiar pouco interfere no atendimento, enquanto internado. A dificuldade surge no momento da alta, momento esse que exige do profissional psiquiatra a escolha de produtos farmacêuticos disponíveis pelo sistema, ou, se não for o caso, de produtos acessíveis ao paciente pelo baixo custo.

5.2.1.1.6 Comorbidade

É opinião da maioria dos profissionais a inexistência de apoio da medicina somática, dentro dos hospitais, com vistas ao atendimento do paciente com outra patologia além da patologia psíqui-

ca. Alguns hospitais dispõem de enfermarias clínicas, porém limitadas quanto ao seu alcance terapêutico. Muitas vezes a gravidade da patologia exige transferência do paciente para hospital clínico. Nesse momento evidencia-se outra séria dificuldade: vagas difíceis de serem conseguidas e, se as há, os hospitais relutam em aceitar o paciente. Preconceitos em relação a doença mental e o natural medo, devido à ignorância por parte dos profissionais desses hospitais clínicos, costumam ser as explicações oferecidas para a existência dessa dificuldade. Não só psiquiatras, mas também psicólogos e assistentes sociais têm a mesma percepção do problema. O assistente social percebe esse problema mais claramente que o psicólogo, em decorrência de sua função: invariavelmente seus serviços são solicitados como parte do trabalho multidisciplinar. Os relatos seguintes expressam, quase que de uma forma padrão, as opiniões dos profissionais em relação à essa problemática:

[...] acarreta dificuldade de se efetuar o tratamento. Dificuldade por que vai precisar de exames clínicos, ou tratamento fora. Ou então, o hospital dispõe de clínico que atende a parte clínica. Se precisar transferir é um problema. Aí é difícil, como em qualquer outro hospital. Geralmente não há vaga. E, se houver, ao saberem que o paciente vem de hospital psiquiátrico, oferecem uma resistência muito grande. Eles não conseguem manejar, não conseguem entender a doença mental. Pensam, entendem, que aquele doente vai causar problemas, vai ser um paciente de difícil manejo, etc. Então é muito difícil transferir. Uma transferência muitas vezes leva-se muito tempo para se conseguir, uma transferência, conseguir uma vaga. Com as conseqüências são para o doente, né? que pode vir até a falecer pela falta de atendimento médico adequado. Um preconceito muito grande. Fora de hospital psiquiátricos não há preparo. Eles tem pouco conhecimento em termos de doença mental. Não sabem como manejar. O pessoal de enfermagem dos hospitais gerais, não estão preparados para atender um doente psiquiátrico. (Entrevista 09, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Uma dificuldade muuuito grande, acho que não só de nosso hospital, mas de todos os hospitais psiquiátricos é a questão de encaminhamento para hospital clínico. Há uma dificuldade muito grande de receberem pacientes, que tenham problemas clínicos. Se nós temos um paciente internado no hospital e que tenha um... problema clínico grave, há uma dificuldade muito grande de se transferir esse paciente. Muitas vezes tenta-se e não se consegue. Aí tem que se tentar trabalhar com o que se tem e as vezes o paciente vai a óbito. (Entrevista 01, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

A comorbidade é um problema para nós. Temos que encaminhar. Às vezes têm problemas gravíssimos, como hepatite, em que todo mundo sentiu-se doente. (Entrevista n.º 04, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL.)

Em ambiente ambulatorial a comorbidade também se constitui em um problema para os profissionais. Sua solução, em geral, requer mais habilidades de ordem pessoal do que propriamente algo oferecido pelo serviço, como norma de ação pré estabelecida. Os profissionais das três categorias não fazem referência, a esse aspecto, de maneira uniforme. Os psiquiatras são os que mais se queixam:

[...] há muita comorbidade. Dentro da psiquiatria, com a neurologia. A gente só pode trabalhar com patologia mais leve. Com patologias mais graves... mas devido a essas coisas, fica difícil de se trabalhar. As patologias mais graves ficam sem tratamento, não tem serviços. Ficam só com medicação... não podendo se fazer mais coisas. (Entrevista n.º 01, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

A dificuldade para nós é muito grande. Como exemplo a questão da neurologia. **Tenho que encaminhar o paciente. Faz toda aquela burocracia. Ele vai a consulta, chega as 4 da manhã entra em fila, fica exposto ao tempo, e acaba não sendo bem atendido, atendido não mais que 2 minutos. Volta com uma guia, contrareferência, e não te serve. Você tem que discutir novamente com o paciente a possibilidade de ter outra consulta. Um paciente, por exemplo desenvolve um quadro de discinesia tardia, vai para ser atendida pela neurologia, estava com Melleril e volta com Haldol. Então, realmente, a gente tem uma dificuldade muito grande em encaminhar o paciente.** (Entrevista n.º 02, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

5.2.1.1.7 Tipos de patologia

O contato com os profissionais em estudo permite concluir por uma organização que se caracteriza pelo atendimento especializado conforme a patologia. Isso ocorre tanto em hospitais quanto em ambulatório. Constata-se que essa organização não diz respeito a um plano geral para o município. Cabe mais a iniciativa de cada um dos serviços. A não ser quanto à questão em torno do uso de drogas e/ou álcool, para a qual há um consenso em termos de preocupação, o que se mostra patente pela existência específica de conselhos estaduais de entorpecentes.

Em ambiente hospitalar, em um primeiro plano, temos a dicotomia entre “psicóticos” de um lado e alcoolistas e drogadidos de outro. O termo “psicótico” encontra-se entre aspas pelo fato de vir a designar, mais por exclusão do que por definição, todos os pacientes não incluídos na categoria de alcoolistas ou drogadidos. Englobados por esse conceito encontram-se epiléticos, com ou sem sintomas psicóticos, transtornos de humor sem sintomatologia psicótica e pacientes com sintomatologia leve que não responderam ao tratamento ambulatorial. Os alcoolistas e drogadidos dispõem de toda uma organização funcional para atendê-los, com maior ou menor eficiência conforme o preparo dos profissionais, e de seu serviço.

Em ambiente hospitalar há, também, uma categoria recebedora de atenção que é o sexo: Existem hospitais que só atendem mulheres, hospitais que só atendem homens e hospitais que atendem ambos os sexos. Novamente, aqui, percebe-se que não há um plano diretor que norteie o número de leitos para um e outro sexo. Isto é, não se baseia na demanda. Tanto é que, conforme se viu acima, a internação de pessoas do sexo feminino, particularmente as alcoolistas, torna-se problemática. Evidentemente o aspecto sexo não é um tipo de patologia. Quando muito diz respeito a exigência de estratégias diferentes de se trabalhar. No entanto, costuma ser um problema, para muitos profissionais, lidar com a dificuldade inerente a uma enfermaria feminina.

Continuando-se com a problemática vivenciada em hospitais, tem-se a questão dos pacientes crônicos. Detectou-se referência ao fato de poucos profissionais interessarem-se em lidar com patologias em grau terciário. Chegando a ponto de prejudicar o atendimento do serviço como um todo:

Cada unidade tem sua equipe, tem seu tipo de tratamento. Não é uniforme. Adolescente é um tipo, o adolescente masculino é outro tipo. **Na unidade 6 falta psicólogos, falta terapeuta ocupacional, não existe uma equipe multiprofissional. É uma unidade de pacientes crônicos. Ninguém quer trabalhar com pacientes crônicos.** Por isso essa dificuldade de os profissionais **trabalharem com pacientes crônicos.** Assim é variável, uns como multiprofissionais, outros como interprofissionais. (Entrevista n.º 04, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL.)

No que tange aos ambulatórios, os profissionais entrevistados proporcionam informações que permitem entender da existência de atendimentos especializados. Isso ocorre no ambulatório público. Alguns atendem crianças. Outros adolescentes envolvidos com drogas. Outros, ainda, no pronto atendimento (PA) e outros ainda atendem adultos de ambos os sexos, de maneira individual ou grupal. A maneira de trabalharem parece depender mais de uma disposição pessoal do que de uma orientação geral do serviço ambulatorial. Sendo assim, as dificuldades existentes em função das patologias são resolvidas via recurso da especialização.

O exposto diz respeito às dificuldades não diretamente apresentadas pelos profissionais, quanto ao tipo de patologia, mas constituem-se em dificuldades inferidas, como um todo, no atendimento psiquiátrico no Município de Curitiba. Haja vista as consequências, sobre o desempenho profissional, de ter que se defrontar com um tipo de patologia para a qual não haja serviço que permita o encaminhamento. Como por exemplo, um profissional de ambulatório propor a internação de uma paciente cuja patologia seja a de uso abusivo de álcool. Segundo alguns profissionais, a cidade carece de leitos específicos para pacientes com tal comportamento. Parece não haver interesse, por parte de empresários, em se tratar mulheres alcoolistas. Um dos hospitais, tradicionalmente destinado a tratar mulheres psicóticas, bem como alcoolistas, recentemente reduziu o número de leitos destinados ao SUS. Conforme pode se verificar comparando-se o número de leitos por ocasião da primeira fase da pesquisa com o número de leitos da segunda fase. As tabelas, da seção relativa ao Esboço Histórico da Psiquiatria Curitibana, mostra a situação em março de 1998. A empresa médica optou por investir em hospital-dia, em se tratando de SUS. Continuou, porém, com leitos destinados aos demais convênios. O hospital-dia, assemelha-se ao NAPS. Conta, porém, com a vantagem de ter a sua disposição, em anexo, um serviço hospitalar psiquiátrico, facilitando o atendimento, em que pese a baixa remuneração.

5.2.1.2 EM RELAÇÃO AO PROCESSO DIAGNÓSTICO

5.2.1.2.1 Tempo de entrevista (apresentado na subseção 5.1.2.3.4):

5.2.1.2.2 Quem realiza a entrevista

Os profissionais de hospitais, das 3 categorias, de maneiras distintas, valem-se de entrevistas realizadas pelos médicos de plantão. Em geral são médicos não psiquiatras que, na qualidade de plantonistas, não tem grande envolvimento com a dinâmica do hospital. Os problemas apresentados são referentes a registros insuficientes. O profissional psiquiatra assistente, pode entender aí uma dificuldade. Pois uma entrevista com a família pode não mais ser possível como acontecia no momento da internação. Por vezes, isso se torna uma séria dificuldade, tal a frequência com que se internam pacientes procedentes de lugares distantes.

Como a proposta não é a de quantificar a dificuldade mas tão somente evidenciar sua existência, contenta-se, aqui, em verificar que esse problema não ocorre em todos os hospitais. Parece que se trata mais de um problema vinculado ao estilo de funcionamento do serviço do que propriamente ao fato de referir-se ao SUS. No máximo pode ser entendido que em clínica privada o mesmo não aconteceria.

Hospitais onde os médicos são contratados e, portanto, trabalham vinculados a um horário bem estabelecido, a referência costuma ser a de não existência de problemas relacionadas à entrevista realizada pelo médico de plantão. Tais queixas mostram-se mais evidentes em hospitais públicos, e particulares com médicos na qualidade de autônomos. Nesta situação o médico psiquiatra tem maior liberdade de dispor de seu tempo. Esse tempo mostra-se, com bastante frequência, associado às queixas de baixo ganho, o que o leva buscar outros empregos simultaneamente. Nesta condição, surge a oportunidade de se queixar quanto à qualidade da entrevista realizada pelo médico plantonista, possivelmente a única utilizada para a feitura do diagnóstico.

Muito embora afirmem que “não há”, a impressão que passaram foi a de que “há problema”. E, além do mais, deram a impressão de que se contentavam com a precária entrevista efetuada pelo médico de plantão. Para esse médico, então, existe aí um problema incomodativo, pois a situação torna a dificuldade facilmente percebida.

Os psiquiatras mais antigos comportaram-se, durante a entrevista, de maneira a se interpretar suas opiniões como resultante de um processo de adaptação nos moldes da “desensibilização progressiva ou sistemática”.

O poder público, em sua não assumida responsabilidade em relação aos problemas ora identificados, podem ser responsabilizados pelo fenômeno como se promovessem uma intencional “desensibilização sistemática”. Permitindo que a insensibilidade do profissional em relação ao problema fosse descaracterizado como dolo. Observação que pode ser estendida para os demais problemas do dia-a-dia do trabalho.

Já o psicólogo, não sendo premido pela necessidade de fazer um diagnóstico nos moldes médicos, não refere com tanta frequência tal aspecto como um problema. Vale-se, em geral, de sua própria entrevista. Queixa-se apenas do excesso de pacientes.

Igual ao psicólogo, o mesmo acontece com o assistente social, que não se mostra por demais dependente da entrevista inicial, feita pelo médico de plantão. Sua dificuldade manifesta-se em alguns ambientes hospitalares, onde não é costume ter um plantão oferecido por assistente social.

Os trechos, a seguir, ilustram a situação:

Há uma dificuldade, também, dependendo do médico de plantão, por exemplo, éééé, que faz a história do internamento. Alguns fazem uma história muito simples, então na hora de você... ver esse paciente muitas vezes você não tem um histórico da, da, da doença dele, o que é que aconteceu, como é que evoluiu, há quanto tempo, a gente perde tempo, pra chamar a família, a família não vem, por que tem dificuldade, tem que trabalhar, não pode vir ao hospital. Aí você tem que chamar... algum parente, alguém que que possa orien... dar alguma informação sobre o paciente. Aí isso dificulta. Os plantonistas são médicos clínicos. Já estamos estudando isso, vendo essa dificuldade, estamos tentando... acho que psiquiatra teria mais condições de fazer isso. (Entrevista n.º 01, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Nós temos... errr, aqui na... ao entrevistar... ao realizamos a entrevista, como eu disse, nós temos com frequência um mau diagnóstico, má avaliação. E, eu tenho certeza que se nós dispuséssemos de um profissional voltado pra isso, com mais qualificações, ele poderia fazer uma avaliação mais criteriosa. (Entrevista n.º 05, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Quanto ao tempo de entrevista, eu faço o meu tempo. Não tenho dificuldade. É o suficiente. Eu tenho tempo, eu faço o tempo. E cuido do tempo, eu manejo o tempo de acordo com o meu interesse. Há uma entrevista que é feita na admissão, pelo plantão, e depois fica comigo, daí. Não estou satisfeito. É uma entrevista... mais... pro forma... pra internação. Não é uma entrevista... mais acadêmica que permitiria você pegar a entrevista e você dar um diagnóstico, chegar a uma conclusão. É realmente um relato para a internação, cumprindo as exigências legais. Não é uma dificuldade. *Eu acho que o pessoal é treinado pra fazer assim até pela... sistemática do trabalho. Pra mim não cria dificuldade porque eu entrevisto os pacientes de qualquer forma (rindo).* Eu vou tirar os dados. Baseado na entrevista que foi feita eu vou rever, vou complementar as coisas, inclusive com a família. Eu não tenho problema com o tempo. Eu não tenho. (Entrevista n.º 06, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

A entrevista inicial em torno de meia hora. Já que esse paciente ao chegar as mãos do médico, já passou pelo médico de plantão, como na maioria são clínicos mas fazem entrevistas de bom padrão. O paciente já chega, também, com o assistente social e com a psicóloga. Então você já

tem dados, vai fazer um contato inicial, esclarecer um diagnóstico inicial, né? Você vai ter meios de se situar melhor com o paciente. *Estou satisfeito.* (Entrevista n.º 09, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Dentre aqueles aspectos que são limitantes... ao atingir os objetivos em questão de diagnóstico, por exemplo... éééé, quando o paciente interna aqui no hospital, como em qualquer outro lugar, se deveria fazer uma entrevista, errr... que desse condições de se facilitar. Ter uma história clínica e se facilitar fazer um diagnóstico, por exemplo. Nós temos particularmente aqui uma dificuldade nesse aspectos porque há uma deficiência muito grande em relação a esse aspecto, que é a entrevista, na entrada do paciente. Então, pra você ter uma idéia, se coloca assim: "esquizofrenia"... e ponto. Quer dizer, não se faz nenhum tipo de observação — isso eu estou falando do médico de plantão — quanto aos motivos de internamento, quadro de entrada, história clínica, história da doença, etc. Por outro lado... isso é compensado, um pouco, pela entrevista que o serviço social faz, mas aí com o objetivo e com... com, uma visão do serviço social. Quer dizer, nisso vem algumas informações. Mas... deixa a desejar, essa... essa entrevista, porque não é aquela entrevista feita por um médico dentro daquilo que se constitui toda anamnese. Então isso é um fator que eu vejo que muitas vezes nos prejudica nesse aspecto de diagnóstico. [...] um outro aspecto que a gente vê também, aí ambos, diagnose e terapia, éééé... muitas vezes a família não participar do tratamento, não vir às entrevistas, o paciente ser trazido por ambulâncias, motoristas de ambulâncias, etc. Sem... durante todo o tratamento a gente não consegue a participação da família no processo terapêutico. Isso eu vejo como um fator limitante. (Entrevista n.º 10, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

5.2.1.2.3 Exames médico-laboratoriais: (Apresentada na subseção 5.1.2.3.11)

5.2.1.2.4 Testes psicológicos: (Apresentada na subseção 5.1.2.3.13)

5.2.1.2.5 Quem requisita os exames: (apresentada na subseção 5.1.2.3.12)

5.2.1.3 EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO (EXEQÜIBILIDADE)

5.2.1.3.1 Organização funcional, incluindo estrutura física: (Apresentada na subseção 5.1.2.3.9)

5.2.1.3.2 Recursos farmacológicos

A principal arma terapêutica utilizada pelos psiquiatras, segundo opinião dos mesmos — opinião, também, dos psicólogos e assistentes sociais — parece não ser entendida como tal pelas pessoas públicas envolvidas com a organização do atendimento ao doente portador de transtorno mental. Essa arma consiste nos psicofármacos.¹⁷

É uma queixa generalizada. Até mesmo muitos dos profissionais de hospitais referem não dispor de medicamentos como gostariam. Notadamente em relação a qualidade, não havendo o regis-

¹⁷ Não deixa de ser óbvio. Mas alguns profissionais de saúde mental tendem a desvalorizá-la. Em Curitiba, no entanto, não se observa, pela análise das entrevistas, uma atitude "desmedicalizante". Não só os médicos, mas psicólogos e assistentes sociais psiquiátricos, valorizam esse recurso terapêutico. Sua precária distribuição aos usuários tem sido apontada como uma das mais evidentes causas de reinternação.

tro em relação à quantidade quando o ambiente é o hospital. Ambulatorialmente, porém, as queixas referem-se tanto à qualidade quanto à quantidade. Essas últimas são apontadas como os principais fatores envolvidos na gênese do fenômeno reinternação.

Nesse movimento que se inicia pelo “antes” e se continua pelo “durante”, em um contexto de desinstitucionalização — movimento esse que excede a 2 anos e meio — nenhuma atitude significativa foi tomada, no sentido de solucionar esse problema. É preciso que se valorize a opinião dos profissionais. Parece óbvio, mas nada tem sido feito. Continuam a se queixar os profissionais de hospitais. Queixam-se que o problema em relação aos fármacos não está apenas dentro do hospital, mas situa-se fora do mesmo. Queixam-se, então dos ambulatórios. Estes, por sua vez, na voz dos profissionais aí atuantes, queixam-se dos “postinhos”. Termo este usado para denominar os Postos de Saúde, onde, em princípio, próximo a casa do usuário, seria o local de distribuição. Trata-se da falta de medicamentos, ou, quando há, de uma má distribuição.

Este problema costuma ser apresentado em paralelo a uma outra dificuldade, que estaria associada à baixa renda familiar do usuário. O paciente não teria condições de adquirir o produto caso não fosse distribuído, ou como se costuma dizer, “oferecido gratuitamente”.

Deixa-se de apresentar trechos de entrevistas, sobre este aspecto, porque ao longo da exposição pode-se verificar os mesmos ao se observar excertos que evidenciam outros problemas. Além do mais, o leitor tem à sua disposição, em ANEXO 3, a íntegra das entrevistas.

5.2.1.3.3 Outros recursos de terapia somática [Eletroconvulsoterapia (ECT), etc.]

Não faz parte da cultura técnica dos profissionais de saúde mental, psiquiatras do município de Curitiba, a utilização de eletroconvulsoterapia. Apenas um profissional, de um hospital da cidade, fez referência ao seu uso. Um outro, de outro hospital, valorizou o procedimento.

Os profissionais não fizeram referência a outros procedimentos de ação somática. [como, por exemplo, terapia pela luz, fármacos não psicotrópicos (bloqueadores de canais de cálcio, betabloqueadores, e outros), dietoterapia nas carências alimentares ou para incrementar síntese de neurotransmissores (como vitaminoterapia, aminoácidos), etc. Responderam que simplesmente utilizavam, se necessário, os psicofármacos. Somente 2 hospitais, segundo informação dos entrevistados, dispõem de equipamentos para ECT.

Em relação ao parágrafo anterior, considera-se importante mencionar: foi feita referência à precária alimentação em um dos hospitais. A importância decorre de aspectos técnicos e morais.

Constitui-se em um bom argumento a favor da desinstitucionalização. Pacientes de longo internamento recebendo alimentação carente em proteína animal (carne, leite, ovos), vitaminas, sais minerais e fibras (via frutas, verduras e legumes), certamente desenvolverão doenças carenciais. A experiência em hospitais públicos permite que qualquer profissional constata o quanto é comum a entrada de pacientes já em um estado de carência nutricional. Se essa carência continua durante a sua estada em hospitais, a situação se afigura como realmente calamitosa. É imoral manter um paciente, sem defesas por sua condição de saúde mental, em um estado de subnutrição qualitativa (não se cogita, sequer, da subnutrição quantitativa). Não é técnico descurar-se do substrato anátomo-funcional da mente humana.

Um trecho de entrevista que aponta para o que se mencionou:

Só que acontece... penso eu que isso... é inviabilizado também, porque assim, não se pode, **você não pode oferecer uma coisa de recepção onde você não dá condições.** Onde não tem material de higiene, né? onde, eu penso, **em termos de hotelaria, também, eu acho que são poucas as refeições que eles fazem.** Acho que... **o paciente não toma leite aqui, não come carne, sabe?** Muitas vezes o paciente não tem toalha e se enxuga com fronha de outro, aí vira aquela troca. Eles tem muita... comércio de roupas entre eles. **Então, eu acho que isso, a nível de, de, de hotelaria, isso é uma, vamos dizer, é uma lástima, tá?** E não é só, eu acho que a hotelaria, ela revela a forma de funcionamento do local. Que, realmente, eu digo assim, com toda a anti-ética que possa parecer, não sinto no meu trabalho que a proposta da minha instituição seja de terapia. Não é uma proposta terapêutica. Não dá subsídios pra que o profissional, com a quantidade de pacientes que ele tem, com os baixos salários, que ele possa fazer supervisão, possa participar de eventos. Não dá. Eu ganho bruto 653, por 30 horas semanais, 6 horas ao dia. É muito paciente pra pouco profissional. Se eu não me engano, eu posso até me enganar agora, que eu saiba os NAPS, parece que eles tem, por profissional, né?, da psicologia, 60 pacientes. Eu não sei como realmente tá a internação. (Entrevista n.º 04, PSICÓLOGO, HOSPITAL.).

Questões dessa natureza (crítica aberta a instituição) poucas vezes foram levantadas.

Trata-se de uma limitação da metodologia. O mais comum foram críticas, assim manifestas, após a entrevista. Por esse motivo não foram em sua totalidade apresentadas neste trabalho de pesquisa. O temor por parte do profissional, mesmo que lhe tenha sido oferecido o anonimato, parece ter impedido o mesmo de sequer cogitar de uma manifestação aberta. Notou-se um comportamento mais reservado dos profissionais na seguinte ordem decrescente: 1. Profissionais CLT em estabelecimentos privados conveniados ao SUS, trabalhando em estilo interdisciplinar; 2. Profissionais CLT em estabelecimento conveniado ao SUS, sem o estilo interdisciplinar; 3. Profissionais mais antigos em idade (pela desensibilização acima mencionada); 4. Profissionais mais jovens em ambientes de estilo apenas multidisciplinar; 5. Profissionais jovens, não dependentes do serviço para o seu aprendizado ou manutenção financeira (contam com apoio familiar).

- 5.2.1.3.4 Tempo disponível com o cliente. (Apresentada na subseção 5.1.2.3.5)
- 5.2.1.4 EM RELAÇÃO AO POSTERIOR ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE (Apresentada na subseção 5.1.2.3.14)
- 5.2.1.5 INTEGRAÇÃO FUNCIONAL (Apresentada na subseção 5.1.2.3.9)
- 5.2.1.6 INTERCOMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS (Apresentada na subseção 5.1.2.3.7)

5.2.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

As respostas dos 35 profissionais à 2ª pergunta (Qual é a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?) permitiram que se identificassem quatro temas¹⁸ (MINAYO, 1992, p. 208-211)¹⁹, como unidades de registro (GOMES, 1997, p. 67-80): *Hospital enquanto ambiente terapêutico, Ambientes extra-hospitalares, Repercussões sobre os pacientes, e Legislação pertinente, aspectos políticos e administrativos envolvidos.*

O primeiro tema, "Hospital enquanto ambiente terapêutico", diz respeito às opiniões dos entrevistados relativas à importância do hospital no tratamento da doença mental. Papel este que vem sendo questionado pelo "movimento antimanicomial" e normatizado pela legislação estadual, e municipal.

O segundo tema, "Ambientes extra-hospitalares", abrange a forma de pensar dos profissionais em relação ao estado atual e ao que lhes parece ideal. Engloba opiniões relativas a ambulatórios, NAPS, CAPS, hospitais-dia, pensões-protegidas e outros ambientes terapêuticos.

O terceiro tema, "Repercussões sobre o paciente", é um tema abrangendo as preocupações em relação à maneira como o paciente tem sido acolhido, tratado ou recebido cuidados profissionais. Diz respeito à situação presente e à perspectiva futura, significando, neste último aspecto, a decorrência de uma proposta de desinstitucionalização.

O quarto tema, "Legislação pertinente, aspectos políticos e administrativos envolvidos", inclui todas as declarações dos respondentes que indiquem aceitação, críticas, queixas e sugestões em relação à legislação, principalmente a Lei Estadual N.º 11189, de novembro de 1995. Acomoda, por outro lado, os queixumes relativos às suas crenças quanto ao que, supostamente, há de interesse político ou administrativo.

¹⁸ "Fazer uma análise temática, consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido. O tema, enquanto unidade de registo, corresponde uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. Não é possível existir uma definição de análise temática, da mesma maneira que existe uma definição de unidades linguísticas. O tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas a questões abertas, as entrevistas (não directivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo, de inquérito ou de psicoterapia, os protocolos de testes, as reuniões de grupos, os psicodramas, as comunicações de massa, etc., podem ser, e são frequentemente, analisados tendo o tema por base" (BARDIN, 1970, p. 106).

¹⁹ Conforme apresentado resumidamente na subsecção 2.2.1, p. 18-21 desta Tese.

A análise refere-se às categorias profissionais em estudo e aos ambientes terapêuticos, em conjunto. Salientam-se alguns aspectos que se mostram marcantes como especificidades de uma categoria profissional ou ambiente. Valoriza-se a ausência de determinada opinião. Eventualmente valoriza-se a presença, sem, no entanto, quantificá-la. Nada além de salientar sua raridade ou elevada frequência.

5.2.2.1 HOSPITAL ENQUANTO AMBIENTE TERAPÊUTICO

Uma opinião bastante freqüente foi a de que o hospital é um ambiente terapêutico necessário. Devendo ser reestruturado no sentido de exercer sua função de maneira humanitária, respeitando a dignidade do paciente. Não sendo aceito um hospital como se fora depósito.

Dois profissionais (médicos de hospital) argumentaram que a população cresceu, o número de doentes também, mas os hospitais mantiveram, e até mesmo diminuíram, o número de leitos nos últimos 30 anos.

"In off", sendo o termo utilizado por um dos entrevistados, após o término da entrevista:

Essa turma movida ideologicamente deveria ter se apercebido que, graças ao bom trabalho desenvolvido com o recurso da institucionalização, ao longo dos séculos, a desinstitucionalização pode ser pensada nos dias de hoje. Muitos doentes podem hoje se aventurar no convívio comunitário porque foram mantidos vivos, e com a mente em condições, graças ao fato de terem sido protegidos pela instituição que hoje se ataca violentamente.

Segundo os profissionais, são três as categorias quanto à necessidade de hospitalização:

1. paciente em estado agudo que exige um continente que restrinja sua liberdade de ação, permanecendo internado pelo tempo mais curto possível;
2. tempo de internação determinado pelas condições de evolução clínica;
3. pacientes gravemente enfermos, e/ou sem infra-estrutura familiar, ou social, exigindo internação prolongada ou permanente.

Alguns excertos de entrevista relativos à tais opiniões:

Eu não sou a favor de... assim, se for tirar... vamos dizer... que o paciente fique sem instituição onde ele possa recorrer... onde ele possa... Eu acho que ele precisa, num ponto ou outro, dependendo da situação, sempre ele vai precisar de hospital. Agora eu acho que ele não deve ficar restrito a esse tipo de tratamento. Tem ficado restrito a esse tipo de tratamento. Eu acho que o modelo é hospitalocêntrico, não resta a menor dúvida. E esse modelo, não é... a gente conhece outros. (Entrevista n.º 01, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Não podemos acabar com o hospital psiquiátrico. Ele é importante para o tratamento, é importante para a pesquisa. É importante pra a comunidade. Eu acho que o hospital tem seu papel muito importan-

te... de atendimento... até para evitar que o doente mental crônico se torne um mendigo nas ruas. Uma pessoa sem papel social nas ruas. Como aconteceu na Itália. Não funcionou. Pensando como médico psiquiatra de ambulatorio, não acho nada bom a idéia de fechar hospitais psiquiátricos. Só se pensam nisso porque pensam que é mais barato fechar hospital. (Entrevista n.º 03, PSQUIATRA, AMBULATORIO.)

O problema não tá no hospital, o problema tá na estrutura do sistema de saúde. Éééé... o hospital ainda significa pra mim... o hospital ainda significa uma proteção ao paciente. Ao contrário de você dizer : não, a gente está tirando o paciente da sociedade para proteger a família ou a sociedade, ou resolver o problema da família ou da sociedade, eu acho que não. Quando a gente recebe o paciente no hospital, acho que a gente tem que encarar que nós estamos protegendo o paciente da sociedade. Nós estamos protegendo o paciente de uma atitude hostil que existe em torno dele. Não é? E daí cabe a nós conscientizar, ganhá-lo para o tratamento, no sentido de explicar pra ele que, de certa forma... né, ele vai ter que se comportar adequadamente para que a sociedade não seja hostil com ele. Não que a gente esteja protegendo a sociedade dele, mas ele da sociedade... Não é? E se houver o fechamento dos hospitais eu acredito que os problemas serão muito maiores depois do fechamento do que hoje com eles abertos. (Entrevista n.º 02, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Então eu acho que é um passo extremamente temerário você imaginar que é possível tratar de todo mundo em nível ambulatorio, tirando o valor da hospitalização. **Uma hospitalização bem criteriosa... salva uma vida. Protege a pessoa, protege a família de altíssimos riscos. Nós estamos falando de suicídio, de homicídio, de acidentes automobilísticos numa pessoa psicótica, numa pessoa drogada... acidentes de trabalho terríveis. Essas pessoas que estão doentes, devem ser protegidas.** Não tenho nada contra a crítica a respeito da instituição tradicional. Devemos fazer uma crítica criteriosa a respeito da instituição, no sentido de melhorá-la. Torná-la a mais humana possível. Aproximá-la da sociedade. Agora, negar a validade e a necessidade da instituição hospitalar eu acho que é desatino. Se você exclui o hospital psiquiátrico, você não vai ter condições de atender a população carente, a população doente, dentro da estrutura como ela existe hoje, ambulatorial. É impossível. A curto prazo não melhorará. Pelo contrário, o que nós observamos é que tem havido uma deterioração progressiva nos serviços ambulatoriais. (Entrevista n.º 05, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

[...] **se usados de forma adequada, sem essa visão de hospital psiquiátrico como coisa ruim que deve ser instinto, pode se dar um atendimento ao paciente.** Pode ser melhorado o atendimento ao paciente. Humanizar o atendimento ao paciente, etc. E, também usar o hospital o psiquiátrico... **se o paciente em algum momento de sua vida precisa de uma internação, ele deve ser internado e receber o melhor atendimento possível. Se ele deve ficar o menor tempo possível? Deve ficar o menor tempo possível.** Entrevista n.º 10, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Eu acho que existe uma parcela de pessoas que precisam de um recurso externo que os contenha, né? (Entrevista n.º 02, PSICÓLOGO, AMBULATORIO.)

Eu não acredito que possa fechar, **cada um dos serviços tem seu espaço específico.** Então, o ambulatorio um tipo de atendimento que a gente tem ao paciente, né. **O NAPS é pra um tipo de clientela e o hospital psiquiátrico tem seu tipo de validade.** O que acontece, hoje, né? é que a maioria dos recursos são voltados para a área hospitalar, ao internamento. Na medida que se tiver outros locais, né?, de atendimento, vai complementar um vazio que existe até então. Na verdade o que existe né? é uma política voltada até então para a hospitalização. (silêncio) Eu acho necessário o hospital psiquiátrico. Um paciente em surto poderá ser levado a uma enfermagem psiquiátrica de hospital clínico. **Mas haverá pacientes que precisarão de um hospital psiquiátrico. Um ambiente mais fechado.** Talvez diminuam os leitos Na minha visão, né?. Talvez até diminuam os hospitais. Mas eu vejo ainda como uma coisa necessária. Faz parte, pra mim, de um sistema todo. Que inicia desde um sistema profilático na comunidade até um sistema de tratamento, seja ambulatorio, NAPS ou hospital. (Entrevista n.º 01, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)

Eu posso estar sendo ingênuo, até. Mas, eu acho que o hospital tem que continuar existindo. Eu conheço outros hospitais. Minha realidade é essa. É ruim, tem uma série de coisas que precisa ser consertadas, mas é possível ser feito um trabalho... **Eu acho bastante difícil acreditar que fechando os hospitais a gente achar outras saídas. Mais interessantes.** É preciso uma reforma geral para que isso possa acontecer. Eu particularmente não acredito nisso: essa reforma, assim, oficinas, um trabalho a parte. Eu acho que ainda está longe de acontecer isso, com essa intenção. Seria bonito ver isso funcionando dessa forma. **Mas eu não acredito, que venha acontecer. Pode ser que daqui há alguns anos né? me surpreenda. No**

momento eu acho que não é muito bom. Éééé... Eu acho que não deveriam ser fechados. Eu acho que iria bagunçar demais. (Entrevista n.º 02, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)

Por um lado, eu vejo, também, que tem **pacientes que não tem condições nenhuma de convívio que não seja num lugar assim. Por exemplo pacientes em que a família inteira é de psicóticos, tá? Pessoas que não trabalham, às vezes pessoas assim, agressivas... criminosas.... Aonde vão ficar?** (Entrevista n.º 04, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)

Eu acho que **existem pacientes que tem que ter uma certa contenção. Que a família não consegue conter. Nem mesmo a sociedade. Daí ele vai ter que ficar um período internado. Mas, num período assim, o mínimo possível, né? Para que ele já volte as suas funções e já consiga se estabilizar em seu meio. Eu acredito que tem pacientes realmente precisam de internamento e a parte de medicamentos de hospital-dia não vai conseguir controlar eles. Se fecharem os Hospitais deverá existir alguma outra coisa. Talvez medicamentos, novos, diferentes, possam vir a resolver o problemas.** (Entrevista n.º 01, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.)

De qualquer forma **existem as situações emergenciais que precisam de um internamento, de uma contenção total, né? Eu penso ter... tenho visto aí, na experiência do dia-a-dia, que o paciente às vezes com família bem estruturada, que se mantém bem, de repente, sem lógica, sem aviso, volta a fazer um surto. Numa determinada situação ele vai precisar de uma contenção hospitalar. O hospital de longa duração eu acredito que possa ser abolido. Pode se abolir o internamento, desde que se deixe uma abertura pra que o paciente possa ficar até que ele tenha condições de ser encaminhado, né?. Sem limite de tempo pra internamento.** (Entrevista n.º 02, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.)

Eliminar, acabar com os hospitais psiquiátricos? Como esse movimento que anda por aí, é loucura total de quem imagina que isso é possível. Eu vejo dessa forma, tá? Não é uma coisa... Meu Deus do Céu! **A população precisa do hospital. O hospital psiquiátrico. Da existência do hospital. O que ele não pode ser é um depósito. Certo? Isto não pode ocorrer. Que ele venha a ser um asilo, também não pode ocorrer. Mas o hospital psiquiátrico é uma necessidade que a população tem! Que o povo tem, meu Deus do Céu! Você vai por aonde um paciente se ele entra em crise ou surto? Não é? Vai por ele aonde, né? Tem que haver hospital psiquiátrico, né? Por isso eu digo e repito: o hospital psiquiátrico precisa ser visto como um meio que a população tem pra um determinado momento da vida dela, recorrer. Agora ela não pode ver o hospital psiquiátrico como simplesmente uma solução pro problema. "Eu levo meu doente lá, eles cuidam, e pronto. Nunca mais eu apareço, eu sumo e desapareço, dou o endereço errado e tudo mais". Então o que que falta? Uma organização mais adequada, pra que esse hospital psiquiátrico funcione realmente como deveria funcionar. Sem ser asilo, sem ser depósito!** (Entrevista n.º 05, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL.)

Somente um dos profissionais (psicólogo) opinou categoricamente pela não necessidade de hospital psiquiátrico. Seu referencial é o da clínica privada:

Se houvesse uma disponibilidade dos... do profissional, nós aqui, no ambulatório, eu não vejo porque não poderia ser... mesmo porque da maneira como eu vejo a **psicose não tem porque internar o paciente... né? Ele pode muito bem fazer a psicose e ser atendido no ambulatório e ir pra casa. Pode-se muito bem tratar um psicótico sem precisar internar. Se for um bom profissional. Eu vejo que seria uma coisa tranquila desde que tivesse profissional preparado pra receber esses pacientes. Quanto paciente psicótico que a gente atende em consultório em conjunto com psiquiatra, né? faz a medicação a gente faz o acompanhamento. Eu acredito que, com certeza, eu acredito que é possível tratar dos pacientes só com os recursos extra-hospitalares. Com certeza, eu acredito nisso sim, podemos prescindir de hospitais psiquiátricos.** (Entrevista n.º 05, PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO.)

Outro profissional mostrou-se favorável a manutenção de hospital psiquiátrico, mas simultaneamente propôs seu fechamento (?). Seu referencial é o da clínica infantil:

Eu não acho que todos os pacientes poderiam ser tratados em regime extra-hospitalar. Eu acho que os pacientes em surto... que não são críticos... A não ser que os hospitais gerais tenham leitos hospitalares, meeeesssmo... até sair da crise não é possível. Eu não sei o que aconteceria com o fechamento

agora dos hospitais. Só acontecendo pra ver. Eu não sei... *Essas coisas tem que ser assim, na marra. Vamos fechar pra ver o que acontece.* Eu acho difícil de prever se ia dar um caos aí ou se *de repente se as famílias deixando de contar com isso, né? contando com a capacidade adaptativa do ser humano iriam se moldar a alguma coisa. Eu não sei, viu? Eu não sei porque eu não trabalho com adulto.* Eu vejo o movimento no PA aqui. A criança dificilmente é internada, né? (Entrevista n.º 03, PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO.)

Curiosamente, houve apenas uma referência em relação a emprego. Não pertence totalmente ao tema agora tratado, mas contém elementos pertinentes. Apresenta-se um trecho da entrevista:

As mudanças, na minha opinião sempre são boas, desde que se coloque outra forma de atendimento ao paciente psiquiátrico. Que nem eles estão instituindo o NAPS. Uma forma alternativa de atendimento. **Mas tem que ver que tem pacientes crônicos que não vão conseguir sair das instituições. Então o governo vai ter que tomar atitudes com relação a este tipo de paciente. Uma porcentagem grande de pacientes que não tem condições de viver fora de uma instituição hospitalar.** Mas as mudanças são boas, visto que estão vendo o paciente como um todo né?. Estão tentando atingir o paciente em todos os aspectos da identidade. Trabalho desde 1992, ou melhor, há 5 anos. Sempre trabalhando em hospital. **Meu pensamento é que acabando os hospitais psiquiátricos poderia ficar sem lugar para trabalhar. Mas isso na verdade não vai acontecer, porque nunca vão acabar os pacientes. Pacientes psiquiátricos sempre vai ter. Uma situação de trabalho sempre vai ter, pelo menos em algum órgão de assistência mental.** Eu acho que vai ser importante. Os hospitais gerais criarão unidades para psiquiatria. Seria um grande passo. O paciente seria visto como um todo. A parte física, a parte mental. (Entrevista n.º 03, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

5.2.2.2 AMBIENTES EXTRA-HOSPITALARES

Parece consensual, entre os profissionais entrevistados, que no momento, em decorrência da falta de recursos extra-hospitalares, não há condições de se reduzir o número de leitos hospitalares e, muito menos, fechar os hospitais. Saliente-se que não há qualquer referência, na Lei n.º 11189 (PARANA, 1995) (ANEXO 5), ao fechamento de hospitais, em definitivo e em sua totalidade. O Art. 2º estabelece que " O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na **gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico** por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, [...]" (o grifo é nosso).

Verifica-se que os entrevistados mostram preocupações relativas aos serviços extra-hospitalares, no tocante à desinstitucionalização, o que pode ser verificado, como exemplo, nos seguintes excertos de entrevistas:

Têm-se feito trabalhos, né? Para tratar pessoas fora do hospital, e que funciona, né? Onde as pessoas podem ficar na sua comunidade. Não precisa ser separada. Separação traz dificuldades. Pode trazer benefício num certo ponto assim, num tempo curto, mas a longo prazo não. **Mas lógico que precisa hospitalizar, né? Como em toda doença, em psiquiatria também as vezes é preciso hospitalizar.** Eu posso prescindir de hospitais com crianças, eu. Pra adolescentes, não se pode prescindir. Adulto também. O problema é a desintegração que existe entre os hospitais e depois no acompanhamento do paciente. Uma integração extra-hospitalar. **Não existe serviços extra hospitalar.[rindo]. Precisa desenvolver serviços extra-**

hospitalar. E, desenvolvido, sempre haverá necessidade de leitos pra internamento. Agora, o hospital psiquiátrico, ainda detém a minha... alguns fazem idéia... que não devem continuar. Eu acho que os hospitais psiquiátricos, não precisariam ser locais de segregação. Fazendo um bom trabalho de sensibilização... a faculdade de medicina... e as outras faculdades de outros profissionais, psicólogos... todo mundo. Tem que ter uma idéia... até o povo... tem que ter uma idéia de que as doenças mentais podem ser tratadas em outros hospitais. Mas assim de cara... 5 a 10 anos [rindo]. Mas tem que bater firme. Aí vem o papel do serviço público. Alguém que possa mobilizar. Educação... né? Em pouquíssima escala tem sido feito. Bem pouquinho. A Secretaria Municipal, essa idéia eles estão procurando fazer isso. Agora, o hospital psiquiátrico, ele até poderia... ser... existir também uma instituição em menor escala. Para efetuar tratamento a longo prazo pra essas pessoas de... mais crônicas. Eu acho que isso também pode... (Entrevista n.º 01, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO)

Eu acho que é um momento da gente rediscutir todo o atendimento em saúde mental. Um momento importante. Eu acho que o hospital tem um papel importante no atendimento do doente mental. Não podemos acabar com o hospital psiquiátrico. Ele é importante para o tratamento, é importante para a pesquisa. É importante pra a comunidade. Eu acho que o hospital tem seu papel muito importante... de atendimento... até para evitar que o doente mental crônico se torne um mendigo nas ruas. Uma pessoa sem papel social nas ruas. Como aconteceu na Itália. Não funcionou. Pensando como médico psiquiatra de ambulatório, não acho nada bom a idéia de fechar hospitais psiquiátricos. Só pensam nisso porque pensam que é mais barato fechar hospital. (Entrevista n.º 03, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO)

Em termos até teóricos eu veria como positiva qualquer tentativa de mudança, no sistema de saúde mental. [...] Eu não acredito que possa fechar, cada um dos serviços tem seu espaço específico. Então, o ambulatório um tipo de atendimento que a gente tem ao paciente, né? O NAPS é pra um tipo de clientela e o hospital psiquiátrico tem seu tipo de validade. [...] Eu acho necessário o hospital psiquiátrico. Um paciente em surto poderá ser levado a uma enfermaria psiquiátrica de hospital clínico. Mas haverá pacientes que precisarão de um hospital psiquiátrico. Um ambiente mais fechado. [...] Esses pacientes ficam perambulando de hospital em hospital, na minha visão. Mas... não ficam tanto tempo aqui, mas devem estar rodando. Os crônicos não tem condições, são doentes de muitos anos, não tem condições de ir para o NAPS. Os pacientes crônicos ficam perambulando. Não está absorvendo essa população hospitalar. Os pacientes crônicos... a gente vê pela história de internamento que eles não vêm de NAPS, eles vêm de outros hospitais. (Entrevista n.º 01, PSICÓLOGO, HOSPITAL)

O psicótico, ele estando bem medicado e bem acompanhado, ele criando um vínculo com o médico de ambulatório, ele não precisa ser internado. É bem fácil estabelecer um vínculo com o paciente de ambulatório. Ele mesmo vem ao ambulatório. Estabelece-se um vínculo e evita-se o internamento. Só que eu não acredito que nossos políticos e administradores vão conseguir isso. [...] Essa história é antiga, eu acredito que não... Eles falam isso até para diminuir custos, mas se o governo, na minha opinião: diminuir os leitos hospitalares, nos hospitais psiquiátricos, e incrementar ambulatórios e hospital dia, eu acredito que eles possam até fechar os hospitais alguns psiquiátricos. Eu não tenho experiência com NAPS mas acredito que sejam úteis. Aqui em Curitiba o que tem sido feito eu não observei qualquer melhora. Quanto ao hospital dia fica muito caro ao paciente de SUS, ir e vir ao Hospital. A não ser que sejam pegos em casa e levados ao hospital. (Entrevista n.º 05, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO)

[...] eu acho que a desinstitucionalização... é uma coisa que realmente, eeer, pode acontecer e vai acontecer, se você realmente fizer um trabalho voltado ao ambulatório. Então se realmente houver um interesse do governo, houver um interesse da parte dos responsáveis pela saúde e fazer um bom atendimento ambulatorial, então, medida que você vai prestando um bom atendimento ambulatorial, você vai evitando que esse paciente vá ter que ser internado. Porque a medida em que ele recebe um atendimento ambulatorial e que tenha uma medicação, e que haja uma distribuição de medicação, e que haja o acompanhamento do serviço social, que haja uma equipe multiprofissional, multidisciplinar, que tenha... que façam visitas pra essas famílias, que acompanhem essas pessoas que estão fora, ééé... muito provavelmente nós vamos evitar o internamento e muito provavelmente os hospitais diminuirão o número de pessoas internadas. Porque hoje em dia as pessoas estão internadas porque muitas vezes não tem dinheiro pra comer, não tem dinheiro pra comprar remédio, não tem um apoio fora do hospital. Então o que acontece? Ele sai do hospital, não tem ambulatório, reagudiza e volta pro hospital. [...] A desinstitucionalização é um processo que deve ser feito, não por decreto, mas dando condições pra que isso se realize. Em Curitiba não tá sendo feito. Não se faz nada para melhorar o am-

bulatório. Não se... existe um projeto de um deputado, de acabar com os hospitais. Pura e simplesmente acabar com os hospitais. Mas não seria a realidade. **Quanto aos NAPS, você acaba com o hospital de 200 leitos e cria vários hospitais com 30 leitos.** Por que? O que que acontece? Qual é o... incentivo que eles dão pro NAPS? Né? São pagos... uma coisa irrisória éééé... são pacientes que ficam... éééé, fazendo atendimento. Lógico, eles tem... um pouco mais de atividades. Mas se você pega, vamos dizer assim, não podemos esquecer que dentro da Saúde Mental, dentro dos transtornos mentais, **em torno de 30% dos pacientes... dos pacientes, mesmo que recebam os melhores atendimentos, eles vão cronificar.** Então, querer que de repente se faça, por decreto, e acabe-se com os hospitais e acabe-se com o doente crônico, isso é impossível. Os NAPS recebem alguns pacientes. Tem pacientes que não tem condições de sair do hospital. Eles tem recebido pacientes que tem... mais condições familiares. Que tem... Não é um doente tão grave, não é um doente que necessite realmente ficar dentro de uma instituição. Alguns desses pacientes de NAPS estavam em hospitais, outros em ambulatório, em casa. Então, **se fecharem os hospitais, hoje fica um caos. Aliás, já está um caos. Porque nós não temos um atendimento éééé... voltado a... um bom atendimento.** Não temos um interesse tanto por parte do governo, como por parte das pessoas responsáveis, voltado para um bom atendimento. **O atendimento está um caos.** Hoje, se você tiver uma pessoa de sua família precisando, você terá dificuldade de encaminhar. Eu acho assim: o Paraná peca no primeiro ponto: **nós não temos aqui um coordenador de saúde mental, que todos os estados têm.** Se você chegar hoje na secretaria de saúde e perguntar "quem é o coordenador de saúde mental no Paraná", ninguém vai saber te responder. Então não existe um plano, não existe um... alguém que possa realmente coordenar e fazer um trabalho decente. (Entrevista n.º 01 PSQUIA-TRA, HOSPITAL)

[...] muitos países já fizeram tentativas, pra ver se eles... principalmente depois do movimento da antipsiquiatria. E, todas elas, em maior ou menor grau fracassaram. E elas não fracassaram por que a idéia é ruim. E elas fracassam porque não respeitam as condições sociais econômicas, e políticas... né?, das famílias e dos pacientes. Éééé... Quando a gente tratou do primeiro assunto, eu já tinha falado que muitos pacientes que estavam no hospital psiquiátricos, nem deveriam lá estar. Não é... Eles deveriam estar é na sociedade. O problema é que essas famílias não tem condições... né?... sociais, não tem condições de educação, de higiene, de compreensão... né?... da situação... de crítica, da saúde mental... não é? Então essas pessoas não tem essas condições, como não tem condições econômicas de manter esse paciente... éééé... que muitas vezes se torna inativo do ponto de vista da sociedade. Mas não pra ele. Não é? E... as condições políticas. Quer dizer... você quer ter uma política de saúde bem orientada, com profissionais bem pagos, interessados, que realmente estejam dispostos a dar de si pelo paciente... né? Com uma boa rede de atendimento em que as pessoas possam sempre encontrar o que procuram, ou seja, a solução do problema imediato. Né...? A solução da crise psicótica, podemos dizer assim... né? Então quando se fala de desinstitucionalização tem que se falar de toda uma estrutura que deveria estar sendo montada, nos vários níveis pra que então se possa falar, realmente, em não se institucionalizar pacientes... não é? **A desinstitucionalização, como ela vem sendo pretendida, vai fazer com que a gente jogue os pacientes psiquiátricos na rua... né? Mas sem o amparo do sistema de Saúde. Sem o amparo de profissionais que possam lhe dar ajuda fora...** [silêncio] Isso em Curitiba, tanto em Curitiba como no Brasil todo. No sul do país. Agora, em Curitiba, com certeza. Né...? **Nós temos os ambulatórios, mas esses ambulatórios ainda são ambulatórios, eu diria, precários.** Primeiro, naquela situação de que... de que não existe uma seqüência de tratamento, não existe uma ordem de tratamento, não existe uma integração desses ambulatórios no sentido de que o paciente que sai de um e vai para outro, possa ter uma continuidade, uma resposta aos seus anseios, uma resposta a sua necessidade de entender o porque ele está fazendo aquele tratamento. O paciente não tem um acompanhamento direto. Quer dizer, **hoje ele pode estar tratando consigo, amanhã ele pode estar tratando comigo, depois de amanhã com outro, sem que haja continuidade. Não tenho informação do que se passou com o paciente durante o tratamento ambulatorial. Absolutamente nenhuma.** Não é? Então veja. Como é que eu vou desinstitucionalizar se eu simplesmente não tenho uma estrutura que permita que esse paciente não precise ser institucionalizado? Uma outra situação: os nossos médicos que estão nos postos de saúde 24 horas, principalmente, quando eles vêm, hoje, um paciente alcoolizado entrando, ou um paciente que a família diz que é doido, ele não tem dúvida, ele preenche um laudo e encaminha para o hospital psiquiátrico. Quer dizer, qual foi a orientação dele? Qual foi a preocupação dele? Resolver aquele problema de imediato e nem se preocupar com o paciente. A preocupação não é com o paciente. Isso quando ele é atendido por um médico, porque agora **o sistema de saúde de Curitiba também ousou que qualquer profissional que tenha CR, né? pode ser uma assistente social, pode ser uma enfermeira, atender um paciente e encaminhar.** Então a gente recebe no hospital psiquiátrico um monte de pacientes encaminhados pela enfermeira do posto ou pela assistente social. E isso é péssimo... né? Porque isso diz que um profissional médico nem chegou a avaliar esse paciente. Se realmente ele precisava ser internado, ou se ele não tinha condições de ser tratado,

ou quais eram as necessidades desse paciente. Muitos pacientes acabam chegando dentro do hospital contrariadíssimos porque a enfermeira falou com ele, emitiu um laudo e mandou internar. Eu acho que fechar os hospitais psiquiátricos não resolve nenhum problema. E o fechamento deles vai trazer mais problemas do que soluções. **O problema não tá no hospital, o problema tá na estrutura do sistema de saúde.** Éééé... o hospital ainda significa pra mim... o hospital ainda significa uma proteção ao paciente. **Ao contrário de você dizer: não a gente está tirando o paciente da sociedade para proteger a família ou a sociedade, ou resolver o problema da família ou da sociedade, eu acho que não.** Quando a gente recebe o paciente no hospital, acho que a gente tem que encarar que nós estamos protegendo o paciente da sociedade. Nós estamos protegendo o paciente de uma atitude hostil que existe em torno dele. Não é? E daí cabe a nós conscientizar, ganhá-lo para o tratamento, no sentido de explicar pra ele que, de certa forma... né, ele vai ter que se comportar adequadamente para que a sociedade não seja hostil com ele. Não que a gente esteja protegendo a sociedade dele, mas ele da sociedade... Não é? E se houver o fechamento dos hospitais eu acredito que os problemas serão muito maiores. Depois do fechamento do que hoje com eles abertos. (Entrevista n.º 02, PSQUIATRA, HOSPITAL)

Os motivos apresentados pelos entrevistados, justificando a não possibilidade de "fechamento dos hospitais", podem, considerando-se o total dos depoimentos, serem assim resumidos:

1. Clientela de baixo nível socioeconômico e cultural, incapaz de compreender o que se pretende.
2. "Inexistência" de uma adequada estrutura de atendimento extra-hospitalar. Principalmente a falta de atendimento ambulatorial, em número e qualidade.
3. Em decorrência do primeiro, surge a necessidade de distribuição medicamentosa. Essa necessidade não tem sido satisfeita nem em qualidade e muito menos em quantidade. Isto explicaria as freqüentes reinternações no mesmo hospital e o circular por diversos hospitais.
4. NAPS, Centros de Assistência Psico-social e hospitais-dia destinam-se à clientela de características tais que beneficiariam apenas uma parcela dos usuários. (patologias especiais, residência relativamente próxima, recursos financeiros para ir e vir e autonomia para transitar sozinhos ou dispor de acompanhantes; sendo questionável sua utilização por usuários de álcool ou drogas).
5. Enfermaria psiquiátrica em hospitais gerais, seria uma boa opção para pacientes em crise. Não havendo, porém, sua disponibilidade.
6. Permanece o problema do paciente deficitário, abandonado, sem lar. Para alguns, albergues noturnos já são realidade, podendo freqüentar NAPS ou hospital-dia.
7. Pacientes cronicamente produtivos em sintomatologia psicótica, ou com sintomatologia por demais deficitária, sem respaldo familiar, necessitariam de permanente hospitalização.
8. População ainda não preparada para "receber" os pacientes em seu convívio.
9. Alguns chegaram mesmo a afirmar que "em realidade faltam leitos hospitalares para atender a demanda". Tanto a do município de Curitiba quanto a de outros do Estado do Paraná e a de outros Estados. Neste último caso, particularmente o Estado de Santa Catarina, chamativamente tem

sido citado pelos profissionais entrevistados (onde, segundo as opiniões, não há atendimento psiquiátrico adequado).

Parece, também, consensual que, uma vez bem estruturados os recursos terapêuticos extra-hospitalares e regularizada a distribuição medicamentosa, a desinstitucionalização seria viável — sem que, no entanto, seja possível substituir os hospitais. Mas é opinião geral que isso não tem sido feito, pelo contrário, tem piorado o atendimento extra-hospitalar (leia-se ambulatorios). Informam que o número de ambulatorios diminuiu, em vez de aumentar. Os NAPS e hospitais-dia, que tem sido criados, não atendem as necessidades, segundo a opinião de significativa parcela de entrevistados.

Semelhante aos fenômenos detectados pelos entrevistados, observou-se, em diversos países em processo de desinstitucionalização, um significativo aumento das reinternações em decorrência da redução do tempo de internamento. Um subgrupo de pacientes, notadamente psicóticos e alcoolistas, manifestaram o “fenômeno da porta giratória”, denominação dada ao ato de circular de hospital em hospital mediante internações breves. Quanto às enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, o que tem sido observado é uma tendência de aumentar o tempo médio de internação. A solução, parece, seria a de se dispor de serviços extra-hospitalares eficientes. O que se mostraria possível com eficiente uso da farmacoterapia, orientação, psicoterapia, terapia ocupacional e da reabilitação, conforme opinião de DALGALARRONDO (1995, p. 26)

5.2.2.3 REPERCUSSÕES SOBRE OS PACIENTES

Arrolam-se as formas de pensar sobre as conseqüências da desinstitucionalização em relação ao paciente. Algumas positivas, outras negativas. Algumas preocupações referem-se ao momento atual, outras ao futuro. Outras, ainda, dizem respeito às conseqüências de uma hipotética situação em que os hospitais deixassem de existir, utilizando-se do termo “fechar os hospitais”.

Nestas condições, numa visão otimista em relação aos pacientes, os mesmos:

1. seriam acolhidos por suas famílias e comunidades, integrando-se, de maneira tal, a conquistar sua dignidade;
2. conseguiriam desenvolver atividades produtivas;
3. passariam a freqüentar NAPS ou hospitais-dia;
4. seriam, portanto, pessoas livres, cidadãos. (inferido, não declarado)
5. utilizariam, e as suas famílias, de sua capacidade de se adaptar para forçarem-se a viver na comunidade, caso drasticamente se fechassem os hospitais psiquiátricos;

Outras opiniões dizem respeito a uma visão pessimista, quanto ao paciente:

1. correriam o risco de serem jogados nas ruas, mendigando e aumentando para si o risco de mortalidade;
2. não seriam bem recebidos pela comunidade, pois a mesma não está preparada para recebê-los;
3. poderiam livrar-se do "hospitalismo" mas poderiam cair no "napismo";
4. simplesmente sairiam de hospitais de muitos leitos e passariam para hospitais de poucos leitos (referindo-se aos hospitais-dia, aos NAPS, e às enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais), "saindo do macro para o micro";
5. alguns pacientes não gostam da família, não seria justo exigir que se juntassem a ela;
6. sendo a hospitalização do paciente, por hipótese, um problema mais de natureza socioeconômico e cultural (na representação dos profissionais isto é uma certeza), a redução do número de leitos hospitalares só agravaria a situação;
7. solução do problema institucionalização seria dada somente pela solução do problema social.

Selecionaram-se trechos de entrevistas que se acredita representarem formas de opinião dos 35 profissionais entrevistados:

O otimismo mostra-se presente em poucas declarações:

É necessário o resgate dos pacientes que ficam institucionalizados. Isso é premente essa necessidade. É necessário que o Estado ofereça recurso pra esses... pacientes **até em termos de cidadania. Eles precisam de exercer de alguma outra forma a sua vida em sociedade.** [...] Prescindir de hospitais psiquiátricos não. Eeeer... reestruturar sim. [...] Para que a família também não utilize o hospital como um meio de manter afastado e afastar uma situação que muitas vezes pode ser avaliada dentro da família. [...] É natural, mais do que normal por parte dos familiares, pensar que os pacientes ficarão nas ruas (rindo), porque eles estão trabalhando, também, com o desconhecido pra eles. Uma vez que eles... sejam... aaaar que esses membros da família já se afastaram tanto tempo da família que aumenta o mito que eles são incapazes de conviver novamente com aquela situação, com... Entrevista n.º 01, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL)

Eu acredito que tem pacientes que realmente precisam de internamento, e a parte de medicamentos de hospital-dia não vai conseguir controlar eles. Se fecharem os hospitais deverá existir alguma outra coisa. Talvez medicamentos novos, diferentes, possam vir a resolver o problema. Atualmente, porém, eu acho impossível, inviável que os hospitais possam ser fechados e os pacientes tratados fora. **Ficariam muitos pacientes por aí sem tratamento.** Essa população está a margem de toda política de saúde mental. Não conheço experiência similar que tenha dado certo. **Tratar os pacientes em hospital clínicos seria uma boa. Diminuiria os estigmas.** (Entrevista n.º 01, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO)

Eu estou de acordo. [...] Então eu acho que talvez, se os hospitais gerais ofereçam leitos psiquiátricos. Eu acho que vai caminhar meio por aí. Acaba o hospital psiquiátrico e ficam os leitos, os NAPS onde os pacientes possam passar o dia. Mas acho que é o caminho, sabe? **Eu acho um absurdo que ter hospitais... não que seja muito... aquela política de exclusão, de nunca mais buscar o paciente, de asilamento, né?** Eu acho que já vem... mas eu acho que é tudo muito lento. Eu não acho que todos os pacientes poderiam ser tratados em regime extra-hospitalar. Eu acho que os pacientes em surto... que não são críticos... **A não ser que os hospitais gerais tenham leitos hospitalares, meeeesssimo... até sair da crise não é possível.** (Entrevista n.º 03, PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO)

Se houvesse uma disponibilidade dos... do profissional, nós aqui, no ambulatório, eu não vejo porque não poderia ser... mesmo porque da maneira como eu vejo a psicose não tem porque internar o paciente... né?. Ele pode muito bem fazer a psicose e ser atendido no ambulatório e ir pra casa.

Pode-se muito bem tratar um psicótico sem precisar internar. Se for um bom profissional. Eu vejo que seria uma coisa tranquila desde que tivesse profissional preparados pra receber esses pacientes. [...] podemos prescindir de hospitais psiquiátricos. Com alguém orientando a família também, né? É preciso ter todo um preparo. (Entrevista n.º 05 PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO)

Não sei se o NAPS seria o mediador, porque eu acho que o trabalho... hospital psiquiátrico e NAPS (rindo) quaaaaase a mesma coisa, né? A única diferença é que o paciente vai pra casa a noite. Mas de tratamento continua tão arcaico quanto o nosso. Porque eu acho o nosso tratamento psiquiátrico desatualizado, arcaico, éééé... é uma coisa que a gente vê... eu vejo, né? particularmente como uma coisa até mesmo ultrapassada. Eu acho realmente importante a gente incluir esse paciente na sociedade, né? (Entrevista n.º 06, PSICÓLOGO, HOSPITAL)

Quanto ao pessimismo, são tantos, predominantes em número, e variados em sua expressão, que se apresenta apenas alguns, talvez mais significativos:

Então, na medida em que o SUS joga pra comunidade, joga pra família, né? Ele joga pro social também resolver isso. [...] Tanto na Itália quanto nos Estados Unidos. Nos Estados Unidos aconteceram os guetos psiquiátricos, lá. Deixou de existir o hospitais psiquiátricos e passou a haver aquelas esquinas, aqueles locais, onde os pacientes psiquiátricos passaram a viver, entendeu? Então, eu acho perigoso isso. Porque, daí *passou a haver morte...passou a haver, vamos dizer, condições precárias de saúde, higiene*, entendeu? Então eu acho perigoso isso. Por outro lado, desde que bem feita, como foi feita pelo modelo italiano, na qual se amparou o social, a família, parece que houve uma melhora. (Entrevista n.º 02, PSICÓLOGO, HOSPITAL)

[...] porque não é simplesmente abrir a porta do hospício e mandar o ele lá pra fora, porque a sociedade não está preparada pra isso. Nós vivemos num país preconceituoso, não é? Não tem... essa abertura lá fora. Então tem que ser feito um trabalho sério de conscientização. Tem que ser uma coisa realmente do cidadão lá fora querer ajudar, porque o louco soltinho lá fora ele não vai se recuperar só porque saiu do hospício. Ele precisa de apoio de amparo de ser realmente um cidadão. [...] Não é dizendo "não pago mais a internação" que alguém vai se curar. Acho que essas pessoas tem o direito de estar lá fora. Mas não vejo um movimento do Estado nesse sentido de realmente garantir um cidadão lá fora. É só um corte da verba. Não é? E acho assim, lamentável que de repente grupos politizados se deixem usar desse jeito. Acho perigoso tudo isso. Porque como outros modelos lá fora como Itália e tal , que simplesmente abriam as portas e tá repensando tudo isso. Porque eu acho que ninguém se cura só por ser jogado (rindo) lá fora, precisa ter acompanhamento, precisa ter medicação, precisa ter onde vai moraaar, quem vai cuidaaar.[...] Então eu acho que a nossa sociedade ainda não tá pronta. A desinstitucionalização não está sendo bem conduzida (rindo) eu acho que não. Os catarinenses desinstitucionalizaram mas internam (rindo) aqui. (Entrevista n.º 05, PSICÓLOGO, HOSPITAL)

Em que medida que eles vão poder atender? Será que isso é prioridade... pro governo, a saúde mental? Nunca foi. Até hoje eu não vi (rindo) [...] Não tenho medo, mas eu só acho que os pacientes vão sair, não vai funcionar, não vão ter onde ficar essas pessoas, sem condições humanas, vão acabar retornando. E talvez não seja o momento de acontecer isso, porque não tem estrutura pra acompanhar esse... eu imagino. Mas que seria ideal que acontecesse isso, seria, só que eu, eu temo que não tenha suporte. Que a comunidade não tenha suporte. Mas eu sou a favor. (Entrevista n.º 04, PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO)

Simplesmente essas pessoas vão ficar abandonadas, jogadas, sem ter onde ficar, ficando na rua pulando da FAS pra FREI. Eu acho essa idéia péssima.[...] Então vejo que a coisa está indo num sentido completamente errado, e prevejo resultados péssimos. Vão ser cortados gastos com instituições sem que isso determine uma melhora de atendimento.[...] Não basta criar NAPS, sem investir no aprimoramento técnico. Desse jeito *acaba-se com o Hospitalismo e cria-se o Napismo (rindo)*. Não vai resolver porque não há um investimento na capacitação técnica. Parece que... eu acho, não sou contra que se busque dinheiro na medicina. É a parte da medicina onde se faz menos investimento técnico. Tudo é uma coisa de fachada, qualquer coisa dá, você cumpre meramente um protocolo, de tantos funcionários. (Entrevista n.º 02 PSQUIATRA, AMBULATÓRIO)

Porque hoje em dia as pessoas estão internadas porque muitas vezes não tem dinheiro pra comer, não tem dinheiro pra comprar remédio, não tem um apoio fora do hospital. Então o que acontece? Ele sai do hospital, não tem ambulatório, reagudiza e volta pro hospital. [...] Quanto aos NAPS, **você acaba com o hospital de 200 leitos e cria vários hospitais com 30 leitos. Por que?** O que que acontece? Qual é o... incentivo que eles dão pro NAPS? Né? São pagos com uma coisa irrisória éééé... são pacientes que ficam... éééé, fazendo atendimento. Lógico, eles tem... um pouco mais de atividades.[...] Os NAPS recebem alguns pacientes. Tem pacientes que não tem condições de sair do hospital. Eles tem recebido pacientes que tem... mais condições familiares. Que tem... Não é um doente tão grave, não é um doente que necessite realmente ficar dentro de uma instituição. Alguns desses pacientes de NAPS estavam em hospitais, outros em ambulatório, em casa. Então, se fecharem os hospitais, hoje fica um caos. Aliás, já está um caos. [...] O atendimento está um caos. (Entrevista n.º 01, PSQUIATRA, HOSPITAL)

O que eu temo é esse pessoal todo jogado nas ruas, logradouros públicos, calçadas, bancos, porque a família "não tem condições", "a sociedade não dá condição a ela", tá?. A estrutura, o sistema, nosso, hoje, político é uma vergonha. Porque todo mundo tá preocupado com seu próprio umbigo, né? Não está preocupado realmente com a situação... **Veja é o desemprego, certo? É a falta de saúde mesmo do povo, que não come direito, que não se alimenta direito. Não tem um sistema de saúde adequado, né? Ele não tem educação. E não é necessário dar educação, porque quanto mais sem informação esse indivíduo for melhor vai ser pra manipular, né?** Então a coisa não é uma coisinha fechadinha. Ela é muito ampla. Não é? Então, acabar com o hospital psiquiátrico eu acho que quem fez, quem tá tentando fazer isso, tem que vir no hospital e ver realmente o que é a doença mental. Com a criação dos serviços extra-hospitalares, sim, mas daí? O que que você vai fazer? **Você acaba com o macro e cria o micro. Certo? Vai haver alguma diferença?** Eu não vejo muita diferença nisso. Por exemplo, Santa Catarina não tem serviços hospitalares. Se tivesse nós não estaríamos atendendo. Santa Catarina não tem hospitais. Tá? O que que eles fizeram com os hospitais. Eu não sei o nome, mas tem hospitais que fecharam lá em Santa Catarina. E daí o que que aconteceu? Estão vindo pra cá. Você veja, quem tem hospitais hoje, a nível de Paraná? Tá? Curitiba, né? Curitiba tem um número até... mas o que que está acontecendo? Tá faltando pros nossos aqui porque nós estamos atendendo uma demanda de fora! Porque eles não têm. (Entrevista n.º 05, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL)

E daí o que vai acontecer? **Vai acontecer acúmulos de pacientes éééé... na rua... éééé, famílias né?...** Nós temos famílias, que eles internam, né? que a gente tem que fazer tipo, uma investigação mesmo, uma entrevista de investigação, porque quer mais deixar aqui o paciente e sumir. Eles mudam de endereço. Cada vez que o Serviço Social éééé... sabe onde eles estão morando, eles mudam de endereço.[...] Eu enxergo zero se fecharem os hospitais hoje, eles **vão botar os pacientes na rua, né?** Eles fecharam os asilos. Não existe mais asilo. Vai ter que existir casas de repouso pros pacientes. **Porque tem uns que eles mesmos não gostam de conviver na família. Vai ter que ser respeitado esse lado, né? Porque senão nós não estamos respeitando o paciente, né? Se ele não se adapta com a família, ele não quer a família, nós temos que ter uma instituição pra ele, né? Éééé... nós temos que ter... éééé, a população também tem que ter... consciência dessa realidade..., né?** Porque senão vai ter o que que acontecer? É polícia pra cima e pra baixo. Isso já está acontecendo, não vejo com bons olhos. Não está bem conduzida. Porque se tivesse já bem conduzida não estaria já dando esses problemas. Já estão gerando problemas. Mesmo eu sou a favor da reforma psiquiátrica, desde que seja bem conduzida. Eu tenho uma amiga que é assistente social na Itália. (rindo), justamente é onde começou. (rindo), né? E o que ela me passou, no ano passado, que **o doente mental na Itália continua nas ruas... continua... sabe? o doente mental, só muda de... de... de estado, né?** [...] Santa Catarina não tem hospital psiquiátrico mas eles vivem pedindo vagas aqui e trazendo paciente pra cá. E empurrando paciente. Que antes vinha ambulância com motorista e tudo e eu tinha que falar com eles que não. Que não era mais pra trazer o paciente aqui. Que eu saiba, lá não tem mais hospital pra atender a população. Santa Catarina é um horror. Mas vem gente de Mato Grosso, Acre, Amapá, me telefonaram. Eles me telefonaram pedindo vagas mas eu não sei como é lá. (Entrevista n.º 03, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO)

[...] se você for falar em termos de NAPS, CAPS, é uma coisa muito boa. Só que **existe uma grande gama de pacientes aí que não... você diz assim... "eu vou tratar no hospital dia..." E a noite, ele vai pra onde? Se ele não tem casa, ele não tem família, não tem... né?** Quando existe estatísticas de pacientes abandonados é grande, também, sabe?. Então o que acontece é... como é que você vai manter? **Então pra manter esse tipo de paciente, que além de... a política de desinstitucionalização tinha que pensar na... na maneira geral, em toda a situação social do paciente. Né?** Não é questão de pensar, no tratamento na medicação ou o que vai acontecer com ele. **Tem que pensar, éééé, no geral...** [...] um albergue não é o lugar desse paciente, porque ele está sujeito de fazer um surto durante a noite. Inclusive é esse o

motivo que faz com que os albergues rejeitem esses pacientes.[...] Mas... essa, essa questão da desinstitucionalização ela tem que ser vista assim de uma forma muito mais abrangente, sabe? Tem que ser vista com muito carinho, eu acho,... sabe?. Não é simplesmente assim "fechamos os hospitais psiquiátricos, criamos NAPS e CAPS e resolve a situação". Eu acho... se acontecer dessa forma vai acabar piorando e não resolvendo nada. Eu imagino que a questão comece a ser pensada mais da base. Se fechar os hospitais agora vai virar o caos. [...] De qualquer forma existem as situações emergenciais que precisam de um internamento, de uma contenção total, né? Eu penso ter... tenho visto aí, na experiência do dia-a-dia, que o paciente **às vezes com família bem estruturada, que se mantém bem, de repente, sem lógica, sem aviso, volta a fazer um surto**. Numa determinada situação ele vai precisar de uma contenção hospitalar. (Entrevista n.º 02, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO)

O que me preocupa... ééérrr... onde é que esses pacientes vão fazer seu tratamento... se isso vai acontecer realmente. Se a gente não tem estrutura para atender lá fora. Não está se montando locais de atendimento pra esses pacientes, que hoje estão em regime hospitalar. Estão internados há muito tempo; que vem com uma história longa de internações. Onde é que vão ser atendido esse paciente? Isso é uma coisa que me preocupa. **Vai ficar na rua? Gerando um caos social?** Onde é que vai ser atendido. É uma coisa que me preocupa. [...] Não vai funcionar, não funciona. A família já deixa o paciente... err, jogado dentro de uma instituição psiquiátrica. Peca com isso? Peca. A gente procura fazer um trabalho com a família pra ela se conscientizar, mas agora, longe, **seríamos muito pretensiosos achando que a família iria absorver tudo isso que está sendo dito, ou vai mudar sua forma de se portar e se conduzir com o paciente.** Olha, acho que é um pecado. (Entrevista n.º 02, PSICÓLOGO, HOSPITAL)

5.2.2.4 LEGISLAÇÃO PERTINENTE, ASPECTOS POLÍTICOS E ADMINISTRATIVOS ENVOLVIDOS

A maioria dos profissionais entrevistados julga que "a intenção é boa", ao fazer alusão ao movimento de desinstitucionalização. Movimento esse que se firmou mediante a Lei Estadual N.º 11189, dando margem a que surgisse o slogan "Agora é Lei", utilizado pela Secretaria de Saúde de Curitiba.

Em sua maioria, também, estabelecem uma condição para que ocorra: gradativa e prece-dida por uma estruturação dos serviços extra-hospitalares. Condição ainda não existente.

Considerando-se o conjunto de profissionais, é marcante uma atitude desconfiada em relação a disposição dos órgãos públicos em pô-la em prática. A administração, segundo os entrevistados, seria problemática.

Os trechos de entrevistas, a seguir, não esgotam as possibilidades de opiniões apresentadas, mas ilustram a maneira de pensar dos profissionais.

Apenas um dos profissionais (assistente social psiquiátrico) manifestou-se plenamente favorável ao andamento do processo de desinstitucionalização. Um excerto de sua entrevista será apresentado em primeiro lugar ²⁰:

Quanto a desinstitucionalização eu sinto que a prefeitura de Curitiba está com muito boa vontade. Acredito até que não só a prefeitura, o Estado está com muito boa vontade em tratar isso.

²⁰ Trata-se de um profissional que se manifestou como um militante do movimento antimanicomial. Fre-quenta reuniões e se informa sobre a situação e evolução desse mesmo movimento. Não foi possível aquilatar seu grau de conhecimento em psiquiatria.

Tá em etapas bem definidas. Se existem... quer dizer, se existem nos meios de comunicação algumas divergências, essas divergências estão sendo trabalhadas pra um objetivo comum. [...] Eu encaro tudo, nossa situação legislativa, com muita naturalidade, como uma necessidade mesmo de mudança, algo que... só espero que o resultado seja realmente melhor (rindo) pra melhor. Porque muitas vezes, eeer... uma lei surge, e dentro de sua aplicabilidade, acaba-se perdendo o... bom senso. Lembrar sempre que a lei é feita através de uma necessidade da sociedade e não ao contrário. A lei serve pra mediar uma necessidade já sentida e algo que esteja precisando de um novo caminho. Não tomo isso como algo que me aflija ou que... amanhã ou depois (rindo)... acabe a necessidade de... hospitais ou de centros psiquiátricos, ou técnicos... né? pelo contrário, acredito que vai ter despesas cada vez mais sérias, e cada vez mais pessoas vão exigir democratizar a saúde mental. [...] É natural, mais do que normal por parte dos familiares, pensar que os pacientes ficarão nas ruas (rindo), porque eles estão trabalhando, também, com o desconhecido pra eles. Uma vez que eles... sejam... aaaaar que esses membros da família já se afastaram tanto tempo da família que aumenta o mito que eles são incapazes de conviver novamente com aquela situação, com aquela... Quanto aos profissionais, pensar assim, como uma fantasia. Não faz parte de minha realidade. Eu encaro como uma realidade que está vindo, uma realidade boa. (Entrevista n.º 01, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL.)

Eu acho que tem uma influência política, envolvida nessa questão da desinstitucionalização. Eu participei da Conferência Municipal de Saúde Mental. Da estadual eu não, eu não fui. Da municipal participei ativamente. Até fui delegada... fui lá defender algumas coisas. A gente foi... nós aqui fomos e deu pra ver, né? Se a gente não cuida a coisa fica... Fiquei preocupada... lá, uma hora, com as interferências: tomar da mesa... sabe?... na hora de contar votação... propostas de emendas... A legislação é de meu agrado. E deve se concretizar. Eu acho que o paciente deve concordar. O sistema legal tem que ser envolvido. Eu acho que quando a gente coloca alguém dentro de um hospital a gente está tirando sua liberdade. A gente não tem esse direito. É isso! (Entrevista n.º 01 PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Eu acho que a desinstitucionalização feita sem um prévio aumento da oferta quantitativo e qualitativo do atendimento extra-hospitalar, não tem sentido. Uma coisa que é feita por lei, e não é uma coisa que nasce de uma evolução técnica dos serviços, no sentido que vai se oferecendo um serviço que é melhor, tornando a institucionalização desnecessária, eles cortam essa institucionalização sem ter um lugar em que o sujeito pode caminhar e procurar tratamento. Simplesmente essas pessoas vão ficar abandonadas, jogadas, sem ter onde ficar, ficando na rua pulando da FAS pra FREI. Eu acho essa idéia péssima. Me vem muito a idéia: isso é um assunto muito técnico, antes de ser assunto político, a bandeira de um partido, isso tinha que ser consequência de uma evolução técnica de um serviço. Então vejo que a coisa está indo num sentido completamente errado, e prevejo resultados péssimos. Vão ser cortados gastos com instituições sem que isso determine uma melhoria de atendimento. (Entrevista n.º 02, PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.)

Todas as portarias que vem sendo produzidas em termos de saúde mental, elas tem como fulcro tentar desinstitucionalizar, tentar criar uma outra mentalidade em saúde mental, que é saudável. *Em principio é saudável. O problema é que ela não vê a realidade econômica, social e política do país.* Então elas tratam, elas de certa forma tem uma filosofia bonita, mas uma prática inconsistente. Até no que tange a desinstitucionalização, ao fim dos hospitais psiquiátricos, ao internamento compulsório, não compulsório, aquela toda. (Entrevista n.º 02, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Mas tem que haver uma estrutura de ambulatório 'muito grande pra dar um continente'. Os nossos políticos não vão fazer isso. Não vão fazer, porque a saúde mental não dá votos. Não vai repercutir pra eles. Eu acho que o político brasileiro pensa muito em si mesmo. Pensa em o que que dá, produz votos, e o que que não produz. Saúde mental pra eles não vai melhorar a imagem da... dos políticos. Mesmo os responsáveis pela saúde mental. E não vai haver recursos, na minha opinião, suficientes pra isso, nem a médio nem a longo prazo. Até onde se teve notícias, de alguns países, fora do Brasil, não... os resultados não foram bons. Nos Estados Unidos mesmo, no Canadá, na Itália. A direção de meu hospital esteve na Europa apresentando os resultados do nosso trabalho. Até na Inglaterra ficaram muito impressionados com o nosso trabalho. Eles adotam um esquema de hospitalização mesmo. Mesmo com todos os recursos financeiros e tecnológicos. Eles não tem uma estrutura suficiente para atender o paciente fora do hospital. (Entrevista n.º 09, PSQUIATRA, HOSPITAL.)

Era um projeto do governo onde ele tiraria um paciente crônico do hospital e ele levaria pra comunidade, pra família, e eles pagariam um salário pra essa família cuidar dele. Isso aconteceu em São Paulo lá, aqui eu acho que não chegou a acontecer e acho que isso não pegou. Isso faz uns... 3 anos que estavam falando nisso, né? **eu tava acompanhando a comissão de política de saúde mental**, depois não sei como é que ficou. Agora... eu acho que ... sabe? a desospitalização tem que acontecer na medida em que as políticas sociais e os vários segmentos possam receber e atender esse doente. Porque se a gente já tem problemas sociais: tem miséria, de pobreza, de menino de rua, de, né?... de favela, ainda... mais... tirar essa pessoa e colocá-la na comunidade. **Em que medida que eles vão poder atender? Será que isso é prioridade... pro governo, a saúde mental? Nunca foi. Até hoje eu não vi [rindo] nenhum governo, nenhuma política em que eles dessem prioridade pra saúde mental. Coisas que dêem votos pra eles, que apareçam mais, que sejam mais aceitas, sabe? como distribuição de... de coisa... nessa visão mais assistencialista. Ou até a tratamentos assim, vamos dizer, que eles encham caminhões e mostrem que tem remédios, que tem cesta básica que tem... que equiparam o postinho... isso dá voto. Agora pegar e fazer um trabalho assim, com essas pessoas que estão no hospital, isso não vai nem aparecer. Não há dúvida que sempre tem o dedo de políticos, muita ideologia aí. São também empresas que tem interesse, né? Não tenho medo, mas eu só acho que os pacientes vão sair, não vai funcionar, não vão ter onde ficar essas pessoas, sem condições humanas, vão acabar retornando. E talvez não seja o momento de acontecer isso, porque não tem estrutura pra acompanhar esse... eu imagino. Mas que seria ideal que acontecesse isso, seria, só que eu, eu temo que não tenha suporte. Que a comunidade não tenha suporte. Mas eu sou a favor. (Entrevista n.º 04, PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO.)**

Mas eu penso, primeiro pensar na triagem, por que se interna o paciente? Tá?. Eu acho que nós não podemos extinguir os hospitais psiquiátricos. **Eu acho isso assim, uma lesão social muito grave. Por que? Porque eu entendo que há pessoas que necessitam de um tratamento especializado e não tem condições. Assim é só vivendo na realidade psiquiátrica é que a gente vê assim, criaturas que assim, que tem que ter uma assistência 24 horas com a equipe em cima mesmo. Que não tem condições nenhuma de convívio lá fora, né? Então eu sou meio pessimista se a idéia for só extinguir. Eu acho que você tem que extinguir aos poucos mas vendo qual que é o recurso que você está dando e se isso tá sendo efetivo. Quando eu digo da prática ambulatorial, a gente está vendo o que acontece. Se o ambulatório não está acontecendo, vai por aonde? Eu acho que não há recurso ambulatorial que possa substituir o hospital. A Lei de Delgado, duma maneira geral, parece coerente. Mas, sendo mais específico é irrealista. Eu só tenho 3 páginas do projeto. Mas parece que não atenta para o que já temos, que já estão funcionando, se estão funcionando. Coloca como hipótese que outras modalidades são melhores, sem verificar se o que se tem é efetivo. Veja Santa Catarina, de onde mais vem paciente de fora. Lá pelo visto não tem hospital. Internam todos aqui. (Entrevista n.º 04, PSICÓLOGO, HOSPITAL.)**

Eu não sou contra. Só que eu acho que antes dessa desinstitucionalização tem que acontecer muita coisa. Uma virada muito grande, sabe?. Principalmente... se você for falar em termos de NAPS, CAPS, é uma coisa muito boa. Só que existe uma grande gama de pacientes aí que não... você diz assim... "eu vou tratar no hospital-dia..." e a noite, ele vai pra onde? Se ele não tem casa, ele não tem família, não tem... né? Quando existe estatísticas de pacientes abandonados é grande, também, sabe?. **Então o que acontece é... como é que você vai manter? Então pra manter esse tipo de paciente, que além de... a política de desinstitucionalização tinha que pensar na... na maneira geral, em toda a situação social do paciente. Né? Não é questão de pensar, no tratamento na medicação ou o que vai acontecer com ele. Tem que pensar, éééé, no geral... porque, se... eu até tinha, tenho assim, as vezes eu até tenho insônia, sabe? (rindo). Eu chamo de insônia. Assim, em pensar num local onde que se possa... éééé... manter esses pacientes, éééé... que fosse até talvez durante a noite, sabe? Seria... um albergue não é o lugar desse paciente, porque ele está sujeito de fazer um surto durante a noite. Inclusive é esse o motivo que faz com que os albergues rejeitem esses pacientes. As vezes a gente faz assim tipo... acordos. O nosso, o nosso NAPS tem assim um acordo com a FAS [Fundação de Ação Social], tem muitos pacientes que não tem pra onde ser encaminhados, dormem em albergues durante a noite, aí durante o dia vem pra cá. Mas... essa, essa questão da desinstitucionalização ela tem que ser vista assim de uma forma muito mais abrangente, sabe? Tem que ser vista com muito carinho, eu acho... sabe?. Não é simplesmente assim "fechamos os hospitais psiquiátricos, criamos NAPS e CAPS e resolve a situação". Eu acho... se acontecer dessa forma vai acabar piorando e não resolvendo nada. Eu imagino que a questão comece a ser pensada mais da base. Se fechar os hospitais agora vai virar o caos. No futuro, se começar a pensar éééé... mais assim na questão de como se encaminhar a situação geral e não só médica, possa acontecer de forma correta. Eu acho que substituir cem por cento nunca vai substituir, quando você pensa em serviços extra-hospitais. (Entrevista n.º 02, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.)**

A desospitalização, né? (rindo). A minha opinião a respeito disso é que tem que ser feito um estudo... tem que as pessoas estarem preparadas tanto médico quanto o serviço social, quanto o psicólogo, né? o terapeuta ocupacional. Os profissionais e a família. Porque não adianta falar que vai desospitalizar (rindo) o paciente (rindo) né? e vamos por o paciente na casa... né? Não vamos dar nem uma... nem um suporte pra família, né? Isso é uma demagogia, né? Porque o que a gente vê. Não é fácil uma família ter uma pessoa surtida em casa. Um doente mental em casa, né? E também não é justo o paciente vir e ficar a vida inteira num hospital psiquiátrico,... né? Então tem que ser feito um estudo da realidade... têm que ser pessoas comprometidas... não pode começar com um programa e de repente parar... tem que dar um suporte. Porque pra fazer... pra fazer... pra falar que a gente está fazendo uma coisa de primeiro mundo, isso é querer enganar a gente próprio. E daí o que vai acontecer? Vai acontecer acúmulos de pacientes éééé... na rua... éééé, famílias né?... Nós temos famílias, que eles internam, né? que a gente tem que fazer tipo, uma investigação mesmo, uma entrevista de investigação, porque quer mais deixar aqui o paciente e sumir. Eles mudam de endereço. Cada vez que o Serviço Social éééé... sabe onde eles estão morando, eles mudam de endereço. (Entrevista n.º 03, ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO.).

"Eu levo meu doente lá, eles cuidam, e pronto. Nunca mais eu apareço, eu sumo e desapareço, dou o endereço errado e tudo mais". Então o que que falta? Uma organização mais adequada, pra que esse hospital psiquiátrico funcione realmente como deveria funcionar. Sem ser asilo, sem ser depósito! Mas isso está acontecendo em Curitiba. O que eu temo é esse pessoal todo jogado nas ruas, logradouros públicos, calçadas, bancos, porque a família "não tem condições" "a sociedade não dá condição a ela", tá? A estrutura, o sistema, nosso, hoje, político é uma vergonha. Porque todo mundo tá preocupado com seu próprio, umbigo, né? não está preocupado realmente com a situação... Veja! é o desemprego, certo? É a falta de saúde mesmo do povo, que não come direito, que não se alimenta direito. Não tem um sistema de saúde adequado, né? Ele não tem educação. E não é necessário dar educação, porque quanto mais sem informação esse indivíduo for melhor vai ser pra manipular, né? Então a coisa não é uma coisinha fechadinha. Ela é muito ampla. Não é? Então, acabar com o hospital psiquiátrico eu acho que quem fez, quem tá tentando fazer isso tem que vir no hospital e ver realmente o que é a doença mental. Com a criação dos serviços extra-hospitalares, sim, mas daí o que que você vai fazer? Você acaba com o macro e cria o micro. Certo? Vai haver alguma diferença? Eu não vejo muita diferença nisso. Por exemplo, Santa Catarina não tem serviços hospitalares. Se tivesse nós não estaríamos atendendo. Santa Catarina não tem hospitais. Tá? O que que eles fizeram com os hospitais. Eu não sei o nome, mas tem hospitais que fecharam lá em Santa Catarina. E daí o que que aconteceu? Estão vindo pra cá. Você veja, quem tem hospitais hoje, a nível de Paraná? Tá? Curitiba, né? Curitiba tem um número até... mas o que que está acontecendo? Tá faltando pros nossos aqui porque nós estamos atendendo uma demanda de fora! (Entrevista n.º 05, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL.).

5.2.2.5 CONCLUSÃO

Parece haver um consenso, entre os entrevistados, que se enumera a seguir:

1. O hospital é um recurso terapêutico necessário. O tratamento deve ser humanizado. Pode-se reduzir o número de leitos, mas que isso venha amparado por melhor atendimento extra-hospitalar.
2. Existe uma carência de recursos extra-hospitalares que parece não tornar viável a desinstitucionalização. Há uma população carente, sem recursos que permitam abster-se do hospital. Há uma carência de medicamentos para distribuição.

3. Dividem-se quanto ao otimismo ou pessimismo em relação ao paciente. Argumenta-se que o paciente seria jogado nas ruas a mendigar. E outros disseram da possibilidade de a comunidade os aceitar. A tendência é para o pessimismo.
4. A legislação estimula simpatia, mas, os entrevistados, questionam a viabilidade de sua aplicação no momento. De modo geral há uma desconfiança quanto a verdadeira intenção das autoridades.

A importância que se pode dar a esses resultados refere-se, particularmente, à necessidade de vencer resistências em relação às mudanças, além de alertar para a situação em que se encontra o atendimento. Tem-se mantido a proposição de que os profissionais seriam importantes fontes de informação, as quais poderiam ser utilizadas com vistas à elaboração de estratégias, cuja finalidade fosse a de incrementar o processo inovador quanto ao atendimento em saúde mental. Acredita-se que os profissionais o foram, por ocasião de apresentarem suas dificuldades no cotidiano do trabalho. Continua-se mantendo a mesma opinião agora, ao se estabelecer uma sistematização da opinião dos profissionais entrevistados. Observa-se a inexistência de discrepâncias: as opiniões mostram-se alicerçadas, em geral, naquilo que os profissionais assinalaram como dificuldades enquanto terapeutas. A importância de suas opiniões é reforçada, além do mais, pelos resultados concernentes ao seu perfil, assunto relativo ao primeiro objetivo deste trabalho. São profissionais de larga experiência, de boa formação profissional, e não se mostram levianamente contrários ao que se pretende via legislação. Por estranho que pareça, podem ser entendidos como revolucionários — basta que se leia com atenção o teor das entrevistas, em anexo — pois se mostram flexíveis, e desejosos de mudanças, bem diferentes da postura naturalmente rígida de um texto legal. Insinuam, estes profissionais, que ingerências políticas, com fins eleitoreiros, bem como desejos de suprimir gastos, sejam as reais motivações para a desinstitucionalização. Não descartam, também, motivações que, vinculadas ao desejo de reduzir custos, se utilizariam, como pretexto, de uma postura ideológica, no âmbito da saúde mental. São opiniões soltas, aqui e ali, não se podendo afirmar referirem-se àquilo realmente acontecendo.

Se não bastasse, a análise de suas opiniões exige, também, que se coloque em pauta a sua participação nas discussões em relação à elaboração de um plano de saúde mental para Curitiba. Isso se torna possível se houver o reportar-se aos resultados relativos ao segundo objetivo deste estudo. Verificou-se, ali, que cerca de um terço dos profissionais (29,93%) não participou das discussões. Os restantes, os que participaram, disseram, em sua maioria, que havia muito de interesses políticos

envolvidos (36,94% dos profissionais respondeu assim) e administrativos — leia-se redução de custos — (13,37% dos profissionais respondeu dessa maneira). Entenderam que o fator técnico-profissional e ético-moral eram colocados em último plano. Estando o fator ideológico antecedendo a eles.²¹

Estes resultados permitem que se concorde com FARIA (1998, p. 11), quando aborda esse tema da desinstitucionalização e diz que “a legislação, na reforma psiquiátrica, não é, em si, determinante de mudanças, sendo necessário que se criem condições para a sua implementação”. Faz referência à Lei Estadual, Nº 9716/92, no Rio Grande do Sul, a qual “proíbe a abertura de novos hospitais na rede pública e determina a substituição gradativa dos leitos existentes por leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral”. Similar, portanto, à legislação paranaense. FARIA (1998, p. 11) manifesta, também, um ponto de vista que se aproxima ao que ensejou o presente trabalho de pesquisa. Qual seja, o de que transformar em realidade os objetivos de mudança no atendimento exige discussão, pois não há uniformidade. Fez, o citado autor, referência ao trabalho de pesquisa realizado por membros do Núcleo de Reforma Psiquiátrica da Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (SPRS). Essa pesquisa abordou o tema “o que pensam os psiquiatras do Rio Grande do Sul sobre a desinstitucionalização”. Os resultados foram apresentados no XI Ciclo de Avanços em Clínica Psiquiátrica, em Porto Alegre, em abril de 1998. A pesquisa, apoiada em questionário, concluiu, segundo FARIA (1998, p. 11), pelo ressaltar do “pessimismo quanto às possibilidades de mudanças, vinculado ao descrédito nas políticas governamentais”. Concluiu, também, que, em certos aspectos, houve uma regressão, desde os anos 80, no atendimento aos pacientes psicóticos. Foi constatado que a continuidade do tratamento mostrava-se problemática pela dificuldade quanto ao acesso de recursos extra-hospitalares, ou pela deficiente distribuição medicamentosa. Os resultados, daquela pesquisa, concordaram também com o que foi conseguido em discussões, em torno dos resultados da pesquisa, com profissionais diretamente envolvidos com o atendimento psiquiátrico. Profissionais, estes, do Hospital Psiquiátrico São Pedro e da Central de Psiquiatria (serviço ambulatorial de Porto Alegre).

Dessa forma, pode-se valorizar a conexão que se faz com as dificuldades assinaladas, na forma de queixas, pelos profissionais estudados neste trabalho de Tese, com a opinião dos mesmos em relação à desinstitucionalização. Sustenta-se que aqueles resultados, desta Tese, relativos ao segundo objetivo (dificuldades, problemas), podem se constituir em importantes elementos para fundamentar discussões futuras. O objetivo seria o de buscar o aprimoramento do atendimento da rede pública em saúde mental, na cidade de Curitiba. Afirmação que se apoia nos resultados da presente subseção (terceiro objetivo: opinião em relação à desinstitucionalização), uma vez que os profissionais pa-

²¹ Conforme a subseção 5.1.2.1 (Política de saúde mental: opinião dos profissionais), subseção 5.1.2.1.2 (Fatores realmente levados em conta).

recem se mostrar amigáveis em relação às necessárias mudanças. Falta-lhes, apenas, entenderem que as suas necessidades, enquanto profissionais, serão satisfeitas. Pode-se aceitar que haveria, então, o surgimento de credibilidade em relação às autoridades governamentais.

5.2.3 FAMILIARIDADE COM A LEGISLAÇÃO PERTINENTE

A TABELA 45 - ENTREVISTAS, apresenta o número de profissionais em relação às questões destinadas à avaliação de sua familiaridade com a legislação:

TABELA 45 - ENTREVISTAS: FAMILIARIDADE DOS PROFISSIONAIS PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc), E ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As), DE AMBULATÓRIOS (PsqAmb, PscAmb e AsAmb) E DE HOSPITAIS (PsqHosp, PscHosp e AsHosp), EM RELAÇÃO À LEGISLAÇÃO PERTINENTE À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. CURITIBA. - MARÇO 1998

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. CURITIBA. - MARÇO 1998																							
CONHECEM / RECEBERAM OS DOCUMENTOS:		PsqAmb			PsqHosp			PscAmb			PscHosp			AsAmb			AsHosp			Total			N.º
		S	±	N	S	±	N	S	±	N	S	±	N	S	±	N	S	±	N	S	±	N	Tot
		11																					
1)- 224	Conhe- cem.	3		2	9		1	2		3	2	1	4	1	1	1	3		2	20	2	13	35
	Recebe- ram			5	1		9		5			7			3	1		4	2			33	
2)- DEL- GADO.	Conhe- cem	3	1	1	7	3		1	3	1	3	1	3	1		2	3	1	1	18	9	8	35
	Recebe- ram			5	1		9		5			7			3			5	1			34	
3)- 11189	Conhe- cem	2	1	2	4	1	5	1		4	3	2	2	2	1		3		2	15	5	15	35
	Recebe- ram			5	1		9		5			7	1		2	1		4	3			32	
4)- 9000	Conhe- cem	1		4	4		6		5	2		5			3	2		3	9			26	35
	Recebe- ram			5	1		9		5			7			3			5	1			34	

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTAS: 1 Documentos:

- 1)-224 (Portaria N.º 224; 2)-DELGADO (Projeto de Lei do Dep. Paulo DELGADO); 3)-11189 (Lei Estadual, PR, N.º 11189); 4)-9000 (Lei Municipal, Curitiba, N.º 9000 - Código Municipal de Saúde, Seção III, referente à Saúde Mental.).

2 Quanto ao fato de conhecer ou não os documentos:

- S = Sim; ± = Parcialmente; N = Não.

Após a realização de cálculos para a obtenção de percentuais, conclui-se:

1º- A Portaria N.º 224 é conhecida pela maioria dos profissionais [20 de 35 (57,14%)] e parcialmente conhecida por 5,71% (2 de 35). Daqueles que a conhecem, 12 são psiquiatras [de um total de 15 (80%)], 4 são psicólogos [de um total de 12 (33,3%)], e 4 são assistentes sociais [de um total de 8 (50%)]. Conhecem parcialmente: 1 psicólogo e 1 assistente social. Do total dos entrevistados, 13 de 35 (37,14%) não a conhecem.

2º- O Projeto de Lei do Dep. Delgado é conhecido por 18 de um total de 35 profissionais (51,42%) e parcialmente conhecida por 9 (25,71%). Daqueles que a conhecem, 10 são psiquiatras [de um total de 15 (66,66%)], 4 são psicólogos [de um total de 12 (33,33%)], e 4 são assistentes sociais [de um total de 8 (50%)]. Conhecem parcialmente: 4 psiquiatras, 4 psicólogos, e 1 assistentes social. Do total dos entrevistados, 8 (22,85%) não o conhecem.

3º- A Lei Estadual, Estado do Paraná, N.º 11189, do Dep. Florisvaldo Fier, é conhecida por 15 de um total de 35 profissionais (42,85%) e parcialmente conhecida por 5 (14,28%). Daqueles que a conhecem, 6 são psiquiatras [de um total de 15 (40%)], 4 são psicólogos [de um total de 12 (33,33%)] e 5 são assistentes sociais [de um total de 8 (62,5%)]. Do total dos entrevistados, 15 (42,85%) não a conhecem.

4º- A Lei Municipal N.º 9000 (Código Municipal de Saúde), Seção III, é conhecida por 9 de um total de 35 profissionais (25,7%). O restante não a conhece.

As respostas dos 35 entrevistados permitem concluir que apenas 2 profissionais receberam pessoalmente o primeiro documento (Portaria N.º 224), 1 recebeu o segundo (Projeto de Lei do Dep. Delgado), 3 o terceiro (Lei Estadual, PR, N.º 11189), e 1 o quarto documento (Lei Municipal- Curitiba, N.º 9000).

Um dos profissionais informou trabalhar em órgão público ligado a administração e, por esse motivo, normalmente teria acesso a documentos oficiais, respondendo ter recebido cada um dos mesmos. Um outro profissional, por ser participativo em comissões de planejamento em saúde mental, teve acesso à alguns daqueles documentos. E, finalmente, um terceiro profissional informou participar das discussões sobre o tema, tendo, então, esse acesso.

Em resumo, se for plausível generalizar, os profissionais em Saúde Mental, da Cidade de Curitiba estão pouco ou medianamente familiarizados com a legislação pertinente ao tema “desinstitucionalização”. O documento mais conhecido é a portaria 224, onde pouco mais que metade dos entrevistados a conhece. O segundo mais conhecido é o Projeto de Lei do Deputado Delgado, onde, tam-

bém, pouco mais que a metade informou conhecê-lo. O quarto é a Lei Estadual-PR, conhecida por menos da metade dos entrevistados e, por último, a Lei Municipal. Esta última conhecida por apenas um pouco mais de um quarto dos profissionais entrevistados.

Embora outras variáveis possam atuar, particularmente aquelas relacionadas às características pessoais, as autoridades parecem pecar por não serem agressivas no que tange à divulgação dos propósitos legais. Particularmente em relação à legislação local, onde, em princípio, deveria haver melhor esclarecimento. Os profissionais se beneficiariam, pois essas leis dizem respeito às mudanças no seu próprio ambiente profissional e, conseqüentemente, estariam mais intimamente relacionadas com o seu trabalho. Vários entrevistados fizeram críticas no tocante à divulgação. A maioria dos que disseram conhecer os referidos documentos informou que *"eu fui atrás"*, após tomarem conhecimento pela imprensa leiga ou comentários de colegas. Como exemplo:

Por que que não encaminham as decisões?. Não se divulga, não se encaminha. É uma área de saúde. Não sou da área de saúde? Tá? Eles não tem conhecimento de que existe dentro deste hospital, daquele hospital profissionais da área? Era para fazerem xerox e encaminhar pra ser distribuído. Vir nos locais, darem palestras, informar, reciclar esse pessoal. Acredito numa influência nesses planejamentos. Alguém sempre está lucrando alguma coisa. Tá? É aquela coisa dos peixinhos... né? Eles se reúnem tudo, ééé... são compadres. Né? Acredito que tudo isso não é feito não, pra população. É pra interesse próprio. Político, né? Não há nem dúvida. A maioria do pessoal não participa. Não é divulgado. Por exemplo, se há um evento. Eu tenho que pedir pelo amor de Deus aqui pra sair e ir nesse evento. Agora se é a nível de Secretaria, não é para eles darem uma intimação, e dizer que se libere fulano, ciclano, um número X de tal, tal, tal profissional, pra que participem disso? Não fazem isso. Sabe? É uma tal das coisas que precisava ter. Porque aí vai fazer o quê? Eu vou adquirir um maior conhecimento. Vou poder atender essa demanda mais adequadamente. E vou realmente diminuir as entradas desses pacientes. Vou saber onde buscar recursos pra que as coisas possam fluir de uma maneira mais satisfatória, pra nós e pra própria instituição e pra Secretaria, também, que tem interesse. (Entrevista n.º 5, ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL.)

Não sendo expresso pelo conteúdo da entrevista, mas concluído pela observação do pesquisador, o entrevistado em pauta mostrou-se uma pessoa bastante conhecedora do seu campo de trabalho. Ativo e bem informado dos recursos da comunidade curitibana.

Este trecho de sua entrevista pode muito bem se constituir em um apelo da classe trabalhadora em saúde mental: maior agressividade em termos de divulgação, por parte das autoridades, se faz necessária. Agressividade, esta, manifesta por um contato mais direto com os trabalhadores da área. Afinal, não é abusivo o número de profissionais prestando serviço às instituições vinculadas ao SUS, na cidade de Curitiba. Pois experiências em outros ambientes (HICKLING, 1994) têm demonstrado a necessidade de uma ampla divulgação, tanto em relação aos profissionais quanto em relação

ao público em geral, quando o propósito é o de promover uma profunda mudança nos moldes de atendimento.

Em contrapartida, quando de um maior empenho na divulgação, profissionais melhor informados poderiam se constituir em lúcidos questionadores, propiciando saudável retroalimentação positiva. Seriam capazes de pressionar em relação à participação dos poderes constituídos. Poderiam exigir das autoridades seu “constitucional” dever frente à saúde mental do cidadão. Pois, divulgar já é uma determinação legal no que respeita aos serviços de saúde disponíveis (BRASIL, 1991).

Divulgar parece não ser, segundo a opinião dos entrevistados, a intenção das autoridades. Economizar com a saúde tem sido uma das estratégias governamentais no sentido de reduzir o déficit público, conforme nos informa a mídia nacional. É notória a precária situação orçamentária para a saúde no Brasil. (VEJA, 1998) A História de nossa psiquiatria tem mostrado que economia de verbas tem sido feita com prejuízo do atendimento em saúde mental (vide p. 34-35, desta Tese).

É possível que fenômenos de natureza econômica possam estar influenciando decisivamente para a existência de hospitais. Franco BASAGLIA (1979, p. 99), não exclui tal possibilidade, e isso se infere de sua observação ao exemplificar, com a Inglaterra, um fato econômico (recessão) como determinante de internações: “[...] num primeiro momento [a Inglaterra] reabilitou e deu alta a muitíssimas pessoas, num segundo momento a recessão econômica trouxe de volta essas pessoas ao manicômio.”

Com uma agressiva campanha de divulgação, viabilizar-se-ia, quem sabe, pela conscientização dos profissionais e do público leigo, o derrubar de barreiras à humanização do atendimento aos doentes mentais menos favorecidos da sorte. E o caminho poderia não ser necessariamente a derrubada da instituição hospitalar. Poderia ser o de dar margem a que se discutissem, de maneira realística, as dificuldades, tanto técnicas quanto as de viabilidade econômica e cultural. Porque, para os bem aquinhoados, não faltam hospitais integrais de bom padrão; não faltam meios de um bom atendimento extra-hospitalar; e, por isso mesmo, neste último caso, para os economicamente não excluídos, a doença mental não chega ao extremo de ser causa de exclusão social.²²

²² Em relação a esse fato, pode-se citar, por exemplo, a diminuição dos leitos destinados ao SUS e a manutenção dos mesmos para pacientes particulares e de convênio. Um dos hospitais curitibanos recentemente procedeu assim. (Informação recebida, pessoalmente, de um funcionário administrativo do mesmo). Comportamento correto, do ponto de vista empresarial.

7 CONCLUSÕES

Conseguiu-se um perfil dos profissionais que trabalham na rede pública de assistência em Saúde Mental da Cidade de Curitiba e região metropolitana. No conjunto: é uma profissão predominantemente feminina (64,00%), formada em Curitiba, tendo uma boa formação via pós-graduação.

Os psiquiatras são predominantemente do sexo masculino (60,97% ou $R = 1,56$), concentrados na faixa etária de 31 a 50 anos, em sua maioria casados (em torno de 66%), em 13,41%, separados/divorciados, e em 19,51% solteiros. Formados entre 14 e 16 anos, sendo a categoria que detém o maior percentual de profissionais com tempo de formado superior a 22 anos. Oriundos da Universidade Federal do Paraná (67,07%). A Pontifícia Universidade Católica do Paraná contribui com 19,51%, a Faculdade Evangélica de Medicina com 7,31% e, apenas, 8,92% formaram-se fora de Curitiba. Um pequeno número (8,53%) tem apenas a graduação. A pós-graduação é no sentido lato, e 75,60% detém o título de especialista. Grande parte exerce a clínica privada (81,70%). Restringem-se à 23,17% aqueles que tem somente um local de trabalho. Muito poucos atendem de maneira especializada.

Os psicólogos, majoritariamente, são do sexo feminino (91,11% ou $R = 10,25$), mais jovens que os psiquiatras, concentrando-se na faixa de 26 a 45 anos, em sua maioria casados (48%), em 8,88% separados/divorciados e, em 37,77%, solteiros. Formados em uma faixa de tempo que se estende de 2 à 16 anos, concentrando-se entre 14 e 16 (35,71%) em ambulatorios e entre 8 e 10 anos em hospitais (32,25%). Graduaram-se em Curitiba. A Universidade Tuiuti responde por 51,11%, a Pontifícia Universidade Católica do Paraná por 24,44% e a Universidade Federal do Paraná por 22,22%. Poucos (13,33%) tiveram apenas a graduação. A pós graduação é no sentido lato. Um percentual elevado desses profissionais (68,88%) exerce clínica privada. Têm apenas um emprego (84,09%) ou dois (15,90%). Um pequeno número (26,66%) atende de maneira especializada.

Os assistentes sociais psiquiátricos praticamente são do sexo feminino (93,33% ou $R = 14$), têm sua maioria (43,33%) na faixa de 31 a 35 anos, são casados (50%), separados/divorciados (10%), e solteiros (40%). São formados entre 2 e 22 anos. Igual aos psiquiatras e psicólogos, formaram-se em Curitiba: Faculdade Espirita de Estudos Sociais (53,33%) e Universidade Católica do Paraná (36,66%). Apenas 16,66% não tem pós-graduação. Um reduzido número (9,09%) oferece serviços particulares, como clínica privada. Em sua maioria, um só emprego (53,33%), 2 empregos (36,66%) ou 3 (6,66%). A maioria atende em moldes de "clínica geral", quanto aos transtornos mentais.

Quanto ao segundo objetivo, o estudo permitiu que se arrolassem as dificuldades descritas pelos profissionais. Dificuldades essas que, na forma de problemas, direta ou indiretamente interferem no processo de trabalho. Enumera-se, a seguir, os problemas mais comuns.

- Há uma diversidade de vínculos empregatícios entre as categorias profissionais de saúde mental do mesmo serviço e, na mesma categoria, entre os diversos serviços.

- O salário tem sido visto como muito inferior ao desejado, resultando em insatisfação.

- Percebe-se um atribuir de baixo auto-conceito em relação às profissões de psiquiatra e psicólogo, e de melhor conceito em relação à de assistente social psiquiátrico.

- Há uma diversidade de concepções quanto aos principais fatores envolvidos na etiopatogenia dos transtornos mentais. Tanto entre os membros de uma mesma categoria profissional quanto em relação às categorias entre si. Os psiquiatras parecem tender a pensar biologicamente, os psicólogos, psicologicamente e os assistentes sociais eclética ou psico-socialmente.

- A maioria dos ambientes terapêuticos trabalha de maneira apenas multidisciplinar. Existe a possibilidade de a interdisciplinaridade não ser uma forma necessária ou possível de ser implementada nos moldes em que o SUS oferece seus serviços. Particularmente nos ambulatorios públicos ou conveniados. No serviço público (ambulatorios) depende da vontade de seus elementos. Nos serviços ambulatoriais conveniados consiste em uma impossibilidade prática. Em hospitais, representantes das três categorias apresentam a solução como sendo uma questão de boa vontade da direção e/ou dos profissionais atuantes.

- O tempo da primeira entrevista constitui-se em um problema para alguns ambientes. No cômputo geral é razoavelmente satisfatório, particularmente em ambulatorios públicos e nos hospitais em geral. A dificuldade maior diz respeito aos ambulatorios conveniados, onde tem sido mencionado o tempo de 10, 5 minutos ou mesmo 3. Quanto ao tempo destinado às entrevistas terapêuticas (seguimento), o problema se mostra similar.

- É variável a frequência das consultas ambulatoriais. De modo geral os profissionais consideram-na inferior às suas necessidades. Depende mais da disponibilidade de vagas e estruturação dos serviços, do que propriamente da intenção do profissional.

- Falta de adequado preenchimento da referência / contra-referência, ou outra forma de obter informações sobre o paciente oriundo do ambulatorio. Hospitais e ambulatorios não se comunicam.

- É elevado o número de profissionais que entende existir uma carência, tanto quantitativa quanto qualitativa, de recursos extra-hospitalares, em particular no que tange aos ambulatorios. Os NAPS e hospitais-dia são entendidos como incapazes de atender as necessidades quando o que se

tem em mente é a desinstitucionalização. Estes ambientes provavelmente, segundo os profissionais, satisfazem as exigências de uma demanda reprimida em relação aos mesmos, e não substituem o hospital. Apenas somam-se aos recursos necessários em saúde mental. Admitem também, a carência de hospitais. Em particular, a falta de hospitais para idosos, adolescentes, doentes mentais com patologias somáticas, e para mulheres alcoolistas.

- É precária a disponibilidade de exames complementares, em decorrência da burocracia envolvida. O problema se acentua pela prática de não se atribuir ao psiquiatra o poder de solicitá-lo pessoalmente. Infere-se que, em hospitais — sendo a remuneração na forma de “diária global”, onde o custo dos exames está incluído — pode existir uma tendência a evitar exames de custo um pouco mais elevados. Os pacientes são encaminhados a postos de saúde, ou transferidos de hospitais. Em hospital público, a queixa praticamente não existe, pelo fato de existir aí um laboratório próprio.

- Testes psicológicos não são aplicados pela grande maioria dos profissionais psicólogos e, por extensão, não solicitados pelos psiquiatras. Apontam para o alto custo, não assumido pelo poder público.

- Os profissionais não encontram, com facilidade, locais para internar os pacientes que, além da patologia psíquica, apresentam patologias somáticas, havendo importante resistência por parte dos profissionais de outras especialidades. O mesmo ocorre no trato de pacientes idosos.

- Há uma opinião marcante de que é precária a continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Os motivos apontados são: precário atendimento ambulatorial, por não dar conta da demanda; não distribuição de medicamentos tanto em quantidade quanto em qualidade; e, baixo poder aquisitivo dos pacientes impedindo-os de adquirir a medicação disponível no mercado.

O terceiro objetivo é atingido ao se conhecer a maneira como pensam, em relação à desinstitucionalização, os profissionais em saúde mental em estudo, enquanto prestadores de serviço na rede pública. O marcante desse conhecimento é o de constatar-se a simpatia em relação à desinstitucionalização, enquanto movimento humanitário. Esse mesmo conhecimento evidencia um descrédito em relação às autoridades constituídas. Existindo a crença generalizada de que, se houver um bom gerenciamento em relação aos recursos extra-hospitalares, a maioria dos pacientes poderá ser por eles atendida, muito embora muitos dos pacientes não estejam na condição de prescindir do hospital. No entanto, a maioria dos profissionais parece acreditar que a situação atual não comporta redução de leitos hospitalares, sob pena de promover o “caos”, termo utilizado por alguns dos entrevistados.

Finalmente, satisfazendo o quarto objetivo, conclui-se pela pouca familiaridade dos profissionais no que tange à legislação pertinente ao processo de desinstitucionalização em curso na cidade

de Curitiba. Mostram-se bons conhecedores das legislações federais, e pouco conhecedores das legislações locais. Decorre daí uma necessidade a ser satisfeita: uma estratégia mais agressiva por parte das autoridades, com vistas à divulgação de suas intenções expressas nos textos legais.

Outra conclusão, alheia aos objetivos iniciais, é a de que parece existir uma superioridade do atendimento não-terceirizado, mesmo com o propalado sucatar da saúde nos moldes diretamente públicos. Fato que se infere das dificuldades expressas pelos profissionais consultados. Em particular no que respeita aos ambulatorios.

O presente estudo somente poderá se completar se os objetivos forem ampliados com vistas a atender necessidades outras que as expressas na introdução. Uma dessas necessidades é a de se constituir em fonte de informações que possam fundamentar novas pesquisas similares, ou relacionadas ao ensino médico. As dificuldades enfrentadas pelos profissionais curitibanos poderiam ser comparadas com as de outros locais. Uma outra contribuição possível é a de sugerir pesquisas quanto à eficiência de modalidades terapêuticas extra-hospitalares em relação aos pacientes comumente atendidos em hospitais. Seria um meio de dirimir dúvidas quanto ao real papel do NAPS, do hospital-dia, das enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, das pensões protegidas, etc. Algumas perguntas poderiam ser feitas. Seriam estes ambientes realmente capazes de substituir o tradicional hospital? Haveria o risco de se continuar a institucionalizar os pacientes em uma outra forma de ambiente? E se fosse o caso, seria vantajoso? Ou a humanização do hospital seria o melhor caminho? Ou ainda, não haveria o risco de um ambiente como um NAPS, um hospital-dia, uma enfermaria em hospital geral, por um ou outro motivo, também se constituírem em ambientes desumanos — tal o descaso com que tem sido tratada a saúde mental? Pode-se continuar a pesquisar os problemas enfrentados pelos profissionais. Agora, talvez, não só nos hospitais e nos ambulatorios, mas também em todas as modalidades de ambientes terapêuticos extra-hospitalares. Por hipótese, problemas devem existir. Qual a sua natureza e magnitude?

Muito embora este trabalho de Tese tenha atingido o fim a que se propôs, sua validade, enquanto feitura de ciência, só se efetivará se forem aceitas suas limitações. É preciso que se entendam os objetos em estudo como fenômenos sociais em contínua mutação. Fez-se uma tentativa de recorte no tempo, ampliando-se por uma passagem representada pelo investigar em dois momentos. Não se constitui em um saber definitivo, representa apenas o saber sobre um instante de um processo contínuo enquanto real. Real, este, mutável por natureza, e por contingências relativas ao sujeitos — também mutáveis — que expressaram sua representação dessa realidade.

ABSTRACT

This study refers to the general topic of "mental health evaluation". It is based on a survey of psychiatrists, psychologists and psychiatric social workers who work in outpatient clinics and hospitals of public institutions, or in the private sector under a contract of with the Sistema Único de Saúde (SUS) (Health Unified System), in the metropolitan region of Curitiba, a city in the State of Paraná, Brazil. The two-stage study was conducted in the period between November 1994 and March 1998, in a context of de-institutionalization. The objectives are the following: to identify the general profile of those working in the field of mental health care; to identify the most common difficulties and problems they face in their daily work; to find out their opinion about the ongoing process of de-institutionalization; and, finally, to assess how knowledgeable they are of the laws dealing with this issue. The collection of data was carried out through the use of questionnaires and interviews. The questionnaires were given out and completed before the passing of Paraná State Law Nº 11189, which set up the de-institutionalization process. Two years and eight months later, when the law was already in force, the interviews were conducted. An important characteristic of the professionals involved is their sound professional qualification through postgraduate training. The problems and difficulties, which the respondents believe to have a negative impact on their work, are listed. The main problems are: lack of outpatient clinics and inefficiency of those which exist; hospitals operating at their maximum capacity, a situation which is aggravated by patients coming from other cities or states; bad distribution of medicine; outpatients who cannot afford to buy medicine due to their low purchasing power; frequent need to readmit patients due to the problems mentioned above; lack of special services for patients with somatic pathologies and for old people who are mentally ill; a reluctance on the part of clinical hospitals to accept psychiatric patients; practical problems in carrying out work in an interdisciplinary manner; low salaries; low self-esteem regarding the profession, together with insufficient gratification at work. It is pointed out that the professionals who have been surveyed consider the process of de-institutionalization to be acceptable. In their opinion, however, the process suffers from a lack of services outside the hospitals, especially a lack of outpatient clinics, and the inability of these clinics to cope with the existing needs. There is an attitude of disbelief regarding the chances of success of the policy represented by the law. These same professionals, however, are of the opinion that care needs to be improved and made more humane through greater availability of help for outpatients. They believe hospitals have an important role to play within the general care plan. They also refer to the fact that the laws regarding mental health have not been well publicized. This situation seems to be one of the determinant factors for the poor level of familiarity with the laws adopted by the authorities. In the chapter assigned to the review of literature, there is a historical outline of psychiatry in the Brazil and in the city of Curitiba. In the same chapter the methodologies for the evaluation of mental health care are reviewed.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas : pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994.
- _____. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil : planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, Maria Eunice Xavier. **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde** (Org) Saúdeloucura (textos) 7. São Paulo : Hucitec, 1992. p. 103-119.
- ANDRADE, Luís Carlos Ribas de. **Conheça Curitiba**. Curitiba : Estética, 1997.
- AZEVEDO, Célia Maria Perracini de. **A saúde mental no Paraná**. Texto datilografado. Curitiba 31 Jan. 1991. 16 pag., Diretoria de Serviços de Saúde(DSS). Departamento de Serviços de Saúde Ambulatoriais (SAA), Divisão de Normatização, Programação e Acompanhamento (DNPA), Seção de Programas(SP), Programa de Saúde Mental.
- BALINT, Enid. A técnica do "flash" — sua liberdade e sua disciplina. In: _____. NORELL, J., S. (Edit.). **Seis minutos para o paciente**. São Paulo : Manole, 1976. p. 33-42.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1977.
- BAREMBLITT, Gregório F. Comentários ao livro "Mario Tommasini: vida e feitos de um democrata radical". In: **Saúde e loucura** : grupos e coletivos. n. 4. São Paulo : Hucitec, 1994. p. 191-193.
- BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa** : contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo : Ed. Brasil Debates, 1979.
- BERLINGUER, Giovanni. **Psiquiatria e poder**. Belo Horizonte : Interlivros, 1976.
- BERTALANFFY, Ludwig von. Teoria geral dos sistemas : aplicação à psicologia. In: ANOHIN. P. K.; BERTALANFFY. L. von; RAPOPORT, Anatol; MACKENZIE, W. J. M.; THOMPSON, J. D. **Teoria dos sistemas**. Rio de Janeiro, FGV, 1976. (Série Ciências Sociais).
- BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Cidadania e loucura: um paradoxico? In: _____. Jr.; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício** : contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro : Relume, 1992.
- _____. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: **Cidadania e loucura** : políticas de saúde mental no Brasil. 4 ed. Petrópolis : ABRASCO, 1994. p. 162.
- BOTEGA, Neury José; DALGALARRONDO, Paulo. **Saúde mental no hospital geral** : espaço para o psíquico. São Paulo : Hucitec, 1992.

- BOTEGA, Neury José. Introdução. In: _____.(Org.). **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas, SP : Papirus, 1995. p. 15-21.
- BRASIL. INAMPS. Secretaria de Assistência Médica. Ordem de Serviço nº SAM - 031.60, de 16-03-78, BS/DG-54, de 21-03-78. Disciplina a utilização de serviços ambulatoriais psiquiátricos de terceiros.
- BRASIL. MPAS/INPS/SAM. Manual de serviço de assistência psiquiátrica : ODS - 304.3, de 19-07-1973 - BS/DS 177, de 14-09-1973.
- BRASIL. MPAS/MS. Portaria Interministerial nº 1369, Anexo II, de 15 de fevereiro de 1979. BS/DG/INAMPS -78, de 25-04-79.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5-10-1988. 1 ed. São Paulo : Editora Saraiva, 1988. 168 p.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080. 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde, 1991.
- BRASIL. Orientação para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental. Ministério da Saúde. Série A normas e manuais técnicos : 51, 1990. p. 8.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE) / Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Portaria N.º 224. 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, Ministério da Saúde / Coordenação de Saúde Mental, 29 de janeiro de 1992,
- BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais : os pólos da prática metodológica**. 5 ed. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1991.
- BUSNELLO, Ellis Alindo D'Arrigo. **A integração da saúde mental num sistema de saúde comunitária**. Porto Alegre, 1976. Tese (Livre-Docência em Psiquiatria) - Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- CAMPOS, G. W.de S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: _____. **Planejamento sem normas**. São Paulo : Hucitec, 1994.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 4 ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1995.
- CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Buenos Aires : Paidós, 1966.
- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema único de saúde: comentário à Lei Orgânica da saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. 2. ed. Atual. e Ampl. São Paulo : Hucitec, 1995.
- CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
- CHIZZOTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. Ed. São Paulo : Cortez, 1995.

- CHRISTOFFEL, T. e LOEENTHAL, M. Evaluating the quality of ambulatory health care: a review of emerging methods. **Medical Care**, v. 15, n.11, p.877-897, 1977.
- CORDEIRO, H. de A. **Sistema único de saúde**. Riso de Janeiro : Ayuri Editorial, 1991.
- CORRIGAN, P. W. Consumer satisfaction with institutional and community care. **Comm.Ment. Health. J.** v. 26, n. 2, p. 151-165, April. 1990.
- COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**. 3 ed. rev. Rio de Janeiro : Campus, 1981.
- _____. **Psicanálise e contexto cultural** : imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro : Campus, 1981.
- CUNHA, M. C. **O espelho do mundo** : o Juquery, a historia de um asilo. Rio : Paz e Terra, 1986.
- CURITIBA. Lei Municipal n.º 9000 (Código Municipal de Saúde). Institui o Código de Saúde de Curitiba, dispõe sobre a proteção à saúde no âmbito do Município e dá outras providências. **D. O. M.** Curitiba, 31-12-96.
- DALGALARRONDO, Paulo. Enfermarias de psiquiatria. In: BOTEGA, Neury José. (Org.). **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas, SP : Papyrus, 1995. p. 23-34.
- D'ANDREA, Flávio Fortes. **Psicoterapias**: caminhos e alternativas. Rio de Janeiro : Bertrand Brasil, 1987.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. (Ampl.). São Paulo : Cortez, 1992.
- DELGADO, P. Projeto de Lei N.º 3657 Câmara dos Deputados , Brasília-DF, 1989.
- DOCKRELL, J. E.; GASKELL, G. D.; NORMAND, C.; REHMAN, H. Na economic analysis of the resettlement of people with mild learning disabilities and challenging behaviour. **Soc. Sci. Med.** v. 40, n. 7, p. 895-901, Apr., 1995.
- ELZINGA, R. H.; BARLOW, J. Patient satisfaction among the residential population of a psychiatric hospital. **The International Journal of Social Psychiatry**. v. 37, n. 1, p. 124-134, 1991.
- ERVEN, Herbert Munhoz van . **Contribuição ao histórico do hospital de nossa senhora da luz**: de Curitiba – Paraná – Brasil. Curitiba : Publicação do Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico Paranaense, Do Centro de Letras do Paraná e do Circulo de Estudos "Bandeirantes", 1948, 38 p. Cópia fotostática, sem outras especificações.
- FARIA, Renato N. de. Saúde mental, legislação e reforma. **Jornal da SPRS**. Porto Alegre-RS. n. 30, p.11, 2º Trim 1998.
- FERNANDES, Lindolfo. **A secretaria do Estado da Saúde do Paraná**: suas origens e sua evolução no período de 1853-1983. Curitiba : Secretaria do Estado da Saúde (PR), 1987.
- FIRMINO, Hiram. **Nos porões da Loucura**. 2. ed. Rio de Janeiro : Codecri, 1982.

- FOCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro : Ed. Forense-Universitária, 1980
- _____. **Doença mental e psicologia**. 4. ed. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1991.
- FROTA, L. H. Avaliação de programas de saúde mental: questões básicas. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.33-41, 1980.
- GERALDES, Paulo Cesar. **A saúde coletiva de todos los/ nós**. Rio de Janeiro : Revinter, 1992.
- _____. Avaliação da qualidade nos serviços de saúde mental. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 323-326.
- GESTÃO da saúde passa aos municípios em abril: A descentralização do setor inclui a compra de remédios e apresenta metas para garantir os investimentos depois da CPMF. **Gazeta do Povo**. Curitiba, 20 de mar. de 1997.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo : Atlas, 1991.
- GIS: Brasil 98. Curitiba - a cidade do GIS Brasil. <http://www.fatorgis.com.br/gisbrasil98/cidade.htm>, março de 1998. Com base em informações da Secretaria de Turismo do Paraná.
- GOMES, Romeu. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**. 7 ed. Petrópolis : Vozes, 1997.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1994.
- _____. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: COSTA, Dina Czeresnia.(Org.) **Epidemiologia : teoria e objeto**. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- GRAEFF, Frederico Guilherme. Doença mental. In: GRAEFF, F. G. ; BRANDÃO, Marcus Lira (Edit.). **Neurobiologia das doenças mentais**. 4. ed. São Paulo : Lemos Editorial, 1997.
- HAFNER, H.; AN-der-HEIDEN, W. The avaluation of mental health care systems. **Br. j. Psychiatry**. v. 155 Jul. p. 12-17, 1989.
- HALLAM, A.; BEECHAM, J.; KANAPP, M.; FENYO, A. The costs of accommodation and care. Community provision for former long-stay psychiatric hospital patients. **Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.** v. 243, n. 6, kp. 304-10, 1994.
- HANDYSIDE, Liz; HEYMAN, Bob. Community mental health care: clients' perceptions of services and an evaluation of a voluntary agency support scheme. **The International Journal of Social Psychiatry**. v. 36, n. 4, p. 280-290, 1990.
- HICKLING, F. W. Community psychiatry and deinstitutionalization in Jamaica. **Hosp-Community-Psychiatry**. v. 45, n.11: p. 1122-6, nov. 1994.

- HOPKINS, Philip. O fator tempo. In: BALINT, Enid ; NORELL, J. S. (Edit.). **Seis minutos para o paciente**. São Paulo : Manole, 1976. P. 135-52.
- II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL – Relatório Final, em cópia fotostática.
- JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro : Imago, 1976.
- KENNEDY, J.F. Special message to the congress on mental illness and mental retardation. February 5, 1963. In: **Public papers of the presidents of the United States**. Washington, United Government Printing Office, 1964.
- KNOBBE, C. A.; CAREY, S. P.; RHODES, L.; HORNER, R. H. Benefit-cost analysis of community residential versus institutional services for adults with severe mental retardation and challenging behaviors. **Am. J. Ment. Retard.** v. 99, n. 5, p. 533-41, 1995.
- LAMB, H. R. Lessons learned from deinstitutionalisation in the US. **Br. J. Psychiatry.**, p. 162-92, May, 1993.
- LEITÃO, G. P. Estrutura dos serviços de saúde mental. **Saúde Mental**, v.19, n.6, p. 43-72, 1974.
- LOPES, Leme. **Diagnóstico em psiquiatria**. Rio de Janeiro : Cultura Médica, 1980.
- LOREFICE, L. S.; BORUS, J. F. Consumer evaluation of a community mental health service, II: perceptions of clinical care. **Am. J. Psychiatry.** n.141, p. 1449-1452, nov. 1984.
- LUZ, Madel Therezinha. História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994.
- MACHADO, Roberto, et all. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
- MADRUGA, Wanderlei Saraiva. Rio de Janeiro, 1983. **Diagnóstico precoce de organicidade em psiquiatria**. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MAGRO FILHO, J. B. **A tradição da loucura : Minas Gerais 1870/1964**. Belo Horizonte : Editora UFMG, 1992.
- MAIA, Edmundo. Assistência psiquiátrica no Brasil. **Jor. Bras. Psq.** Rio de Janeiro, v. V, n. 2, p. 133, 1961.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 2. ed. rev. São Paulo : Atlas, 1990.
- MEDEIROS, Tácito Augusto. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Rio de Janeiro, 1977. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MELO, Augusto Luís Nobre de. **Psiquiatria**. Volume II. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. São Paulo – Rio de Janeiro : Hucitec, 1992.
- MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL. <http://www.svn.com.br/smental/>. Março de 1998.
- NICÁCIO, Maria Fernanda. Da instituição negada à instituição inventada. in : Antônio LANCE-TTI(Coor.). **Saúde e loucura 1**. São Paulo : Hucitec, 1989.
- NOGUEIRA, Alexandre Barbosa. **Avaliação do programa de saúde mental comunitária do Piauí**. Rio de Janeiro, 1993. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro : Qualitymark, 1994.
- OMS. Evaluación de los programas de salud. Serie "Salud para Todos" n.º 6. Ginebra, 1981
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação / Organização panamericana da Saúde. Instituto Mario Negri. Milão : 1990.
- PAIM, Isaías. **Tratado de clínica psiquiátrica**. 3. ed. rev. São Paulo : Epu, 1991..
- PARANÁ. Decreto-lei nº 11189, de 09 de novembro de 1995. Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares, de cidadãos com transtornos mentais. Diário Oficial, Paraná, n. 4632, 10 de novembro de 1995.
- PARANÁ. Of. Circular 001/98. Curitiba, 14 de abril de 1998. CPM. Governo do Estado do Paraná, Secretaria da Saúde.
- PERRUSI, Artur. **Imagens da loucura**. São Paulo : Cortez, 1995.
- PESSOTTI, Isaías. **O século dos manicômios**. São Paulo : Editora 34, 1996.
- PICANÇO, E. E. G. et col. Avaliação crítica da assistência psiquiátrica hospitalar do município de Fortaleza. **Revista Cearense de Psiquiatria**, Fortaleza, v. 4, n. 4, p. 35-44, 1982.
- PITTA, Ana. **Hospital-dor e morte como ofício**. 8. ed. São Paulo : Hucitec, 1994.
- PONTES, Cleto Brasileiro. **Psiquiatria: conceitos e práticas**. Fortaleza : Ed. UFC, 1995.
- PULICE, R. T.; McCORMICK, L. L.; DEWEES, M. A qualitative approach to assessing the effects of system change on consumers, families and providers. **Psychiatr. Serv.** v. 46, n. 6, p. 576-9, Jun. 1995.
- REDA, S. Staff perception of their roles during the transition of psychiatric care into the community. **J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.** v. 2, n. 1, p. 13-22, 1995.
- RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário.(Org.). **Cidadania e loucura** : políticas de saúde mental no Brasil. 4. ed. Petrópolis : Vozes/Abrasco, 1994.

- RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde mental na rede pública**: estudo analítico-descritivo do curso de um grupo de profissionais de um ambulatório da rede estadual de saúde. Campinas, 1995. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- ROCHA, P. M. **Problemas de psiquiatria comunitária na América Latina**. Rio de Janeiro, 1979. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- ROTELLI, Franco, et al.. Desistitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos países avançados. In : NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo : Hucitec, 1990.
- ROTTERDAM, Erasmo de. **Elogio da loucura**. Clássicos de bolso. Rio de Janeiro : Tecnoprint, [1996?].
- RUIZ RUIZ, M. Psiquiatria social e comunitária. In: LÓPEZ-IBOR ALINÓ, C. Ruiz J.J. OGARA, C. Ruiz; SALORIO D. Barcia. **Psiquiatria**. Tomo II, Barcelona : Toray, 1982.
- SALA, Arnaldo. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, Lília Blima (Org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 117-138.
- SCHRAIBER, Lília Blima. Introdução: Programação hoje: a força do debate In: _____ **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo : Hucitec, 1993. p. 21-22.
- SILVA FILHO, João Ferreira da, et col. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói - RJ: a satisfação dos usuários como critério avaliador. **J. bras. Psq.** v. 45, n. 7, p. 393-402, 1996.
- SILVER, Lynn. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, Edmundo; RIVERA, Francisco Javier U.; MACHADO, Maria Helena. (Org.). **Planejamento Criativo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 195-210.
- SISTEMA de saúde será descentralizado: SUS não vai acabar, mas os recursos passam a ser repassados aos municípios de acordo com a população. **Gazeta do Povo**. Curitiba, 16 mar. 1997.
- SONENREICH, Carol; SILVA FILHO, Luiz de M. Altenfelder. Desospitalização. **J bras Psq**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 159-167, abril. 1995.
- SZASZ, Thomas. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro : Zahar, 1979.
- THIOLLENT, Michel. Problemas de metodologia. In: FLEURY, Afonso Carlos Correia ; VARGAS, Nilton (Org.). **Organização do trabalho**: uma abordagem interdisciplinar : sete casos brasileiros para estudo. São Paulo : Atlas, 1983. p. 54-83.
- TRATAMENTO de doença mental supera tabus. **Gazeta do Povo**. Curitiba, 24 jan. 1998.

- UCHTENHAGEN, A. Evaluation of community services. **Acta. Psychiatr. Belg.** v. 86, n. 4 p. 356-351, 1986.
- VAISSMAN, Magda. **Assistência psiquiátrica e previdência social** : análise da política de saúde mental nos anos 70. Rio de Janeiro, 1983. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- VALBAK, K.; SORENSEN, L. V.; LINDHARDT, A. Evaluation of community psychiatry: a cross-sectional sstudy. **Acta. Psychiatr. Scand.** v. 85, n. 3, p. 183-8, Mar-1992.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. **J. Bras. Psiq.**, Rio de Janeiro, v. 44, n.4, p. 189-197, abril-1995.
- VEJA, Editora Abril, ed. 1540, ano 31 n.º 13 de 1 de abril de 1998: O grande desafio: Em situação caótica, a saúde no país tem pouco dinheiro e ainda gasta mal o pouco que tem. p. 32-35.
- WACHOWITCZ, Rui C. **História do Paraná**. Curitiba : Ed. Gráfica Vicentina, 1988.
- WEIL, Pierre; D'AMBROSIO, Ubiratan; CREMA, Roberto. **Rumo à nova transdisciplinaridade**: sistemas abertos de conhecimento. São Paulo : Summus, 1993.
- WYSZEWIANSKI, L. Quality of care: past achievements and future challenges. **Inquiry.** n. 25, p. 13-22. 1988.

WANDERLEI SARAIVA MADRUGA



UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Estadual de Campinas

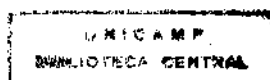
ATENDIMENTO PÚBLICO EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE CURITIBA:

UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

VOLUME 2 - ANEXOS

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção de grau de Doutor em Saúde Mental.
Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental.
Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP.
Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Campinas-SP, outubro de 1998



WANDERLEI SARAIVA MADRUGA

ATENDIMENTO PÚBLICO EM SAÚDE MENTAL NA CIDADE DE CURITIBA:

UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

VOLUME 2 - ANEXOS

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção de grau de Doutor em Saúde Mental.
Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental.
Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP.
Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega.

Campinas-SP, 16 de outubro de 1998

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	x
RESUMO.....	xiii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 PROBLEMATIZAÇÃO, PRESUPOSTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS.....	9
2.1 O PROCESSO DO TRABALHO.....	15
2.2 QUESTÕES METODOLÓGICAS.....	18
2.2.1 ANÁLISE DE DADOS EM PESQUISA QUALITATIVA.....	18
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
3.1 ASPECTOS DO ATENDIMENTO BRASILEIRO EM PSIQUIATRIA: UM APANHADO HISTÓRICO.....	23
3.1.1 MUDANÇAS RECENTES QUANTO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL.....	35
3.2 ESBOÇO HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA CURITIBANA.....	40
3.2.1 O INÍCIO.....	41
3.2.2 A MUNICIPALIZAÇÃO.....	45
3.2.3 AMBIENTES TERAPÊUTICOS.....	46
3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	49
4 OBJETIVOS.....	78
5 MÉTODO.....	79
4.1 DELINEAMENTO.....	79
4.2 PRIMEIRA FASE.....	79
4.2.1 SUJEITOS.....	79
4.2.2 INSTRUMENTOS.....	80
4.2.3 PROCEDIMENTO.....	80
4.3 SEGUNDA FASE.....	81
4.3.1 SUJEITOS.....	81
4.3.2 INSTRUMENTOS.....	83
4.3.3 PROCEDIMENTO.....	83
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	84
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	86
5.1 PRIMEIRA FASE: QUESTIONÁRIOS.....	86
5.1.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS.....	88
5.1.1.1 O SEXO.....	88
5.1.1.2 A IDADE.....	88
5.1.1.3 O ESTADO CIVIL.....	89
5.1.1.4 TEMPO DE FORMADO.....	89
5.1.1.5 ESCOLA DE ORIGEM.....	89
5.1.1.6 PÓS-GRADUAÇÃO.....	91
5.1.1.7 TÍTULO DE ESPECIALISTA.....	92
5.1.1.8 CLÍNICA PRIVADA.....	92
5.1.1.9 LOCAIS DE TRABALHO.....	93
5.1.1.10 CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA.....	94
5.1.1.11 CONCLUSÃO.....	96
5.1.2 OS PROBLEMAS DO DIA-A-DIA (DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICA, E PROBLEMAS CORRELATOS).....	97
5.1.2.1 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS.....	97
5.1.2.1.1 Fatores que deveriam ser levados em conta na elaboração de um plano de saúde mental.....	97

5.1.2.1.2	Fatores efetivamente levados em conta.....	98
5.1.2.1.3	Conclusão.....	100
5.1.2.2	A PROFISSÃO: SATISFAÇÃO X INSATISFAÇÃO.....	100
5.1.2.2.1	Conceito em relação à profissão.....	100
5.1.2.2.2	Questões salariais: salário ideal X salário real.....	106
5.1.2.2.3	Vínculo empregatício.....	109
5.1.2.2.4	Conclusão.....	112
5.1.2.3	O PROCESSO DE TRABALHO.....	112
5.1.2.3.1	Referencial teórico.....	112
5.1.2.3.2	Fatores envolvidos na gênese do estado mental.....	115
5.1.2.3.3	Tempo ideal: 1ª entrevista, em ambulatório.....	119
5.1.2.3.4	Tempo disponível: 1ª entrevista em ambulatório.....	121
5.1.2.3.5	Tempo disponível para entrevistas de seguimento.....	126
5.1.2.3.6	Frequência máxima de entrevistas em ambulatórios.....	130
5.1.2.3.7	Informações sobre o paciente ao internar.....	132
5.1.2.3.8	Disponibilidade ambulatorial.....	134
5.1.2.3.9	Integração profissional.....	136
5.1.2.3.10	Solicitação de recursos diagnósticos.....	151
5.1.2.3.11	Recursos diagnósticos e terapêuticos utilizados.....	151
5.1.2.3.12	Maneira de requisitar exames.....	156
5.1.2.3.13	Utilização de testes psicológicos.....	159
5.1.2.3.14	O tratamento após a alta hospitalar.....	161
5.1.2.3.15	Causas de reinternamento.....	165
5.1.2.3.16	Conclusão.....	168
5.2	SEGUNDA FASE: ENTREVISTAS.....	173
5.2.1	DIFICULDADES OU PROBLEMAS.....	175
5.2.1.1	EM RELAÇÃO ÀS CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA.....	175
5.2.1.1.1	Sexo.....	175
5.2.1.1.2	Idade.....	175
5.2.1.1.3	Procedência.....	176
5.2.1.1.4	Escolaridade.....	177
5.2.1.1.5	Renda familiar.....	177
5.2.1.1.6	Comorbidade.....	177
5.2.1.1.7	Tipos de patologia.....	179
5.2.1.2	EM RELAÇÃO AO PROCESSO DIAGNÓSTICO.....	181
5.2.1.2.1	Tempo de entrevista.....	181
5.2.1.2.2	Quem realiza a entrevista.....	181
5.2.1.2.3	Exames médico-laboratoriais	183
5.2.1.2.4	Testes psicológicos.....	183
5.2.1.2.5	Quem requisita os exames.....	183
5.2.1.3	EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO (EXEQUIBILIDADE).....	183
5.2.1.3.1	Organização funcional, incluindo estrutura física.....	183
5.2.1.3.2	Recursos farmacológicos.....	183
5.2.1.3.3	Outros recursos de terapia somática (ECT, etc.).....	184
5.2.1.3.4	Tempo disponível com o cliente.....	186
5.2.1.4	EM RELAÇÃO AO POSTERIOR ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE..	186
5.2.1.5	INTEGRAÇÃO FUNCIONAL.....	186
5.2.1.6	INTERCOMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS	186
5.2.2	DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	187
5.2.2.1	HOSPITAL ENQUANTO AMBIENTE TERAPÊUTICO.....	188

5.2.2.2	AMBIENTES EXTRA-HOSPITALARES.....	191
5.2.2.3	REPERCUSSÕES SOBRE OS PACIENTES.....	195
5.2.2.4	LEGISLAÇÃO PERTINENTE, ASPECTOS POLÍTICOS E ADMINIS- TRATIVOS ENVOLVIDOS.....	199
5.2.2.5	CONCLUSÃO.....	202
5.2.3	FAMILIARIDADE COM A LEGISLAÇÃO PERTINENTE.....	205
6	CONCLUSÕES.....	209
	ABSTRACT.....	213
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	214
	ANEXOS: QUESTIONÁRIOS, TABELAS, ENTREVISTAS E DOCUMENTOS.....	Volume 2

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIOS.....	222
ANEXO 2 - TABELAS.....	259
ANEXO 3 - ENTREVISTAS.....	276
ANEXO 4 - LOCAIS.....	353
ANEXO 5 - DOCUMENTOS.....	355

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIOS

Curitiba, _____ de 199_

Prezado^a colega:

Acreditando na idéia de que um Plano de Saúde Mental, para a Cidade de Curitiba, e circunvizinhas, só poderá ser seriamente elaborado, ou atualizado, se tivermos dados sobre recursos humanos e de serviços, vimos solicitar que preencha o questionário anexo.

Acreditamos, também, que a informação precisa sobre os problemas, dificuldades, da prática profissional é de fundamental importância quando se pensa em melhorar o atendimento.

Precisamos de você, para que possamos saber, QUANTOS SOMOS, QUEM SOMOS, O QUE FAZEMOS e, QUAIS SÃO NOSSAS DIFICULDADES.

Esta é uma fase preliminar, visando aspectos práticos em uma pesquisa ,de natureza acadêmica, mais ampla.

Agradecemos antecipadamente sua paciente colaboração. Pedimos, também, que devolva o questionário ao portador, seu colega. Faça-o num envelope lacrado (que acompanha este questionário), não se identificando, para que seu anonimato seja preservado.

Atenciosamente

Wanderlei Saraiva Madruga-Med.Psq.

Coord. da pesquisa.-Disciplina de Psiquiatria-II
Curso de Medicina.UFPR

Profissional: **PSIQUIATRA**Ambiente : **AMBULATÓRIO**

Curitiba, ____/____/199_.

QUESTÃO 01

Na elaboração de um plano de saúde mental, como você ordenaria os fatores abaixo, quanto à importância? Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas a alternativa 1.7 ☐, se for o caso.

1.1 ☐ Político-partidário.	1.2 ☐ Ideológico.	1.3 ☐ Técnico-profissional.
1.4 ☐ Administrativo.	1.5 ☐ Ético-moral.	1.6 ☐ Outro. (_____)
1.7 ☐ Todos de igual importância(peso).		

QUESTÃO 02

Na sua opinião, como os fatores abaixo têm sido ordenados, de fato, nas discussões relativas à elaboração de um plano de saúde mental para a Cidade de Curitiba?

Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas o 2.7 ☐ ou o 2.8 ☐, se for o caso.

2.1 ☐ Político-partidário.	2.2 ☐ Ideológico.	2.3 ☐ Técnico-profissional.
2.4 ☐ Administrativo.	2.5 ☐ Ético-moral.	2.6 ☐ Outro. (_____)
2.7 ☐ Todos de igual importância(peso).	2.8 ☐ Desconhece. Não participa.	

Por quê? _____

QUESTÃO 03

Por favor, assinale o item relativo à sua idade. (Considere anos completos.)

3.1 ☐ Entre 21 e 25.	3.2 ☐ Entre 26 e 30.	3.3 ☐ Entre 31 e 35.
3.4 ☐ Entre 36 e 40.	3.5 ☐ Entre 41 e 45.	3.6 ☐ Entre 46 e 50.
3.7 ☐ Entre 51 e 55.	3.8 ☐ Entre 56 e 60.	3.9 ☐ Mais de 60.

QUESTÃO 04

Faça o mesmo em relação ao seu sexo.

4.1 ☐ Masculino.	4.2 ☐ Feminino.

QUESTÃO 04a

Qual seu estado civil?

04a.1 ☐ Casado ^a .	04a.2 ☐ Divorciado ^a .	04a.3 ☐ Separado ^a .	04a.4 ☐ Solteiro ^a .
04a.5 ☐ Viúvo ^a .			

QUESTÃO 05

Há quanto tempo você está formado^a? (*Considere um número completo de anos*)

- 5.1 ☐ Menos de 2 anos. 5.2 ☐ De 2 a 4 anos. 5.3 ☐ De 5 a 7 anos.
 5.4 ☐ De 08 a 10 anos. 5.5 ☐ De 11 a 13 anos. 5.6 ☐ De 14 a 16 anos.
 5.7 ☐ De 17 a 19 anos. 5.8 ☐ De 20 a 22 anos. 5.9 ☐ Mais de 22 anos.

QUESTÃO 06

Qual escola (curso, faculdade ou universidade), e respectiva cidade?

- 6.1 ☐ UFPR-Curitiba. 6.2 ☐ PUC- Curitiba. 6.3 ☐ Evangélica-Curitiba.
 6.4 ☐ Espírita- Curitiba. 6.5 ☐ Outra: (_____)

QUESTÃO 07

E quanto à pós-graduação? Assinale apenas a graduação máxima.

- 7.1 ☐ Nenhuma. 7.2 ☐ Estágio. 7.3 ☐ Aperfeiçoamento.
 7.4 ☐ Especialização. 7.5 ☐ Residência. 7.6 ☐ Mestrado.
 7.7 ☐ Doutorado. 7.8 ☐ Pós-doutorado.

QUESTÃO 08

Você já é possuidor^a do título de especialista?

- 8.1 ☐ SIM 8.2 ☐ NÃO

QUESTÃO 09

Você exerce, também, clínica privada (consultório particular) sem convênio com serviço público?

- 9.1 ☐ SIM 9.2 ☐ NÃO

QUESTÃO 10

Local ou locais em que você trabalha. Assinale mais de uma alternativa, se for o caso.

- 10.1 ☐ Consultório particular (Conveniado com o serviço público).
 10.2 ☐ Ambulatório "pessoa jurídica" (Conveniado com o serviço público).
 10.3 ☐ Ambulatório público (Estadual ou municipal).
 10.4 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Pacientes particulares).
 10.5 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.6 ☐ Hospital psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.7 ☐ Pronto socorro psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.8 ☐ Hospital Dia psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.9 ☐ Outros: (_____)

QUESTÃO 11

Assinale (mais de uma, se for o caso) a alternativa, em função da clientela, que diga respeito à sua atividade profissional. **(Em seu trabalho, enquanto serviço público).**

- 11.1 ☐ Alcoolistas. 11.2 ☐ Psicóticos. 11.3 ☐ Distúrbios menores (Neuróticos).
 11.4 ☐ Pessoas senis. 11.5 ☐ Adolescentes. 11.6 ☐ Crianças.

QUESTÃO 12

Você considera sua profissão, **enquanto prestador^a de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS):**

- 12.1 ☐ Péssima. 12.2 ☐ Regular. 12.3 ☐ Boa.
 12.4 ☐ Muito boa. 12.5 ☐ Ótima.

QUESTÃO 13

Na qualidade de prestador^a de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS), tem, você, a liberdade de utilizar os recursos diagnósticos ou terapêuticos que julga necessários?

- 13.1 ☐ SIM. 13.2 ☐ NÃO. 13.3 ☐ NÃO RESPONDE

QUESTÃO 14

Caso sua resposta na QUESTÃO 13 tenha sido SIM, responda: que recursos são esses ? Indique os exames mais utilizados.

- 14.1 ☐ Ressonância magnética. 14.2 ☐ Tomografia computadorizada.
 14.3 ☐ Raio X. 14.4 ☐ E.E.G.
 14.5 ☐ Provas endocrinológicas. 14.6 ☐ Provas de função renal.
 14.7 ☐ Provas de função hepática 14.8 ☐ Dosagens plasmáticas.
 14.9 ☐ Outros: (_____

 _____)

QUESTÃO 15

Quanto aos exames da QUESTÃO 14, como você procede?

- 15.1 ☐ Requisita pessoalmente. 15.2 ☐ O "Clínico" de seu serviço requisita.
 15.3 ☐ "Clínico", de outro serviço, requisita. 15.4 ☐ Outra forma (_____)
 15.5 ☐ Transfere o paciente para um Hospital Clínico.

QUESTÃO 16

Quanto aos testes psicológicos. Você os utiliza, aplicando ou solicitando, durante a etapa diagnóstica ? Considere apenas este local de trabalho, onde você recebeu o questionário.

- 16.1 ☐ SIM. 16.2 ☐ NÃO. 16.3 ☐ NÃO RESPONDE

QUESTÃO 17

E a entrevista? Quanto tempo, em média, você considera ideal para atender o seu paciente, enquanto “entrevista diagnóstica”? (*Serviço Público*)

- 17.1 ☐ Menos de quinze minutos. 17.2 ☐ 15 minutos. 17.3 ☐ 30 minutos.
 17.4 ☐ 45 minutos. 17.5 ☐ 60 minutos. 17.6 ☐ Mais de 60 minutos.

QUESTÃO 18

Considerando-se a QUESTÃO 17, independentemente do motivo, quanto tempo lhe é dado dispor?

- 18.1 ☐ Menos de quinze minutos. 18.2 ☐ 15 minutos. 18.3 ☐ 30 minutos.
 18.4 ☐ 45 minutos. 18.5 ☐ 60 minutos. 18.6 ☐ Mais de 60 minutos.

QUESTÃO 19

E nas entrevistas subseqüentes (“entrevistas com finalidade terapêutica”), quanto tempo lhe é dado dispor?

- 19.1 ☐ Menos de quinze minutos. 19.2 ☐ 15 minutos. 19.3 ☐ 30 minutos.
 19.4 ☐ 45 minutos. 19.5 ☐ 60 minutos. 19.6 ☐ Mais de 60 minutos.

QUESTÃO 20

Quanto às entrevistas com finalidade terapêutica (seguimento), a **frequência máxima** que lhe é possível oferecer ao paciente durante o seu tratamento:

- 20.1 ☐ 3 vezes por semana. 20.2 ☐ 2 vezes por semana. 20.3 ☐ Semanalmente.
 20.4 ☐ Quinzenalmente. 20.5 ☐ Mensalmente 20.6 ☐ Bimestralmente.
 20.7 ☐ 1º mês, livre. A seguir, mensalmente 20.8 ☐ 1º mês, livre. A seguir, bimensalmente.
 20.9 ☐ Outra: (_____)

QUESTÃO 21

Na fase preliminar do atendimento (**diagnóstico**) você utiliza os serviços de **Assistente Social**?

- 21.1 ☐ Nunca. 21.2 ☐ Raramente. 21.3 ☐ Frequentemente. 21.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 22

Na fase subseqüente do atendimento (**tratamento**) você utiliza os serviços de **Assistente Social**?

- 22.1 ☐ Nunca. 22.2 ☐ Raramente. 22.3 ☐ Frequentemente. 22.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 23

Na fase preliminar do atendimento (**diagnóstico**) você utiliza os serviços de **Psicólogo**?

- 23.1 ☐ Nunca. 23.2 ☐ Raramente. 23.3 ☐ Frequentemente. 23.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 24

Na fase subseqüente do atendimento (**tratamento**) você utiliza os serviços de **Psicólogo**?

- 24.1 ☐ Nunca. 24.2 ☐ Raramente. 24.3 ☐ Frequentemente. 24.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 25

Em se tratando da abordagem psicoterápica, qual referencial teórico (teoria, linha, modelo) você utiliza em seu trabalho? (*Atendimento público*).

- 25.1 ☐ Psicanalítico. 25.2 ☐ Comportamental. 25.3 ☐ Biológico.
 25.4 ☐ Sistêmico. 25.5 ☐ Eclético. 25.6 ☐ Outro.(_____)

QUESTÃO 26

Levando-se em conta sua clientela (*atendimento público-SUS*), de que maneira você ordenaria os fatores abaixo, determinantes do estado mental de seus pacientes? Utilize os numerais, 1,2,3,4 e 5. Ou, se for o caso, assinale, com um X, somente o 26.6 ☐.

- 26.1 ☐ Biológicos. 26.2 ☐ Psicológicos. 26.3 ☐ Sócio-culturais.
 26.4 ☐ Sócioeconômicos. 26.5 ☐ Espirituais. 26.6 ☐ Iguais em importância.

QUESTÃO 27

Entramos em um ponto delicado. Quanto você considera justo, ideal, receber, **mensalmente**, por uma jornada de **4 (quatro) horas diárias** de seu trabalho? (Neste local).

- 27.1 ☐ Menos de 300 R\$ 27.2 ☐ 300 a 500 R\$ 27.3 ☐ 501 a 700 R\$
 27.4 ☐ 701 a 900 R\$ 27.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 27.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
 27.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 27.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 27.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 28

Quanto, realmente, você está ganhando? Considere o **ganho mensal**, para uma jornada de **4 (quatro) horas diárias**. (Apenas este emprego)

- 28.1 ☐ Menos de 300 R\$ 28.2 ☐ 300 a 500 R\$ 28.3 ☐ 501 a 700 R\$
 28.4 ☐ 701 a 900 R\$ 28.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 28.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
 28.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 28.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 28.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 29

Você recebe seu salário (honorário ou comissão): (**Considere, apenas, este local**).

- 29.1 ☐ Diretamente do SUS, em conta bancária (autônomo).
 29.2 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do Ambulatório (autônomo).
 29.3 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do Ambulatório, em regime CLT.
 29.4 ☐ Diretamente do Estado, como estatutário.
 29.5 ☐ Diretamente do Município, como estatutário.
 29.6 ☐ Outra forma.(_____)

QUESTÃO 30

Que nota você daria, de 01 a 10, para seu estado de satisfação, gratificação, no exercício de sua profissão **enquanto prestador de serviço ao público (Municipal, Estadual, Serviço conveniado ao SUS)?** Utilize 01 para gratificação mínima e 10 para gratificação máxima.

30.1 ☐ 01 30.2 ☐ 02 30.3 ☐ 03 30.4 ☐ 04 30.5 ☐ 05
30.6 ☐ 06 30.7 ☐ 07 30.8 ☐ 08 30.9 ☐ 09 30.10 ☐ 10

Diga-nos por quê, caso sua nota tenha sido inferior a 5. _____

Algum comentário? _____

OBRIGADO.

Profissional: **PSIQUIATRA**Ambiente : **HOSPITAL**

Curitiba, ____/____/199_.

QUESTÃO 01

Na elaboração de um plano de saúde mental, como você ordenaria os fatores abaixo, quanto à importância? Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas a alternativa 1.7 ☐, se for o caso.

1.1 ☐ Político-partidário.	1.2 ☐ Ideológico.	1.3 ☐ Técnico-profissional.
1.4 ☐ Administrativo.	1.5 ☐ Ético-moral.	1.6 ☐ Outro. (_____)
1.7 ☐ Todos de igual importância(peso).		

QUESTÃO 02

Na sua opinião, como os fatores abaixo têm sido ordenados, de fato, nas discussões relativas à elaboração de um plano de saúde mental para a Cidade de Curitiba?

Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas o 2.7 ☐ ou o 2.8 ☐, se for o caso.

2.1 ☐ Político-partidário.	2.2 ☐ Ideológico.	2.3 ☐ Técnico-profissional.
2.4 ☐ Administrativo.	2.5 ☐ Ético-moral.	2.6 ☐ Outro. (_____)
2.7 ☐ Todos de igual importância (peso).	2.8 ☐ Desconhece. Não participa.	

Por quê? _____

QUESTÃO 03

Por favor, assinale o item relativo à sua idade. (*Considere anos completos.*)

3.1 ☐ Entre 21 e 25.	3.2 ☐ Entre 26 e 30.	3.3 ☐ Entre 31 e 35.
3.4 ☐ Entre 36 e 40.	3.5 ☐ Entre 41 e 45.	3.6 ☐ Entre 46 e 50.
3.7 ☐ Entre 51 e 55.	3.8 ☐ Entre 56 e 60.	3.9 ☐ Mais de 60.

QUESTÃO 04

Faça o mesmo em relação ao seu sexo.

4.1 ☐ Masculino.	4.2 ☐ Feminino.

QUESTÃO 04a

Qual seu estado civil?

04a.1 ☐ Casado ^a .	04a.2 ☐ Divorciado ^a .	04a.3 ☐ Separado ^a .	04a.4 ☐ Solteiro ^a .
04a.5 ☐ Viúvo ^a			

QUESTÃO 05

Há quanto tempo você está formado^a? (*Considere um número completo de anos*)

- 5.1 ☐ Menos de 2 anos. 5.2 ☐ De 2 a 4 anos. 5.3 ☐ De 5 a 7 anos.
 5.4 ☐ De 08 a 10 anos. 5.5 ☐ De 11 a 13 anos. 5.6 ☐ De 14 a 16 anos.
 5.7 ☐ De 17 a 19 anos. 5.8 ☐ De 20 a 22 anos. 5.9 ☐ Mais de 22 anos.

QUESTÃO 06

Qual escola (curso, faculdade ou universidade), e respectiva cidade?

- 6.1 ☐ UFPR-Curitiba 6.2 ☐ PUC- Curitiba 6.3 ☐ Evangélica-Curitiba
 6.4 ☐ Espírita- Curitiba 6.5 ☐ Outra: (_____)

QUESTÃO 07

E quanto à pós-graduação? Assinale apenas a graduação máxima.

- 7.1 ☐ Nenhuma. 7.2 ☐ Estágio. 7.3 ☐ Aperfeiçoamento.
 7.4 ☐ Especialização. 7.5 ☐ Residência. 7.6 ☐ Mestrado.
 7.7 ☐ Doutorado. 7.8 ☐ Pós-doutorado.

QUESTÃO 08

Você já é possuidor^a do título de especialista?

- 8.1 ☐ SIM 8.2 ☐ NÃO

QUESTÃO 09

Você exerce, também, clínica privada (consultório particular) sem convênio com serviço público?

- 9.1 ☐ SIM 9.2 ☐ NÃO

QUESTÃO 10

Local ou locais em que você trabalha. Assinale mais de uma alternativa se for o caso.

- 10.1 ☐ Consultório particular (Conveniado com o serviço público).
 10.2 ☐ Ambulatório "pessoa jurídica" (Conveniado com o serviço público).
 10.3 ☐ Ambulatório público (Estadual ou municipal).
 10.4 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Pacientes particulares).
 10.5 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.6 ☐ Hospital psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.7 ☐ Pronto socorro psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.8 ☐ Hospital Dia psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.9 ☐ Outros: (_____)

QUESTÃO 11

Assinale (mais de uma, se for o caso) a alternativa, em função da clientela, que diga respeito à sua atividade profissional. **(Em seu trabalho, enquanto serviço público.)**.

- 11.1 ☐ Alcoolistas. 11.2 ☐ Psicóticos. 11.3 ☐ Distúrbios menores (Neuróticos)
 11.4 ☐ Pessoas senis. 11.5 ☐ Adolescentes. 11.6 ☐ Crianças.

QUESTÃO 12

Você considera sua profissão, **enquanto prestador^a de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS)**:

- 12.1 ☐ Péssima. 12.2 ☐ Regular. 12.3 ☐ Boa.
 12.4 ☐ Muito boa. 12.5 ☐ Ótima.

QUESTÃO 13

Na qualidade de prestador^a de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS), tem, você, a liberdade de utilizar os recursos diagnósticos ou terapêuticos que julga necessários?

- 13.1 ☐ SIM. 13.2 ☐ NÃO. 13.3 ☐ NÃO RESPONDE

QUESTÃO 14

Caso sua resposta na QUESTÃO 13 tenha sido SIM, responda: que recursos são esses ? Indique os exames mais utilizados.

- 14.1 ☐ Ressonância magnética. 14.2 ☐ Tomografia computadorizada.
 14.3 ☐ Raio X. 14.4 ☐ E.E.G.
 14.5 ☐ Provas endocrinológicas. 14.6 ☐ Provas de função renal.
 14.7 ☐ Provas de função hepática 14.8 ☐ Dosagens plasmáticas.
 14.9 ☐ Outros: (_____

QUESTÃO 15

Quanto aos exames da QUESTÃO 14, como você procede?

- 15.1 ☐ Requisita pessoalmente.
 15.2 ☐ "Clínico" de seu serviço requisita.
 15.3 ☐ "Clínico", de outro serviço, requisita.
 15.4 ☐ Outra forma (_____)
 15.5 ☐ Transfere o paciente para um Hospital Clínico.

QUESTÃO 16

Quanto aos testes psicológicos. Você os utiliza, aplicando ou solicitando, durante a etapa diagnóstica? Considere apenas este local de trabalho, onde você recebeu o questionário.

16.1 ☐ SIM.16.2 ☐ NÃO.16.3 ☐ NÃO RESPONDE**QUESTÃO 17**

Ao receber um paciente recém internado, você recebe, do ambulatório, informações relativas ao diagnóstico, tratamento e evolução, caso ele tenha estado em tratamento ambulatorial?

17.1 ☐ Nunca.17.2 ☐ Raramente.17.3 ☐ Frequentemente.17.4 ☐ Sempre.**QUESTÃO 18**

Ao dar alta ao seu paciente, você dispõe de alternativas ambulatoriais, que atendam suas expectativas, para encaminhá-lo?

18.1 ☐ SIM18.2 ☐ NÃO

Se a resposta for NÃO, responda: por que? _____

QUESTÃO 19

Em sua opinião, o que acontece, em geral, com seu paciente após a alta?

19.1 ☐ Segue tratamento ambulatorial.19.2 ☐ Não segue tratamento ambulatorial.19.3 ☐ Não segue tratamento ambulatorial mas faz uso da medicação prescrita e interrompe.19.4 ☐ Outra: (_____)19.5 ☐ (Não responde por não dispor de informações.)**QUESTÃO 20**

Em sua opinião, o reinternamento deve-se a: (Assinale a alternativa que você considera como sendo a de maior importância.)

20.1 ☐ Pressões por parte dos Hospitais.20.2 ☐ Carência de serviços ambulatoriais.20.3 ☐ Mau atendimento ambulatorial.20.4 ☐ Baixo nível cultural da clientela.20.5 ☐ Bom atendimento ambulatorial, mas o paciente não pode adquirir o medicamento.20.6 ☐ Outros: _____**QUESTÃO 21**

Na fase preliminar do atendimento (**diagnóstico**), você utiliza os serviços de Assistente Social?

21.1 ☐ Nunca.21.2 ☐ Raramente.21.3 ☐ Frequentemente.21.4 ☐ Sempre.**QUESTÃO 22**

Na fase subsequente do atendimento (**tratamento**) você utiliza os serviços de Assistente Social?

22.1 ☐ Nunca.22.2 ☐ Raramente.22.3 ☐ Frequentemente.22.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 23

Na fase preliminar do atendimento(**diagnóstico**) você utiliza os serviços de **Psicólogo**?

- 23.1 ☐ Nunca. 23.2 ☐ Raramente. 23.3 ☐ Frequentemente. 23.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 24

Na fase subsequente do atendimento (**tratamento**) você utiliza os serviços de **Psicólogo**?

- 24.1 ☐ Nunca. 24.2 ☐ Raramente. 24.3 ☐ Frequentemente. 24.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 25

Em se tratando da abordagem psicoterápica, qual referencial teórico (teoria, linha, modelo) você utiliza em seu trabalho? (*Atendimento público*).

- 25.1 ☐ Psicanalítico. 25.2 ☐ Comportamental. 25.3 ☐ Biológico.
25.4 ☐ Sistemico. 25.5 ☐ Eclético. 25.6 ☐ Outro.(_____)

QUESTÃO 26

Levando-se em conta sua clientela (*atendimento público-SUS*), de que maneira você ordenaria os fatores abaixo, determinantes do estado mental de seus pacientes? Utilize os numerais, 1,2,3,4 e 5. Ou, se for o caso, assinale, com **X**, somente o **26.6** ☐.

- 26.1 ☐ Biológicos. 26.2 ☐ Psicológicos. 26.3 ☐ Sócio-culturais.
26.4 ☐ Socioeconômicos. 26.5 ☐ Espirituais. 26.6 ☐ Iguais em importância.

QUESTÃO 27

Entramos em um ponto delicado: Quanto você considera justo, ideal, receber **mensalmente**, por uma jornada de **4 (quatro) horas diárias** de seu trabalho? (Neste local).

- 27.1 ☐ Menos de 300 R\$ 27.2 ☐ 300 a 500 R\$ 27.3 ☐ 501 a 700 R\$
27.4 ☐ 701 a 900 R\$ 27.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 27.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
27.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 27.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 27.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 28

Quanto, realmente, você está ganhando? Considere o **ganho mensal**, para uma jornada de **4 (quatro) horas diárias**. (Apenas este emprego)

- 28.1 ☐ Menos de 300 R\$ 28.2 ☐ 300 a 500 R\$ 28.3 ☐ 501 a 700 R\$
28.4 ☐ 701 a 900 R\$ 28.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 28.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
28.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 28.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 28.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 29

Você recebe seu salário (honorário ou comissão) (**Considere, apenas, este local**).

- 29.1 ☐ Diretamente do SUS , em conta bancária (autônomo).
 29.2 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do Hospital (autônomo).
 29.3 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do Hospital, em regime CLT.
 29.4 ☐ Diretamente do Estado, como estatutário.
 29.5 ☐ Diretamente do município, como estatutário.
 29.6 ☐ Outra forma.(_____)

QUESTÃO 30

Que nota você daria, de 01 a 10, para seu estado de satisfação, gratificação, no exercício de sua profissão **enquanto prestador^a de serviço ao público (Municipal, Estadual, Serviço conveniado ao SUS)** ? Utilize 01 para gratificação mínima e 10 para gratificação máxima.

- 30.1 ☐ 01 30.2 ☐ 02 30.3 ☐ 03 30.4 ☐ 04 30.5 ☐ 05
 30.6 ☐ 06 30.7 ☐ 07 30.8 ☐ 08 30.9 ☐ 09 30.10 ☐ 10

Diga-nos por quê, caso sua nota tenha sido inferior a 5. _____

Algum comentário? _____

OBRIGADO

Profissional: **PSICÓLOGO**Ambiente : **AMBULATÓRIO**

Curitiba, ____/____/199_.

QUESTÃO 01

Na elaboração de um plano de saúde mental, como você ordenaria os fatores abaixo, quanto à importância? Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas a alternativa 1.7 ☐, se for o caso.

1.1 ☐ Político-partidário.	1.2 ☐ Ideológico.	1.3 ☐ Técnico-profissional.
1.4 ☐ Administrativo.	1.5 ☐ Ético-moral.	1.6 ☐ Outro. (_____)
1.7 ☐ Todos de igual importância(peso).		

QUESTÃO 02

Na sua opinião, como os fatores abaixo têm sido ordenados, de fato, nas discussões relativas à elaboração de um plano de saúde mental para a Cidade de Curitiba?

Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas o 2.7 ☐ ou o 2.8 ☐, se for o caso.

2.1 ☐ Político-partidário.	2.2 ☐ Ideológico.	2.3 ☐ Técnico-profissional.
2.4 ☐ Administrativo.	2.5 ☐ Ético-moral.	2.6 ☐ Outro. (_____)
2.7 ☐ Todos de igual importância (peso).		2.8 ☐ Desconhece. Não participa.

Por quê? _____

QUESTÃO 03

Por favor, assinale o item relativo à sua idade. (*Considere anos completos.*)

3.1 ☐ Entre 21 e 25.	3.2 ☐ Entre 26 e 30.	3.3 ☐ Entre 31 e 35.
3.4 ☐ Entre 36 e 40.	3.5 ☐ Entre 41 e 45.	3.6 ☐ Entre 46 e 50.
3.7 ☐ Entre 51 e 55.	3.8 ☐ Entre 56 e 60.	3.9 ☐ Mais de 60.

QUESTÃO 04

Faça o mesmo em relação ao seu sexo.

4.1 ☐ Masculino.	4.2 ☐ Feminino.

QUESTÃO 04a

Qual seu estado civil?

04a.1 ☐ Casado ^a .	04a.2 ☐ Divorciado ^a .	04a.3 ☐ Separado ^a .	04a.4 ☐ Solteiro ^a .
04a.5 ☐ Viúvo ^a .			

QUESTÃO 05

Há quanto tempo você está formado^a? (*Considere um número completo de anos*)

- 5.1 ☐ Menos de 2 anos. 5.2 ☐ De 2 a 4 anos. 5.3 ☐ De 5 a 7 anos.
 5.4 ☐ De 08 a 10 anos. 5.5 ☐ De 11 a 13 anos. 5.6 ☐ De 14 a 16 anos.
 5.7 ☐ De 17 a 19 anos. 5.8 ☐ De 20 a 22 anos. 5.9 ☐ Mais de 22 anos.

QUESTÃO 06

Qual escola (curso, faculdade ou universidade), e respectiva cidade?

- 6.1 ☐ UFPR-Curitiba 6.2 ☐ PUC- Curitiba 6.3 ☐ Evangélica-Curitiba
 6.4 ☐ Espírita- Curitiba 6.5 ☐ Outra: (_____)

QUESTÃO 07

E quanto à pós-graduação? Assinale apenas a graduação máxima.

- 7.1 ☐ Nenhuma. 7.2 ☐ Estágio. 7.3 ☐ Aperfeiçoamento.
 7.4 ☐ Especialização. 7.5 ☐ Residência. 7.6 ☐ Mestrado.
 7.7 ☐ Doutorado. 7.8 ☐ Pós-doutorado.

QUESTÃO 08

Você já é possuidor^a do título de especialista?

- 8.1 ☐ SIM. 8.2 ☐ NÃO.

QUESTÃO 09

Você exerce, também, clínica privada (consultório particular) **sem convênio** com serviço público?

- 9.1 ☐ SIM. 9.2 ☐ NÃO.

QUESTÃO 10

Local ou locais em que você trabalha. Assinale mais de uma alternativa, se for o caso.

- 10.1 ☐ Consultório particular (Conveniado com o serviço público).
 10.2 ☐ Ambulatório "pessoa jurídica" (Conveniado com o serviço público).
 10.3 ☐ Ambulatório público (Estadual ou municipal).
 10.4 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Pacientes particulares).
 10.5 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.6 ☐ Hospital psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.7 ☐ Pronto socorro psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.8 ☐ Hospital Dia psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.9 ☐ Outros: (_____)

QUESTÃO 11

Assinale (mais de uma, se for o caso) a alternativa, em função da clientela, que diga respeito à sua atividade profissional. **(Em seu trabalho, enquanto serviço público)**

- 11.1 ☐ Alcoolistas. 11.2 ☐ Psicóticos. 11.3 ☐ Distúrbios menores (Neuróticos).
 11.4 ☐ Pessoas senis. 11.5 ☐ Adolescentes. 11.6 ☐ Crianças.

QUESTÃO 12

Você considera sua profissão, **enquanto prestador de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS):**

- 12.1 ☐ Péssima. 12.2 ☐ Regular. 12.3 ☐ Boa.
 12.4 ☐ Muito boa. 12.5 ☐ Ótima.

QUESTÃO 13

Na qualidade de prestador de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS), tem, você, a liberdade de utilizar os recursos diagnósticos ou terapêuticos que julga necessários?

- 13.1 ☐ SIM. 13.2 ☐ NÃO. 13.3 ☐ NÃO RESPONDE

QUESTÃO 14

Caso sua resposta na QUESTÃO 13 tenha sido SIM, responda: que recursos são esses ? Indique os mais utilizados.

- 14.1 ☐ Ressonância magnética. 14.2 ☐ Tomografia computadorizada.
 14.3 ☐ Raio X. 14.4 ☐ E.E.G.
 14.5 ☐ Provas endocrinológicas. 14.6 ☐ Provas de função renal.
 14.7 ☐ Provas de função hepática. 14.8 ☐ Dosagens plasmáticas.
 14.9 ☐ Outros: (_____

 _____)

QUESTÃO 15

Quanto aos recursos da QUESTÃO 14, como você procede?

- 15.1 ☐ Requisita pessoalmente. 15.2 ☐ "Clínico" de seu serviço requisita.
 15.3 ☐ "Clínico", de outro serviço, requisita. 15.4 ☐ Outra forma (_____)
 15.5 ☐ Transfere o paciente para um Hospital Clínico.

QUESTÃO 16

Quanto aos testes psicológicos. Você os utiliza, aplicando ou solicitando, durante a etapa diagnóstica ? Considere apenas este local de trabalho, onde você recebeu o questionário.

- 16.1 ☐ SIM. 16.2 ☐ NÃO. 16.3 ☐ NÃO RESPONDE.

QUESTÃO 17

E a entrevista? Quanto tempo, em média, você considera ideal para atender o seu paciente, enquanto **“entrevista diagnóstica”**? (*Serviço Público*)

- 17.1 ☐ Menos de quinze minutos. 17.2 ☐ 15 minutos. 17.3 ☐ 30 minutos.
17.4 ☐ 45 minutos. 17.5 ☐ 60 minutos. 17.6 ☐ Mais de 60 minutos.

QUESTÃO 18

Considerando-se a QUESTÃO 17, independentemente do motivo, quanto tempo lhe é dado dispor?

- 18.1 ☐ Menos de quinze minutos. 18.2 ☐ 15 minutos. 18.3 ☐ 30 minutos.
18.4 ☐ 45 minutos. 18.5 ☐ 60 minutos. 18.6 ☐ Mais de 60 minutos.

QUESTÃO 19

E nas entrevistas subsequentes (**“entrevistas com finalidade terapêutica”**), quanto tempo lhe é dado dispor?

- 19.1 ☐ Menos de quinze minutos. 19.2 ☐ 15 minutos. 19.3 ☐ 30 minutos.
19.4 ☐ 45 minutos. 19.5 ☐ 60 minutos. 19.6 ☐ Mais de 60 minutos.

QUESTÃO 20

Quanto às entrevistas com finalidade terapêutica (seguimento), a **frequência máxima** que lhe é possível oferecer ao paciente durante o seu tratamento:

- 20.1 ☐ 3 vezes por semana. 20.2 ☐ 2 vezes por semana. 20.3 ☐ Semanalmente.
20.4 ☐ Quinzenalmente. 20.5 ☐ Mensalmente. 20.6 ☐ Bimestralmente.
20.7 ☐ 1º mês, livre. A seguir, mensalmente. 20.8 ☐ 1º mês, livre. A seguir, bimensalmente.
20.9 ☐ .Outra: (_____)

QUESTÃO 21

Na fase preliminar do atendimento(**diagnóstico**), você utiliza os serviços de **Assistente Social**?

- 21.1 ☐ Nunca. 21.2 ☐ Raramente. 21.3 ☐ Frequentemente. 21.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 22

Na fase subsequente do atendimento (**tratamento**), você utiliza os serviços de **Assistente Social**?

- 22.1 ☐ Nunca. 22.2 ☐ Raramente. 22.3 ☐ Frequentemente. 22.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 23

Na fase preliminar do atendimento(**diagnóstico**), você utiliza os serviços de **Psiquiatra**?

- 23.1 ☐ Nunca. 23.2 ☐ Raramente. 23.3 ☐ Frequentemente. 23.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 24

Na fase subsequente do atendimento (**tratamento**), você utiliza os serviços de **Psiquiatra**?

- 24.1 ☐ Nunca. 24.2 ☐ Raramente. 24.3 ☐ Frequentemente. 24.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 25

Em se tratando da abordagem psicoterápica, qual referencial teórico (teoria, linha, modelo) você utiliza em seu trabalho? (**Atendimento público**).

- 25.1 ☐ Psicanalítico. 25.2 ☐ Comportamental. 25.3 ☐ Biológico.
 25.4 ☐ Sistêmico. 25.5 ☐ Eclético. 25.6 ☐ Outro.(_____)

QUESTÃO 26

Levando-se em conta sua clientela (atendimento público-SUS), de que maneira você ordenaria os fatores abaixo, determinantes do estado mental de seus pacientes. Utilize os numerais, 1,2,3,4 e 5. Ou, se for o caso, assinale, com **X**, somente o **26.6** ☐.

- 26.1 ☐ Biológicos. 26.2 ☐ Psicológicos. 26.3 ☐ Sócio-culturais.
 26.4 ☐ Socioeconômicos. 26.5 ☐ Espirituais. 26.6 ☐ Iguais em importância.

QUESTÃO 27

Entramos em um ponto delicado. Quanto você considera justo, ideal, receber **mensalmente**, por uma jornada de **4 (quatro) horas diárias** de seu trabalho? (**Neste local**).

- 27.1 ☐ Menos de 300 R\$ 27.2 ☐ 300 a 500 R\$ 27.3 ☐ 501 a 700 R\$
 27.4 ☐ 701 a 900 R\$ 27.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 27.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
 27.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 27.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 27.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 28

Quanto, realmente, você está ganhando? Considere o **ganho mensal** para uma jornada de **4 (quatro) horas diárias**. (**Apenas neste emprego**)

- 28.1 ☐ Menos de 300 R\$ 28.2 ☐ 300 a 500 R\$ 28.3 ☐ 501 a 700 R\$
 28.4 ☐ 701 a 900 R\$ 28.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 28.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
 28.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 28.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 28.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 29

Você recebe seu salário (honorário ou comissão):(**Considere, apenas, este local**).

- 29.1 ☐ Diretamente do SUS , em conta bancária(autônomo).
 29.2 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do Ambulatório (autônomo).
 29.3 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do Ambulatório, em regime CLT.
 29.4 ☐ Diretamente do Estado, como estatutário.
 29.5 ☐ Diretamente do município como estatutário.
 29.6 ☐ Outra forma.(_____)

QUESTÃO 30

Que nota você daria, de 01 a 10, para seu estado de satisfação, gratificação, no exercício de sua profissão **enquanto prestador de serviço ao público (Municipal, Estadual, Serviço conveniado ao SUS) ?** Utilize 01 para gratificação mínima e 10 para gratificação máxima.

30.1 ☐ 01 30.2 ☐ 02 30.3 ☐ 03 30.4 ☐ 04 30.5 ☐ 05
30.6 ☐ 06 30.7 ☐ 07 30.8 ☐ 08 30.9 ☐ 09 30.10 ☐ 10

Diga-nos por que, caso sua nota tenha sido inferior a 5. _____

Algum comentário? _____

OBRIGADO.

Profissional: **PSICÓLOGO**Ambiente : **HOSPITAL**

Curitiba, ____/____/199__.

QUESTÃO 01

Na elaboração de um plano de saúde mental, como você ordenaria os fatores abaixo, quanto à importância? Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas a alternativa 1.7 ☐, se for o caso.

1.1 ☐ Político-partidário.	1.2 ☐ Ideológico.	1.3 ☐ Técnico-profissional.
1.4 ☐ Administrativo.	1.5 ☐ Ético-moral.	1.6 ☐ Outro. (_____)
1.7 ☐ Todos de igual importância (peso).		

QUESTÃO 02

Na sua opinião, como os fatores abaixo têm sido ordenados, de fato, nas discussões relativas à elaboração de um plano de saúde mental para a Cidade de Curitiba?

Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas o 2.7 ☐ ou o 2.8 ☐, se for o caso.

2.1 ☐ Político-partidário.	2.2 ☐ Ideológico.	2.3 ☐ Técnico-profissional.
2.4 ☐ Administrativo.	2.5 ☐ Ético-moral.	2.6 ☐ Outro. (_____)
2.7 ☐ Todos de igual importância (peso).	2.8 ☐ Desconhece. Não participa.	

Por quê? _____

 _____)

QUESTÃO 03

Por favor, assinale o item relativo à sua idade. (*Considere anos completos.*)

3.1 ☐ Entre 21 e 25.	3.2 ☐ Entre 26 e 30.	3.3 ☐ Entre 31 e 35.
3.4 ☐ Entre 36 e 40.	3.5 ☐ Entre 41 e 45.	3.6 ☐ Entre 46 e 50.
3.7 ☐ Entre 51 e 55.	3.8 ☐ Entre 56 e 60.	3.9 ☐ Mais de 60.

QUESTÃO 04

Faça o mesmo em relação ao seu sexo.

4.1 ☐ Masculino.	4.2 ☐ Feminino.

QUESTÃO 04^a

Qual seu estado civil?

04a.1 ☐ Casado ^a .	04a.2 ☐ Divorciado ^a .	04a.3 ☐ Separado ^a .	04a.4 ☐ Solteiro ^a .
04a.5 ☐ Viúvo.			

QUESTÃO 05

Há quanto tempo você está formado^a? (*Considere um número completo de anos*)

- 5.1 ☐ Menos de 2 anos. 5.2 ☐ De 2 a 4 anos. 5.3 ☐ De 5 a 7 anos.
 5.4 ☐ De 08 a 10 anos. 5.5 ☐ De 11 a 13 anos. 5.6 ☐ De 14 a 16 anos.
 5.7 ☐ De 17 a 19 anos. 5.8 ☐ De 20 a 22 anos. 5.9 ☐ Mais de 22 anos.

QUESTÃO 06

Qual escola (curso, faculdade ou universidade), e respectiva cidade?

- 6.1 ☐ UFPR-Curitiba. 6.2 ☐ PUC- Curitiba. 6.3 ☐ Evangélica-Curitiba.
 6.4 ☐ Espírita- Curitiba. 6.5 ☐ Outra: (_____).

QUESTÃO 07

E quanto à pós-graduação? Assinale apenas a graduação máxima.

- 7.1 ☐ Nenhuma. 7.2 ☐ Estágio. 7.3 ☐ Aperfeiçoamento.
 7.4 ☐ Especialização. 7.5 ☐ Residência. 7.6 ☐ Mestrado.
 7.7 ☐ Doutorado. 7.8 ☐ Pós-doutorado.

QUESTÃO 08

Você já é possuidor^a do título de especialista?

- 8.1 ☐ SIM. 8.2 ☐ NÃO.

QUESTÃO 09

Você exerce, também, clínica privada (consultório particular) **sem convênio** com serviço público?

- 9.1 ☐ SIM. 9.2 ☐ NÃO.

QUESTÃO 10

Local ou locais em que você trabalha. Assinale mais de uma alternativa se for o caso.

- 10.1 ☐ Consultório particular (Conveniado com o serviço público).
 10.2 ☐ Ambulatório "pessoa jurídica" (Conveniado com o serviço público).
 10.3 ☐ Ambulatório público (Estadual ou municipal).
 10.4 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Pacientes particulares).
 10.5 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.6 ☐ Hospital psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.7 ☐ Pronto socorro psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.8 ☐ Hospital Dia psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.9 ☐ Outros: (_____)

QUESTÃO 11

Assinale (mais de uma, se for o caso) a alternativa, em função da clientela, que diga respeito à sua atividade profissional.(**Em seu trabalho, enquanto serviço público.**).

- 11.1 ☐ Alcoolistas. 11.2 ☐ Psicóticos. 11.3 ☐ Distúrbios menores (Neuróticos)
 11.4 ☐ Pessoas senis. 11.5 ☐ Adolescentes. 11.6 ☐ Crianças.

QUESTÃO 12

Você considera sua profissão, **enquanto prestador^a de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS)**:

- 12.1 ☐ Péssima. 12.2 ☐ Regular. 12.3 ☐ Boa.
 12.4 ☐ Muito boa. 12.5 ☐ Ótima.

QUESTÃO 13

Na qualidade de prestador^a de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS), tem, você, a liberdade de utilizar os recursos diagnósticos ou terapêuticos que julga necessários?

- 13.1 ☐ SIM. 13.2 ☐ NÃO. 13.3 ☐ NÃO RESPONDE.

QUESTÃO 14

Caso sua resposta na QUESTÃO 13 tenha sido SIM, responda: que recursos são esses? Indique os recursos mais utilizados.

- 14.1 ☐ Ressonância magnética. 14.2 ☐ Tomografia computadorizada.
 14.3 ☐ Raio X. 14.4 ☐ E.E.G.
 14.5 ☐ Provas endocrinológicas. 14.6 ☐ Provas de função renal.
 14.7 ☐ Provas de função hepática. 14.8 ☐ Dosagens plasmáticas.
 14.9 ☐ Outros: (_____

 _____)

QUESTÃO 15

Quanto aos recursos da QUESTÃO 14, como você procede?

- 15.1 ☐ Requisita pessoalmente. 15.2 ☐ "Clínico" de seu serviço requisita.
 15.3 ☐ "Clínico", de outro serviço, requisita. 15.4 ☐ Outra forma (_____).
 15.5 ☐ Transfere o paciente para um Hospital Clínico. 15.6 ☐ O psiquiatra requisita.

QUESTÃO 16

Quanto aos testes psicológicos. Você os utiliza, aplicando ou solicitando, durante a etapa diagnóstica ? Considere apenas este local de trabalho, onde você recebeu o questionário.

- 16.1 ☐ SIM. 16.2 ☐ NÃO. 16.3 ☐ NÃO RESPONDE

QUESTÃO 17

Ao receber um paciente recém internado, você recebe do ambulatório, informações relativas ao diagnóstico, tratamento e evolução, caso ele tenha estado em tratamento ambulatorial?

- 17.1 ☐ Nunca. 17.2 ☐ Raramente. 17.3 ☐ Frequentemente. 17.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 18

Ao receber alta ,seu paciente, você dispõe de alternativas ambulatoriais, que atendam suas expectativas, para encaminhá-lo?

- 18.1 ☐ SIM. 18.2 ☐ NÃO.

Se a resposta for NÃO, responda: por que? _____

QUESTÃO 19

Em sua opinião, o que acontece, em geral, com seu paciente após a alta?

- 19.1 ☐ Segue tratamento ambulatorial.
- 19.2 ☐ Não segue tratamento ambulatorial.
- 19.3 ☐ Não segue tratamento ambulatorial mas faz uso da medicação prescrita e interrompe.
- 19.4 ☐ Outra:(_____)
- 19.5 ☐ (Não responde por não dispor de informações.)

QUESTÃO.20

Em sua opinião, o reinternamento deve-se a: (Assinale a alternativa que você considera como sendo a de maior importância.)

- 20.1 ☐ Pressões por parte dos Hospitais.
- 20.2 ☐ Carência de serviços ambulatoriais.
- 20.3 ☐ Mau atendimento ambulatorial.
- 20.4 ☐ Baixo nível cultural da clientela.
- 20.5 ☐ Bom atendimento ambulatorial, mas o paciente não pode adquirir o medicamento.
- 20.6 ☐ Outros: _____

QUESTÃO 21

Na fase preliminar do atendimento (**diagnóstico**) você utiliza os serviços de **Assistente Social**?

- 21.1 ☐ Nunca. 21.2 ☐ Raramente. 21.3 ☐ Frequentemente. 21.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 22

Na fase subsequente do atendimento (**tratamento**) você utiliza os serviços de **Assistente Social**?

- 22.1 ☐ Nunca. 22.2 ☐ Raramente. 22.3 ☐ Frequentemente. 22.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 23

Na fase preliminar do atendimento(**diagnóstico**) você utiliza os serviços de **Psiquiatra**?

- 23.1 ☐ Nunca. 23.2 ☐ Raramente. 23.3 ☐ Frequentemente. 23.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 24

Na fase subsequente do atendimento (**tratamento**) você utiliza os serviços de **Psiquiatria**?

- 24.1 ☐ Nunca. 24.2 ☐ Raramente. 24.3 ☐ Frequentemente. 24.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 25

Em se tratando da abordagem psicoterápica, qual referencial teórico (teoria, linha, modelo) você utiliza em seu trabalho? (Atendimento público).

- 25.1 ☐ Psicanalítico. 25.2 ☐ Comportamental. 25.3 ☐ Biológico.
25.4 ☐ Sistêmico. 25.5 ☐ Eclético. 25.6 ☐ Outro.(_____)

QUESTÃO 26

Levando-se em conta sua clientela (atendimento público-SUS), de que maneira você ordenaria os fatores abaixo, determinantes do estado mental de seus pacientes? Utilize os numerais, 1,2,3,4 e 5. Ou, se for o caso, assinale, com um X, somente o 26.6. ☐

- 26.1 ☐ Biológicos. 26.2 ☐ Psicológicos. 26.3 ☐ Sócio-culturais.
26.4 ☐ Socioeconômicos. 26.5 ☐ Espirituais. 26.6 ☐ Iguais em importância.

QUESTÃO 27

Entramos em um ponto delicado: Quanto você considera justo, ideal, receber **mensalmente**, por uma jornada de **4 (quatro) horas diárias** de seu trabalho? (Neste local).

- 27.1 ☐ Menos de 300 R\$ 27.2 ☐ 300 a 500 R\$ 27.3 ☐ 501 a 700 R\$
27.4 ☐ 701 a 900 R\$ 27.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 27.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
27.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 27.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 27.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 28

Quanto, realmente, você está ganhando? Considere o **ganho mensal** para uma jornada de **4 (quatro) horas diárias**. (Apenas este emprego)

- 28.1 ☐ Menos de 300 R\$ 28.2 ☐ 300 a 500 R\$ 28.3 ☐ 501 a 700 R\$
28.4 ☐ 701 a 900 R\$ 28.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 28.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
28.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 28.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 28.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 29

Você recebe seu salário (honorário ou comissão): (**Considere, apenas, este local**).

- 29.1 ☐ Diretamente do SUS, em conta bancária (autônomo).
29.2 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do Hospital (autônomo).
29.3 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do Hospital, em regime CLT.
29.4 ☐ Diretamente do Estado, como estatutário.
29.5 ☐ Diretamente do município, como estatutário.
29.6 ☐ Outra forma.(_____)

QUESTÃO 30

Que nota você daria, de 01 a 10, para seu estado de satisfação, gratificação, no exercício de sua profissão **enquanto prestador^a de serviço ao público (Municipal, Estadual, Serviço conveniado ao SUS) ?** Utilize 01 para gratificação mínima e 10 para gratificação máxima.

30.1 ☐ 01 30.2 ☐ 02 30.3 ☐ 03 30.4 ☐ 04 30.5 ☐ 05
30.6 ☐ 06 30.7 ☐ 07 30.8 ☐ 08 30.9 ☐ 09 30.10 ☐ 10

Diga-nos por que, caso sua nota tenha sido inferior a 5. _____

Algum comentário? _____

OBRIGADO

Profissional: **ASSISTENTE SOCIAL**

Ambiente : **AMBULATÓRIO**

Curitiba, ____/____/199__.

QUESTÃO 01

Na elaboração de um plano de saúde mental, como você ordenaria os fatores abaixo, quanto à importância? Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas a alternativa 1.7 ☐, se for o caso.

1.1 ☐ Político-partidário.	1.2 ☐ Ideológico.	1.3 ☐ Técnico-profissional.
1.4 ☐ Administrativo.	1.5 ☐ Ético-moral.	1.6 ☐ Outro. (_____)
1.7 ☐ Todos de igual importância(peso).		

QUESTÃO 02

Na sua opinião, como os fatores abaixo têm sido ordenados, de fato, nas discussões relativas à elaboração de um plano de saúde mental para a Cidade de Curitiba?

Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas o 2.7 ☐ ou o 2.8 ☐, se for o caso.

2.1 ☐ Político-partidário.	2.2 ☐ Ideológico.	2.3 ☐ Técnico-profissional.
2.4 ☐ Administrativo.	2.5 ☐ Ético-moral.	2.6 ☐ Outro. (_____)
2.7 ☐ Todos de igual importância(peso).	2.8 ☐ Desconhece. Não participa.	

Por que? _____

QUESTÃO 03

Por favor, assinale o item relativo à sua idade. (Considere anos completos.)

3.1 ☐ Entre 21 e 25.	3.2 ☐ Entre 26 e 30.	3.3 ☐ Entre 31 e 35.
3.4 ☐ Entre 36 e 40.	3.5 ☐ Entre 41 e 45.	3.6 ☐ Entre 46 e 50.
3.7 ☐ Entre 51 e 55.	3.8 ☐ Entre 56 e 60.	3.9 ☐ Mais de 60.

QUESTÃO 04

Faça o mesmo em relação ao seu sexo.

4.1 ☐ Masculino.	4.2 ☐ Feminino.

QUESTÃO 04a

Qual seu estado civil?

04a.1 ☐ Casado ^a .	04a.2 ☐ Divorciado ^a .	04a.3 ☐ Separado ^a .	04a.4 ☐ Solteiro ^a .
04a.5 ☐ Viúvo ^a .			

QUESTÃO 05

Há quanto tempo você está formado(a)?(Considere um número completo de anos)

- 5.1 ☐ Menos de 2 anos. 5.2 ☐ De 2 a 4 anos. 5.3 ☐ De 5 a 7 anos.
 5.4 ☐ De 08 a 10 anos. 5.5 ☐ De 11 a 13 anos. 5.6 ☐ De 14 a 16 anos.
 5.7 ☐ De 17 a 19 anos. 5.8 ☐ De 20 a 22 anos. 5.9 ☐ Mais de 22 anos.

QUESTÃO 06

Qual escola (curso, faculdade ou universidade),e respectiva cidade?

- 6.1 ☐ UFPR-Curitiba 6.2 ☐ PUC- Curitiba 6.3 ☐ Evangélica-Curitiba
 6.4 ☐ Espírita- Curitiba 6.5 ☐ Outra: (_____)

QUESTÃO 07

E quanto à pós-graduação? Assinale apenas a graduação máxima.

- 7.1 ☐ Nenhuma. 7.2 ☐ Estágio. 7.3 ☐ Aperfeiçoamento.
 7.4 ☐ Especialização. 7.5 ☐ Residência. 7.6 ☐ Mestrado.
 7.7 ☐ Doutorado. 7.8 ☐ Pós-doutorado.

QUESTÃO 08

Você já é possuidor(a) do título de especialista?

- 8.1 ☐ SIM. 8.2 ☐ NÃO.

QUESTÃO 09

Você exerce, também, clínica privada (consultório particular) **sem convênio** com serviço público?

- 9.1 ☐ SIM. 9.2 ☐ NÃO.

QUESTÃO 10

Local ou locais em que você trabalha. Assinale mais de uma alternativa se for o caso.

- 10.1 ☐ Consultório particular (Conveniado com o serviço público).
 10.2 ☐ Ambulatório "pessoa jurídica" (Conveniado com o serviço público).
 10.3 ☐ Ambulatório público (Estadual ou municipal).
 10.4 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Pacientes particulares).
 10.5 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.6 ☐ Hospital psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.7 ☐ Pronto socorro psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.8 ☐ Hospital Dia psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.9 ☐ Outros:(_____)

QUESTÃO 11

Assinale (mais de uma, se for o caso) a alternativa, em função da clientela, que diga respeito à sua atividade profissional. **(Em seu trabalho, enquanto serviço público)**

- 11.1 ☐ Alcoolistas. 11.2 ☐ Psicóticos. 11.3 ☐ Distúrbios menores (Neuróticos).
 11.4 ☐ Pessoas senis. 11.5 ☐ Adolescentes. 11.6 ☐ Crianças.

QUESTÃO 12

Você considera sua profissão, **enquanto prestador^a de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS)**:

- 12.1 ☐ Péssima. 12.2 ☐ Regular. 12.3 ☐ Boa.
 12.4 ☐ Muito boa. 12.5 ☐ Ótima.

QUESTÃO 13

Na qualidade de prestador^a de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS), tem, você, a liberdade de utilizar os recursos diagnósticos, e/ou terapêuticos, que julga necessários?

- 13.1 ☐ SIM. 13.2 ☐ NÃO. 13.3 ☐ NÃO RESPONDE

QUESTÃO 14

Caso sua resposta na QUESTÃO 13 tenha sido SIM, responda: que recursos são esses ? Indique os mais utilizados.

- 14.1 ☐ Veículos, para visitas domiciliares. 14.2 ☐ Pronto auxílio do S.S. municipal.
 14.3 ☐ Ambulância para transporte do paciente. 14.4 ☐ Passagens para transporte do paciente
 14.5 ☐ Passagens para transporte de familiares. 14.6 ☐ Tempo suficiente para atender cada um dos pacientes.
 14.7 ☐ Outros: (_____)

QUESTÃO 15

Quanto ao seu papel profissional, **acredita estar bem claro**:

- 15.1 ☐ Para os familiares do paciente. 15.2 ☐ Para o paciente.
 15.3 ☐ Para os psiquiatras. 15.4 ☐ Para os psicólogos.
 15.5 ☐ Para os administradores do seu ambulatório. 15.6 ☐ Para os demais profissionais.
 15.7 ☐ Para as pessoas em geral. 15.8 ☐ Para ninguém está claro.
 15.9 ☐ Para todos está claro.

QUESTÃO 16

Quanto aos testes psicológicos. Você os utiliza, aplicando ou solicitando, durante a etapa diagnóstica? Considere apenas este local de trabalho, onde você recebeu o questionário.

- 16.1 ☐ SIM. 16.2 ☐ NÃO. 16.3 ☐ NÃO RESPONDE.

QUESTÃO 17

E a entrevista? Quanto tempo, em média, você considera ideal para atender o seu paciente, enquanto “entrevista diagnóstica”? (*Serviço Público*)

- 17.1 ☐ Menos de quinze minutos. 17.2 ☐ 15 minutos. 17.3 ☐ 30 minutos.
17.4 ☐ 45 minutos. 17.5 ☐ 60 minutos. 17.6 ☐ Mais de 60 minutos.

QUESTÃO 18

Considerando-se a QUESTÃO 17, independentemente do motivo, quanto tempo lhe é dado dispor?

- 18.1 ☐ Menos de quinze minutos. 18.2 ☐ 15 minutos. 18.3 ☐ 30 minutos.
18.4 ☐ 45 minutos. 18.5 ☐ 60 minutos. 18.6 ☐ Mais de 60 minutos.

QUESTÃO 19

E nas entrevistas subseqüentes (“entrevistas com finalidade terapêutica”), quanto tempo lhe é dado dispor?

- 19.1 ☐ Menos de quinze minutos. 19.2 ☐ 15 minutos. 19.3 ☐ 30 minutos.
19.4 ☐ 45 minutos. 19.5 ☐ 60 minutos. 19.6 ☐ Mais de 60 minutos.

QUESTÃO 20

Quanto às entrevistas com finalidade terapêutica (seguimento), a **frequência máxima** que lhe é possível oferecer ao paciente durante o seu tratamento:

- 20.1 ☐ 3 vezes por semana. 20.2 ☐ 2 vezes por semana. 20.3 ☐ Semanalmente.
20.4 ☐ Quinzenalmente. 20.5 ☐ Mensalmente. 20.6 ☐ Bimestralmente.
20.7 ☐ 1º mês, livre. A seguir, mensalmente. 20.8 ☐ 1º mês, livre. A seguir, bimensalmente.
20.9 ☐ Outra: (_____)

QUESTÃO.20

Em sua opinião, o reinternamento deve-se a: (**Assinale a alternativa que você considera como sendo a de maior importância.**)

- 20.1 ☐ Pressões por parte dos Hospitais. 20.2 ☐ Carência de serviços ambulatoriais.
20.3 ☐ Mau atendimento ambulatorial. 20.4 ☐ Baixo nível cultural da clientela.
20.5 ☐ Bom atendimento ambulatorial, mas o paciente não pode adquirir o medicamento.
20.6 ☐ Outros: _____

QUESTÃO 21

Na fase preliminar do atendimento (**diagnóstico**) você utiliza os serviços de **Psicólogo**?

- 21.1 ☐ Nunca. 21.2 ☐ Raramente. 21.3 ☐ Frequentemente. 21.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 22

Na fase subsequente do atendimento (**tratamento**) você utiliza os serviços de **Psicólogo**?

22.1 ☐ Nunca. 22.2 ☐ Raramente. 22.3 ☐ Frequentemente. 22.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 23

Na fase preliminar do atendimento (**diagnóstico**) você utiliza os serviços de **Psiquiatra**?

23.1 ☐ Nunca. 23.2 ☐ Raramente. 23.3 ☐ Frequentemente. 23.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 24

Na fase subsequente do atendimento (**tratamento**) você utiliza os serviços de **Psiquiatra**?

24.1 ☐ Nunca. 24.2 ☐ Raramente. 24.3 ☐ Frequentemente. 24.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 25

Em se tratando da abordagem psicoterápica, qual referencial teórico (teoria, linha, modelo) você utiliza em seu trabalho? (**Atendimento público**).

25.1 ☐ Psicanalítico. 25.2 ☐ Comportamental. 25.3 ☐ Biológico.
25.4 ☐ Sistemico. 25.5 ☐ Eclético. 25.6 ☐ Outro.(_____)

QUESTÃO 26

Levando-se em conta sua clientela (atendimento público-SUS), de que maneira você ordenaria os fatores abaixo, determinantes do estado mental de seus pacientes? Utilize os numerais, 1,2,3,4 e 5. Ou, se for o caso, assinale, com um **X**, somente o **26.6** ☐.

26.1 ☐ Biológicos. 26.2 ☐ Psicológicos. 26.3 ☐ Sócio-culturais.
26.4 ☐ Sócioeconômicos. 26.5 ☐ Espirituais. 26.6 ☐ Iguais em importância.

QUESTÃO 27

Entramos em um ponto delicado: Quanto você considera justo, ideal, receber **mensalmente**, por uma jornada de **4 (quatro) horas diárias** de seu trabalho? (**Neste local**).

27.1 ☐ Menos de 300 R\$ 27.2 ☐ 300 a 500 R\$ 27.3 ☐ 501 a 700 R\$
27.4 ☐ 701 a 900 R\$ 27.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 27.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
27.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 27.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 27.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 28

Quanto, realmente, você está ganhando? Considere o **ganho mensal** para uma jornada de **4 (quatro) horas diárias**. (**Apenas neste emprego**)

28.1 ☐ Menos de 300 R\$ 28.2 ☐ 300 a 500 R\$ 28.3 ☐ 501 a 700 R\$
28.4 ☐ 701 a 900 R\$ 28.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 28.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
28.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 28.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 28.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 29

Você recebe seu salário (honorário ou comissão):(**Considere, apenas, este local**)

- 29.1 ☐ Diretamente do SUS , em conta bancária (autônomo).
 29.2 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do ambulatório(autônomo).
 29.3 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do ambulatório, em regime CLT.
 29.4 ☐ Diretamente do Estado, como estatutário.
 29.5 ☐ Diretamente do município, como estatutário.
 29.6 ☐ Outra forma.(_____)

QUESTÃO 30

Que nota você daria, de 01 a 10, para seu estado de satisfação, gratificação, no exercício de sua profissão **enquanto prestador^a de serviço ao público (Municipal, Estadual, Serviço conveniado ao SUS) ?** Utilize 01 para gratificação mínima e 10 para gratificação máxima.

- 30.1 ☐ 01 30.2 ☐ 02 30.3 ☐ 03 30.4 ☐ 04 30.5 ☐ 05
 30.6 ☐ 06 30.7 ☐ 07 30.8 ☐ 08 30.9 ☐ 09 30.10 ☐ 10

Diga-nos por que, caso sua nota tenha sido inferior a 5. _____

Algum comentário? _____

OBRIGADO.

Profissional: **ASSISTENTE SOCIAL**Ambiente : **HOSPITAL**

Curitiba, ____/____/199__.

QUESTÃO 01

Na elaboração de um plano de saúde mental, como você ordenaria os fatores abaixo, quanto à importância? Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas a alternativa 1.7 ☐, se for o caso.

1.1 ☐ Político-partidário.	1.2 ☐ Ideológico.	1.3 ☐ Técnico-profissional.
1.4 ☐ Administrativo.	1.5 ☐ Ético-moral.	1.6 ☐ Outro. (_____)
1.7 ☐ Todos de igual importância (peso).		

QUESTÃO 02

Na sua opinião, como os fatores abaixo têm sido ordenados, de fato, nas discussões relativas à elaboração de um plano de saúde mental para a Cidade de Curitiba?

Utilize os numerais 1,2,3,4,5 e 6. Assinale, com X, apenas o 2.7 ☐ ou o 2.8 ☐, se for o caso.

2.1 ☐ Político-partidário.	2.2 ☐ Ideológico.	2.3 ☐ Técnico-profissional.
2.4 ☐ Administrativo.	2.5 ☐ Ético-moral.	2.6 ☐ Outro. (_____)
2.7 ☐ Todos de igual importância (peso).	2.8 ☐ Desconhece. Não participa.	

Por quê? _____

QUESTÃO 03

Por favor, assinale o item relativo à sua idade. (*Considere anos completos.*)

3.1 ☐ Entre 21 e 25.	3.2 ☐ Entre 26 e 30.	3.3 ☐ Entre 31 e 35.
3.4 ☐ Entre 36 e 40.	3.5 ☐ Entre 41 e 45.	3.6 ☐ Entre 46 e 50.
3.7 ☐ Entre 51 e 55.	3.8 ☐ Entre 56 e 60.	3.9 ☐ Mais de 60.

QUESTÃO 04

Faça o mesmo em relação ao seu sexo.

4.1 ☐ Masculino.	4.2 ☐ Feminino.

QUESTÃO 04a

Qual seu estado civil?

04a.1 ☐ Casado ^a .	04a.2 ☐ Divorciado ^a .	04a.3 ☐ Separado ^a .	04a.4 ☐ Solteiro ^a .
04a.5 ☐ Viúvo ^a .			

QUESTÃO 05

Há quanto tempo você está formado^a? (*Considere um número completo de anos*)

- 5.1 ☐ Menos de 2 anos. 5.2 ☐ De 2 a 4 anos. 5.3 ☐ De 5 a 7 anos.
 5.4 ☐ De 08 a 10 anos. 5.5 ☐ De 11 a 13 anos. 5.6 ☐ De 14 a 16 anos.
 5.7 ☐ De 17 a 19 anos. 5.8 ☐ De 20 a 22 anos. 5.9 ☐ Mais de 22 anos.

QUESTÃO 06

Qual escola (curso, faculdade ou universidade), e respectiva cidade?

- 6.1 ☐ UFPR-Curitiba. 6.2 ☐ PUC-Curitiba. 6.3 ☐ Evangélica-Curitiba.
 6.4 ☐ Espírita-Curitiba. 6.5 ☐ Outra: (_____).

QUESTÃO 07

E quanto à pós-graduação? Assinale apenas a graduação máxima.

- 7.1 ☐ Nenhuma. 7.2 ☐ Estágio. 7.3 ☐ Aperfeiçoamento.
 7.4 ☐ Especialização. 7.5 ☐ Residência. 7.6 ☐ Mestrado.
 7.7 ☐ Doutorado. 7.8 ☐ Pós-doutorado.

QUESTÃO 08

Você já é possuidor^a do título de especialista?

- 8.1 ☐ SIM. 8.2 ☐ NÃO.

QUESTÃO 09

Você exerce, também, clínica privada (consultório particular) **sem convênio** com serviço público?

- 9.1 ☐ SIM. 9.2 ☐ NÃO.

QUESTÃO 10

Local ou locais em que você trabalha. Assinale mais de uma alternativa se for o caso.

- 10.1 ☐ Consultório particular (Conveniado com o serviço público).
 10.2 ☐ Ambulatório "pessoa jurídica" (Conveniado com o serviço público).
 10.3 ☐ Ambulatório público (Estadual ou municipal).
 10.4 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Pacientes particulares).
 10.5 ☐ Hospital psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.6 ☐ Hospital psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.7 ☐ Pronto socorro psiquiátrico público (Estadual ou municipal).
 10.8 ☐ Hospital-dia psiquiátrico particular (Conveniado com o serviço público).
 10.9 ☐ Outros: (_____)

QUESTÃO 11

Assinale (mais de uma, se for o caso) a alternativa, em função da clientela, que diga respeito à sua atividade profissional. **(Em seu trabalho, enquanto serviço público.)**.

- 11.1 ☐ Alcoolistas. 11.2 ☐ Psicóticos. 11.3 ☐ Distúrbios menores (Neuróticos).
 11.4 ☐ Pessoas senis. 11.5 ☐ Adolescentes. 11.6 ☐ Crianças.

QUESTÃO 12

Você considera sua profissão, **enquanto prestador^a de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS)**:

- 12.1 ☐ Péssima. 12.2 ☐ Regular. 12.3 ☐ Boa.
 12.4 ☐ Muito boa. 12.5 ☐ Ótima.

QUESTÃO 13

Na qualidade de prestador^a de serviço ao público (tendo como intermediário o Estado, o Município - SUS), tem, você, a liberdade de utilizar os recursos diagnósticos , e/ou terapêuticos, que julga necessários?

- 13.1 ☐ SIM. 13.2 ☐ NÃO. 13.3 ☐ NÃO RESPONDE.

QUESTÃO 14

Caso sua resposta na QUESTÃO 13 tenha sido SIM, responda: que recursos são esses ? Assinale os mais utilizados.

- 14.1 ☐ Veículos, para visitas domiciliares. 14.2 ☐ Pronto auxílio do S.S. municipal.
 14.3 ☐ Ambulância para transporte do paciente. 14.4 ☐ Passagens para transporte do paciente
 14.5 ☐ Passagens para transporte de familiares. 14.6 ☐ Tempo suficiente para atender cada um dos pacientes.
 14.7 ☐ Outros: (_____

 _____)

QUESTÃO 15

Quanto ao seu papel profissional, **acredita estar bem claro**:

- 15.1 ☐ Para os familiares do paciente. 15.2 ☐ Para o paciente.
 15.3 ☐ Para os psiquiatras. 15.4 ☐ Para os psicólogos.
 15.5 ☐ Para os administradores do seu ambulatório. 15.6 ☐ Para os demais profissionais.
 15.7 ☐ Para as pessoas em geral. 15.8 ☐ Para ninguém está claro.
 15.8 ☐ Para todos está claro.

QUESTÃO 16

Quanto aos testes psicológicos. Você os utiliza, aplicando ou solicitando, durante a etapa diagnóstica ? Considere apenas este local de trabalho, onde você recebeu o questionário.

- 16.1 ☐ SIM. 16.2 ☐ NÃO. 16.3 ☐ NÃO RESPONDE

QUESTÃO 17

Ao receber um paciente recém internado, você recebe do ambulatório, informações relativas ao diagnóstico, tratamento e evolução, caso ele tenha estado em tratamento ambulatorial?

- 17.1 ☐ Nunca. 17.2 ☐ Raramente. 17.3 ☐ Frequentemente. 17.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 18

Ao receber alta, o seu paciente, você dispõe de alternativas ambulatoriais, que atendam suas expectativas, para encaminhá-lo?

- 18.1 ☐ SIM. 18.2 ☐ NÃO.

Se a resposta for NÃO, responda: por que? _____

QUESTÃO 19

Em sua opinião, o que acontece, em geral, com seu paciente após a alta?

- 19.1 ☐ Segue tratamento ambulatorial.
 19.2 ☐ Não segue tratamento ambulatorial.
 19.3 ☐ Não segue tratamento ambulatorial mas faz uso da medicação prescrita e interrompe.
 19.4 ☐ Outra: (_____)
 19.5 ☐ (Não responde por não dispor de informações.)

QUESTÃO 20

Em sua opinião, o reinternamento deve-se a: (**Assinale a alternativa que você considera como sendo a de maior importância.**)

- 20.1 ☐ Pressões por parte dos Hospitais. 20.2 ☐ Carência de serviços ambulatoriais.
 20.3 ☐ Mau atendimento ambulatorial. 20.4 ☐ Baixo nível cultural da clientela.
 20.5 ☐ Bom atendimento ambulatorial, mas o paciente não pode adquirir o medicamento.
 20.6 ☐ Outros: _____

QUESTÃO 21

Na fase preliminar do atendimento (**diagnóstico**) você utiliza os serviços de **Psicólogo**?

- 21.1 ☐ Nunca. 21.2 ☐ Raramente. 21.3 ☐ Frequentemente. 21.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 22

Na fase subsequente do atendimento (**tratamento**) você utiliza os serviços de **Psicólogo**?

- 22.1 ☐ Nunca. 22.2 ☐ Raramente. 22.3 ☐ Frequentemente. 22.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 23

Na fase preliminar do atendimento (**diagnóstico**) você utiliza os serviços de **Psiquiatra**?

- 23.1 ☐ Nunca. 23.2 ☐ Raramente. 23.3 ☐ Frequentemente. 23.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 24

Na fase subsequente do atendimento (**tratamento**) você utiliza os serviços de **Psiquiatra**?

- 24.1 ☐ Nunca. 24.2 ☐ Raramente. 24.3 ☐ Frequentemente. 24.4 ☐ Sempre.

QUESTÃO 25

Em se tratando da abordagem psicoterápica, qual referencial teórico (teoria, linha, modelo) você utiliza em seu trabalho? (*Atendimento público*).

- 25.1 ☐ Psicanalítico. 25.2 ☐ Comportamental. 25.3 ☐ Biológico.
25.4 ☐ Sistêmico. 25.5 ☐ Eclético. 25.6 ☐ Outro.(_____)

QUESTÃO 26

Levando-se em conta sua clientela (*atendimento público-SUS*), de que maneira você ordenaria os fatores abaixo, determinantes do estado mental de seus pacientes. Utilize os numerais, 1,2,3,4 e 5. Ou, se for o caso, assinale, com um **X**, somente o 26.6 ☐.

- 26.1 ☐ Biológicos. 26.2 ☐ Psicológicos. 26.3 ☐ Sócio-culturais.
26.4 ☐ Socioeconômicos. 26.5 ☐ Espirituais. 26.6 ☐ Iguais em importância.

QUESTÃO 27

Entramos em um ponto delicado: Quanto você considera justo, ideal, receber **mensalmente**, por uma jornada de **4 (quatro) horas diárias** de seu trabalho? (*Neste local*).

- 27.1 ☐ Menos de 300 R\$ 27.2 ☐ 300 a 500 R\$ 27.3 ☐ 501 a 700 R\$
27.4 ☐ 701 a 900 R\$ 27.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 27.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
27.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 27.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 27.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 28

Quanto, realmente, você está ganhando? Considere o **ganho mensal**, para uma jornada de **4 (quatro) horas diárias**. (Apenas este emprego)

- 28.1 ☐ Menos de 300 R\$ 28.2 ☐ 300 a 500 R\$ 28.3 ☐ 501 a 700 R\$
28.4 ☐ 701 a 900 R\$ 28.5 ☐ 901 a 1.100 R\$ 28.6 ☐ 1.101 a 1.300 R\$
28.7 ☐ 1.301 a 1.400 R\$ 28.8 ☐ 1.401 a 1.600 R\$ 28.9 ☐ Mais de 1.600 R\$

QUESTÃO 29

Você recebe seu salário (honorário ou comissão) (**Considere, apenas, este local.**)

- 29.1 ☐ Diretamente do SUS, em conta bancária (autônomo).
29.2 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do Hospital (autônomo).
29.3 ☐ Indiretamente do SUS, por intermediação do Hospital, em regime CLT.
29.4 ☐ Diretamente do Estado, como estatutário.
29.5 ☐ Diretamente do município, como estatutário.
29.6 ☐ Outra forma.(_____)

QUESTÃO 30

Que nota você daria, de 01 a 10, para seu estado de satisfação, gratificação, no exercício de sua profissão **enquanto prestador^a de serviço ao público (Municipal, Estadual, Serviço conveniado ao SUS)** ? Utilize 01 para gratificação mínima e 10 para gratificação máxima.

30.1 ☐ 01 30.2 ☐ 02 30.3 ☐ 03 30.4 ☐ 04 30.5 ☐ 05
30.6 ☐ 06 30.7 ☐ 07 30.8 ☐ 08 30.9 ☐ 09 30.10 ☐ 10

Diga-nos por que, caso sua nota tenha sido inferior a 5. _____

Algum comentário? _____

OBRIGADO.

ANEXO 2 - TABELAS

5.1.1.1 O SEXO

TABELA 00 - Q-04-T — SEXO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), DE AMBULATÓRIO E HOSPITAL, EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995.

SEXO	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	15	57,69	17	30,35	13	92,85	28	90,32	8	100,00	20	90,90	101	64,33
Masculino	11	42,30	39	69,64	1	7,14	3	9,67	0	0,00	2	9,09	56	35,66
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100	157	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

5.1.1.2 A IDADE

TABELA 01 - Q-03-T — IDADE DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), DE AMBULATÓRIO E HOSPITAL, EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA-1995

IDADE, EM ANOS	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - 21-25	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,45	0	0,00	2	9,09
2 - 26-30	0	0,00	5	8,92	1	7,14	10	32,25	0	0,00	3	13,63
3 - 31-35	5	19,23	10	17,85	3	21,42	12	38,70	5	62,50	8	36,36
4 - 36-40	9	34,61	13	23,21	5	35,71	3	9,67	0	0,00	4	18,18
5 - 41-45	6	23,07	14	25,00	4	28,57	2	6,45	1	12,50	4	18,18
6 - 46-50	4	15,38	7	12,50	0	0,00	1	3,22	2	25,00	0	0,00
7 - 51-55	1	3,84	1	1,78	0	0,00	1	3,22	0	0,00	1	4,54
8 - 56-60	0	0,00	2	3,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
9 - 60+	1	3,84	4	7,14	1	7,14	0		0	0,00	0	0,00
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

5.1.1.3 O ESTADO CIVIL

TABELA 02 - Q-04a-T — ESTADO CIVIL DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq, PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS, EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA-1995.

ESTADO CIVIL	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-Não responde	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,22	0	0,00	0	0,00
1- Casado	16	61,53	38	67,85	10	71,42	12	38,70	6	75,00	9	40,90
2- Divorciado	2	7,69	5	8,92	0	0,00	2	6,45	0	0,00	2	9,09
3- Separado	2	7,69	2	3,57	1	7,14	1	3,22	0	0,00	1	4,54
4- Solteiro	6	23,07	10	17,85	2	14,28	15	48,38	2	25,00	10	45,45
5- Viúvo	0	0,00	1	1,78	1	7,14	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

5.1.1.4 TEMPO DE FORMADO

TABELA 03 - Q-05-T — TEMPO DE FORMADO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), DE AMBULATÓRIO E HOSPITAL, EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA-1995.

TEMPO DE FORMADO	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-Não responde	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1-Menos de 2 anos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,22	0	0,00	1	4,54
2-De 02 a 04 anos	0	0,00	5	8,92	1	7,14	7	22,58	1	12,50	6	27,27
3-De 05 a 07 anos	3	11,53	5	8,92	2	14,28	7	22,58	3	37,50	6	27,27
4-De 08 a 10 anos	0	0,00	6	10,71	2	14,28	10	32,25	0	0,00	3	13,63
5-De 11 a 13 anos	5	19,23	6	10,71	4	28,57	5	16,12	2	25,00	4	18,18
6-De 14 a 16 anos	9	34,61	13	23,21	5	35,71	1	3,22	0	0,00	1	4,54
7-De 17 a 19 anos	4	15,38	7	12,50	0	0,00	0	0,00	2	25,00	0	0,00
8-De 20 a 22 anos	2	7,69	3	5,35	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,54
9-Mais de 22 anos	3	11,53	11	19,64	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

5.1.1.5 ESCOLA DE ORIGEM

TABELA 04 — Q-06-T — ESCOLA DE ORIGEM DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), DE AMBULATÓRIO E HOSPITAL, EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA-1995

ESCOLA DE ORIGEM	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-Não responde	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1-UFPR	17	65,38	38	67,85	2	14,28	8	25,80	0		0	0,00
2-PUC	6	23,07	10	17,85	3	21,42	8	25,80	2	25,00	9	40,49
3-Evangélica	3	11,53	3	5,35								
4-Tuiuti					9	64,28	14	45,16				
5-Espírita-Curitiba									4	50,00	12	54,54
6-UEPG-PG/PR											1	4,54
7-Piracicaba									2	25,00		
8-Outra			5	8,92			1	3,22				
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: 1 Escola de origem:

1- UFPR (Universidade Federal do Paraná — Cursos de Medicina, Psicologia e Serviço Social.); 2- PUC (Pontifícia Universidade Católica do Paraná — Cursos de Medicina, Psicologia e Serviço Social.); 3- Evangélica (Faculdade Evangélica de Medicina); 4- Tuiuti (Universidade Tuiuti do Paraná — Curso de Psicologia); 5- Espírita -Curitiba (Faculdades Espíritas de Curitiba – Curso de Serviço Social); 6- UEPG-PG/PR (Universidade Estadual de Ponta Grossa- Ponta Grossa- PR); 7- Piracicaba (Curso de Serviço Social de Piracicaba- SP).

2 Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

5.1.1.6 PÓS GRADUAÇÃO

TABELA 05 - Q-07-T — PÓS GRADUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSQUIATRAS, (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), DE AMBULATÓRIO E HOSPITAL, EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA-1995

PÓS GRADUAÇÃO	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-Não responde	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1-Nenhuma	0	0,00	7	12,50	1	7,14	5	16,12	1	12,50	4	18,18
2-Estágio	3	11,53	12	21,42	0	0,00	7	22,58	1	12,50	3	13,63
3-Aperfeiçoamento	3	11,53	5	8,92	2	14,28	1	3,22	1	12,50	5	22,72
4-Especialização	15	57,69	17	30,35	11	78,57	12	38,70	5	62,50	10	45,45
5-Residência	4	15,38	15	26,78	0	0,00	6	19,35	0	0,00	0	0,00
6-Mestrado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
7-Doutorado	1	3,84	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
8-Pós doutorado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

5.1.1.7 TÍTULO DE ESPECIALISTA

TABELA 06 - Q-08 - AmbH.Psq — DISTRIBUIÇÃO RELATIVA AOS TÍTULOS DE ESPECIALISTA DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSQUIATRAS (Psq), DE AMBULATÓRIO E HOSPITAL, EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA-1995

POSSUEM TÍTULO DE ESPECIALISTA	PSQUIATRAS DE AMBULATÓRIOS		PSQUIATRAS DE HOSPITAIS	
	Nº	%	Nº	%
Sim	19	73,07	43	76,78
Não	7	26,92	13	23,21
TOTAL	26	100	56	100

FONTE: Pesquisa de Campo

5.1.1.9 LOCAIS DE TRABALHO

TABELA 08 - Q-10-AmbH.Psq —PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSQUIATRAS (Psq), . DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS: LOCAIS DE TRABALHO. CURITIBA-1995

LOCAIS DE TRABALHO	MÉDICOS PSIQUIATRAS (Hosp e Amb, Parciais)		MÉDICOS PSIQUIATRAS (Hosp e Amb, Totais)	
	Nº	%	Nº	%
Um local				
3	4	4,87	19	23,17
5	13	15,85		
6	2	2,43		
Dois locais				
1 e 3	1	1,21	36	43,90
1 e 5	2	2,43		
1 e 6	1	1,21		
2 e 5	5	6,09		
3 e 5	4	4,87		
3 e 6	2	2,43		
3 e 7	2	2,43		
4 e 5	3	3,65		
5 e 6	9	10,97		
5 e 7	2	2,43		
5 e 9	5	6,09		
Três locais				
1, 2 e 5	1	1,21	19	23,17
1, 3 e 6	1	1,21		
1, 3 e 7	1	1,21		
2, 3 e 5	1	1,21		
2, 4 e 5	2	2,43		
2, 4 e 9	1	1,21		
2, 5 e 6	2	2,43		
2, 5 e 7	3	3,65		
3, 4 e 5	1	1,21		
3, 5 e 7	2	2,43		
4, 5 e 6	2	2,43		
4, 5 e 8	1	1,21		
4, 5 e 9	1	1,21		
Quatro locais				
1, 3, 4 e 5	1	1,21	7	8,50
1, 3, 6 e 7	1	1,21		
2, 3, 4 e 5	1	1,21		
2, 3, 5 e 6	1	1,21		
2, 4, 5 e 8	1	1,21		
3, 4, 5 e 6	1	1,21		
3, 5, 6 e 7	1	1,21		
Cinco locais				
1, 2, 4, 5, 8 e 9	1	1,21	1	1,21
TOTAL	82	100	82	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: 1 Ambientes terapêuticos: Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

2 Locais de trabalho: 1-Consultório particular (conveniado com o serviço público); 2-Ambulatório "Pessoa jurídica" (conveniado com o serviço público); 3-Ambulatório público (estadual ou municipal); 4-Hospital psiquiátrico particular (pacientes particulares); 5-Hospital psiquiátrico particular (conveniado com o serviço público); 6-Hospital psiquiátrico público (estadual ou municipal); 7-Pronto socorro psiquiátrico público (estadual ou municipal); 8-Hospital Dia psiquiátrico particular (conveniado com o serviço público); 9-Outros

TABELA 09 — Q-10-AmbH.Psc — PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSICÓLOGOS (Psc). DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS: LOCAIS DE TRABALHO. CURITIBA-1995

LOCAIS DE TRABALHO	PSICÓLOGOS (Amb e Hosp) Parciais		PSICÓLOGOS (Amb e Hosp) Totais	
	Nº	%	Nº	%
Não responde	1	2,22	1	2,22
			Um local	
3	11	24,44		
5	20	44,44	37	82,22
6	5	11,11		
9	1	2,22		
			Dois locais	
1 e 5	3	6,66		
3 e 9	1	2,22	7	15,55
5 e 9	3	6,66		
TOTAL	45	100	44	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: 1 Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

2 Locais de trabalho:

- 1-Consultório particular (conveniado com o serviço público); 2-Ambulatório "Pessoa jurídica" (conveniado com o serviço público); 3-Ambulatório público (estadual ou municipal); 4-Hospital psiquiátrico particular (pacientes particulares); 5-Hospital psiquiátrico particular (conveniado com o serviço público); 6-Hospital psiquiátrico público (estadual ou municipal); 7-Pronto socorro psiquiátrico público (estadual ou municipal); 8-Hospital Dia psiquiátrico particular (conveniado com o serviço público); 9-Outros

TABELA 10 - Q-10-AmbH.A.s — PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, ASSISTENTES SOCIAIS PSQUIÁTRICOS (As), DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS: LOCAIS DE TRABALHO. CURITIBA-1995.

LOCAIS DE TRABALHO	ASSISTENTES SOCIAIS (Amb e Hosp) Parciais		ASSISTENTES SOCIAIS (Amb e Hosp) Totais	
	Nº	%	Nº	%
Não responde	1	3,33	1	3,33
			Um local	
3	2	6,66		
5	11	36,66	16	53,33
6	2	6,66		
7	1	3,33		
			Dois locais	
4 e 5	6	20,00		
5 e 9	2	6,66		
6 e 7	1	3,33	11	36,66
6 e 8	1	3,33		
6 e 9	1	3,33		
			Três locais	
2, 3 e 4	1	3,33		
2, 4 e 5	1	3,33	2	6,66
TOTAL	30	100	29	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: 1 Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

2 Locais de trabalho:

- 1-Consultório particular (conveniado com o serviço público); 2-Ambulatório "Pessoa jurídica" (conveniado com o serviço público); 3-Ambulatório público (estadual ou municipal); 4-Hospital psiquiátrico particular (pacientes particulares); 5-Hospital psiquiátrico particular (conveniado com o serviço público); 6-Hospital psiquiátrico público (estadual ou municipal); 7-Pronto socorro psiquiátrico público (estadual ou municipal); 8-Hospital Dia psiquiátrico particular (conveniado com o serviço público); 9-Outros

5.1.1.10 CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA

TABELA 11 - Q-11-AmH.Psq — CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA ATENDIDA PELOS PROFISSIONAIS PSIQUIATRAS (Psq), DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS. CURITIBA-1995

CLIENTELA	PROFISSIONAIS	Nº	%
Uma patologia			
1 Psq	5	10	(12,19%)
2 Psq	5		
Duas patologias			
12 Psq	9		
15 Psq	1		
23 Psq	7	22	(26,82%)
24 Psq	1		
25 Psq	2		
56 Psq	1		
Três patologias			
123 Psq	7		
124 Psq	7		
125 Psq	3		
234 Psq	2	24	(29,26%)
235 Psq	1		
236 Psq	1		
245 Psq	2		
246 Psq	1		
Quatro patologias			
1234 Psq	8		
1235 Psq	2	13	(15,85%)
1245 Psq	2		
1345 Psq	1		
Cinco patologias			
12345 Psq	5	6	(07,31%)
13456 Psq	1		
Seis patologias			
123456 Psq	7		(08,53%)
TOTAL		82	

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Clientela enquanto patologias ou faixa etária:

- 1-Alcoolista; 2-Psicóticos; 3-Distúrbios menores (Neuróticos); 4-Pessoas senis;
- 5-Adolescentes; 6-Crianças

TABELA 12 - Q-11-AmbH.Psc — CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA ATENDIDA PELOS PROFISSIONAIS PSICÓLOGOS (Psc), DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS. CURITIBA-1995

CLIENTELA	PROFISSIONAIS	Nº	%
Uma patologia			
1 Psc	3	12	(26,66%)
2 Psc	7		
3 Psc	2		
Duas patologias			
12 Psc	6	15	(33,33%)
12 Psc	3		
13 Psc	3		
23 Psc	1		
56 Psc	2		
Três patologias			
123 Psc	1	11	(24,44%)
123 Psc	1		
124 Psc	1		
125 Psc	1		
135 Psc	3		
153 Psc	1		
245 Psc	1		
356 Psc	1		
Quatro patologias			
1234 Psc	1	4	(8,88%)
1235 Psc	1		
1246 Psc	1		
2356 Psc	1		
Cinco patologias			
12345 Psc	1	2	(4,44%)
23456 Psc	1		
Seis patologias			
123456 Psc	1	1	(2,22%)
TOTAL		45	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Clientela enquanto patologias ou faixa etária:

- 1-Alcoolista; 2-Psicóticos; 3-Distúrbios menores (Neuróticos); 4-Pessoas senis;
- 5-Adolescentes; 6-Crianças

TABELA 13 - Q-11-AmbH.As — CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA ATENDIDA PELOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES SOCIAIS PSQUIÁTRICOS (As), DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS, CURITIBA-1995

CLIENTELA	PROFISSIONAIS	Nº	%
Não responde As	2	1	(6,66%)
		Uma patologia	
1 As	4	8	(26,66%)
2 As	4		
		Duas patologias	
12 As	7	8	(26,66%)
23 As	1		
		Três patologias	
126 As	1	3	(10,00%)
135 As	1		
156 As	1		
		Cinco patologias	
12345 As	7	7	(23,33%)
		Seis patologias	
123453 As	1	2	(6,66%)
123456 As	1		
TOTAL		30	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Clientela enquanto patologias ou faixa etária:

- 1-Alcoolista; 2- Psicóticos; 3-Distúrbios menores (Neuróticos); 4-Pessoas senis;
5-Adolescentes; 6-Crianças

5.1.2 OS PROBLEMAS DO DIA-A-DIA (DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICA, E PROBLEMAS CORRELATOS)

5.1.2.1.1 Fatores que deveriam ser levados em conta na elaboração de um plano de saúde mental

TABELA 14 - Q-01-T — OPINIÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS PSQUIÁTRICOS (As), DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS, QUANTO A ORDEM DE FATORES QUE, COMO IDEAL, DEVERIA SER LEVADA EM CONTA NA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE MENTAL PARA CURITIBA - 1995

FATORES EM ORDEM IDEAL	PROFISSIONAIS	Nº	%
Não responde As	1	2	(1,27%)
Não responde Psc	1		
7 As	10	32	(20,38%)
7 Psc	10		
7 Psq	12		

continua

TABELA 14 - Q-01-T — OPINIÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As), DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS, QUANTO A ORDEM DE FATORES QUE, COMO IDEAL, DEVERIA SER LEVADA EM CONTA NA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE MENTAL PARA CURITIBA - 1995

FATORES EM ORDEM IDEAL	PROFISSIONAIS	continuação	
		Nº	%
12453 Psq	1	5	(3,18%)
13542 Psq	1		
14253 Psc	1		
14532 Psc	1		
15634 Psc	1		
21435 Psq	3	13	(8,28%)
23514 Psc	2		
23541 As	1		
23541 Psq	1		
23546 Psq	1		
23645 Psc	1		
25134 Psc	1		
25143 As	1		
25341 Psc	1		
25413 Psq	1		
30000 As	1		
30000 Psc	1		
30000 Psq	4	74	(47,13%)
31542 Psq	1		
32000 Psq	1		
32450 Psq	1		
32451 As	1		
32451 Psc	1		
32451 Psq	1		
32541 Psq	1		
32546 Psq	1		
34000 Psc	1		
34000 Psq	3		
34125 Psq	1		
34152 Psq	1		
34215 Psq	1		
34512 As	1		
34512 Psc	1		
34521 As	1		
34521 Psc	2		
34521 Psq	2		
34525 Psq	1		
35000 Psc	1		
35142 Psq	1		
35214 Psc	1		
35214 Psq	1		
35241 Psc	1		
35241 Psc	1		
35241 Psq	8		
35321 As	1		
35400 Psc	1		

continua

TABELA 14 - Q-01-T — OPINIÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As), DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS, QUANTO A ORDEM DE FATORES QUE, COMO IDEAL, DEVERIA SER LEVADA EM CONTA NA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE MENTAL PARA CURITIBA - 1995

			conclusão	
FATORES EM ORDEM IDEAL	PROFISSIONAIS	Nº	%	
35400 Psq	3	9	(5,73%)	
35412 As	1			
35412 Psc	2			
35412 Psq	3			
35420 Psc	2			
35420 Psq	1			
35421 As	7			
35421 Psc	2			
35421 Psq	7			
354626 Psq	1	23	(14,64%)	
41325 Psq	1			
42351 Psq	1			
42531 Psq	1			
43215 Psq	1			
43250 Psq	1			
43512 Psq	1			
43521 Psq	3			
50000 Psq	2			
52421 As	1			
52431 Psq	1	6		
53241 As	1			
53241 Psc	2			
53241 Psq	2			
53245 Psc	1			
53400 Psc	1			
53420 Psq	1			
53421 As	1			
53421 Psc	6			
53421 Psq	1			
53425 Psc	1	1		
54300 Psq	1			
TOTAL		157	100	

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Possíveis fatores a serem levados em conta na elaboração de um plano de saúde mental para Curitiba:

- 1-Político-partidário; 2-Ideológico; 3-Técnico-Profissional; 4-Administrativo; 5-Ético-Moral; 6-Outro; 7-Todos de igual importância (peso).

5.1.2.1.2 Fatores efetivamente levados em conta

TABELA 15 - Q-02-T — OPINIÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS PSQUIÁTRICOS (As), DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS, QUANTO A ORDEM DE FATORES QUE, NA SUA OPINIÃO, REALMENTE TEM SIDO LEVADA EM CONTA NA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE MENTAL PARA CURITIBA - 1995

FATORES EM ORDEM REAL	PROFISSIONAIS	Nº		%
Não responde	As	1	3	(1,91%)
Não responde	Psc	1		
Não responde	Psq	1		
7	As	5	13	(8,28%)
7	Psc	1		
7	Psq	7		
8	As	8	47	(29,93%)
8	Psc	22		
8	Psc	1		
8	Psq	16		
10000	As	1	58	(1)(36,94%)
10000	Psc	3		
10000	Psq	3		
12000	Psc	1		
12300	Psq	1		
12340	Psq	1		
12345	Psq	1		
12430	Psq	1		
12435	As	5		
12435	Psq	3		
12436	Psq	1		
12453	Psc	2		
12453	Psq	3		
13425	Psc	1		
13425	Psq	1		
14200	Psq	1		
14235	As	3		
14235	Psc	2		
14235	Psc	1		
14235	Psq	7		
14253	As	1		
14253	Psc	1		
14253	Psq	5		
14300	Psc	1		
14300	Psq	1		
14325	As	2		
14325	Psq	1		
14352	Psc	2		
14523	Psq	2		

continua

TABELA 15 - Q-02-T — OPINIÃO DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS PSIQUIÁTRICOS (As), DE AMBULATÓRIOS E HOSPITAIS, QUANTO A ORDEM DE FATORES QUE REALMENTE TEM SIDO LEVADA EM CONTA NA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE SAÚDE MENTAL PARA CURITIBA - 1995.

		conclusão	
FATORES EM ORDEM REAL	PROFISSIONAIS	Nº	%
20000 As	1	9	(5,73%)
21345 Psq	1		
21400 Psc	1		
21435 Psc	3		
21435 Psq	1		
21543 Psc	1		
21543 Psq	1	4	(2,54%)
31425 Psq	1		
35000 Psc	1		
35214 Psq	1		
35421 Psq	1		
40000 Psc	1	21	(13,37%)
41235 Psq	2		
41253 Psc	1		
41253 Psc	1		
41253 Psq	2		
41325 Psq	1		
41352 As	1		
41352 Psq	1		
42000 Psq	1		
42135 Psq	1		
42153 Psq	3		
42351 As	1		
42531 Psq	1		
43200 Psq	1		
43251 Psq	1	2	(1,27%)
43512 Psq	1		
43521 Psq	1	1	(0,63%)
50000 Psq	1		
53421 Psq	1	1	(0,63%)
60000 Psq	1		
TOTAL		157	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: 1 Possíveis fatores a serem levados em conta na elaboração de um plano de saúde mental para Curitiba:

- 1-Político-partidário; 2-Ideológico; 3-Técnico-Profissional; 4-Administrativo; 5-Ético-Moral; 6-Outro; 7-Todos de igual importância (peso); 8-Desconhece, não participa.

(*) Se excluirmos dos cálculos os 3 que não responderam e os 47 que não participam das discussões, tem-se 107 respondentes. Então, 58 de 107 (54,20%) consideram o fator Político-partidário como o colocado em primeiro plano.

5.1.2.2.3 Vínculo empregatício

TABELA 20 - Q-29-T — VÍNCULO EMPREGATÍCIO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0- Não respondem	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1- Direto do SUS, (aut.)	1	3,84	36	64,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2- Indireto do SUS, (aut.)	5	19,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,54
3- Indireto do SUS, CLT	4	15,38	14	25,00	0	0,00	26	83,87	2	25,00	20	90,90
4- Estatutário estadual	14	53,54	6	10,71	10	71,42	4	12,9	6	75,00	1	4,54
5- Estatutário municipal	1	3,84	0	0,00	4	28,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00
6- Outra forma	1	3,84	0	0,00	0	0,00	1	3,25	0	0,00	0	0,00
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: 1 Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

2 Vínculo empregatício (maneira de ser remunerado):

- 1-Diretamente do SUS, em conta bancária (autônomo); 2-Indiretamente do SUS por intermediação do Hospital (autônomo); 3-Indiretamente do SUS por intermediação do Hospital, em regime CLT; 4-Diretamente do Estado, como estatutário; 5-Diretamente do Município como estatutário; 6-Outra forma.

5.1.2.3.1 Referencial teórico

TABELA 21 - Q-25-T — REFERENCIAL TEÓRICO: PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES SOCIAIS (As), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

REFERENCIAL TEÓRICO	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não responde	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	25,00	1	4,54
1-Psicanalítico	0	0,00	0	0,00	3	21,42	13	41,93	0	0,00	3	13,63
2-Comportamental	1	3,85	6	10,71	1	7,14	1	3,22	0	0,00	2	9,09
3-Biológico	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4-Sistêmico	1	3,85	0	0,00	3	21,42	3	9,67	1	12,50	8	36,36
5-Eclético	1	3,85	1	1,79	5	35,71	7	22,58	1	12,50	3	13,63
6-Outro	1	3,85	2	3,57	0	0,00	6	19,35	3	37,50	0	0,00
1-3 (Psic. & Biol.)	1	3,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3-4 (Biol. & Sist.)	1	3,85	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1-2 (Psic. & Comp.)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2-4 (Comp. & Sist.)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	12,50	4	18,18
1-4 (Psic. & Sist.)	0	0,00	1	1,79	2	14,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4-5 (Sist. & Eclet.)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,22	0	0,00	0	0,00
2-3 (Comp. & Biol.)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1-3-4 (Psic., Biol. & Sist.)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2-4-5 (Comp, Sist & Eclet)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	4,54
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: 1 Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

5.1.2.3.8 Disponibilidade ambulatorial

TABELA 30 - Q-18-H.T — OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, DE HOSPITAIS, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES .SOCIAIS (As), QUANTO A HAVER, OU NÃO ALTERNATIVAS AMBULATORIAIS PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES APÓS A ALTA HOSPITALAR, QUE SATISFAÇAM AS NECESSIDADES. CURITIBA - 1995

ALTERNATIVAS AMBULATORIAIS?	Psq Hosp.		Psc Hosp.		As Hosp.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-Não responde	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1-Sim	30	53,57	9	29,03	14	63,63
2-Não	26	46,42	22	70,96	8	36,36
TOTAL	56	100	31	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

5.1.2.3.10 Solicitação de recursos diagnósticos

TABELA 37 - Q-13-T — LIBERDADE QUANTO A SOLICITAÇÃO DE RECURSOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (.Psq.), PSICÓLOGOS (.Psc.) E ASSISTENTES SOCIAIS (.As.), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (.ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS.). CURITIBA - 1995

LIBERDADE EM SOLICITAR RECURSOS DIAG. E TERAP.	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não responde	1	3,84	2	3,57	3	21,42	4	12,90	0	0,00	0	0,00
Não	13	50,00	39	69,64	4	28,42	19	61,29	3	37,50	11	50,00
Sim	12	46,15	15	26,78	7	50,00	8	25,80	5	62,50	11	50,00
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

5.1.2.3.13 Utilização de testes psicológicos

TABELA 42 - Q-16-T — SOLICITAÇÃO DE TESTES PSICOLÓGICOS POR PARTE DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL, PSIQUIATRAS (Psq), PSICÓLOGOS (Psc) E ASSISTENTES .SOCIAIS (As), EM ATENDIMENTO PÚBLICO (ESTADUAL, MUNICIPAL, SUS). CURITIBA - 1995

SOLICITAÇÃO DE TESTES PSICOLÓGICOS	Psq Amb		Psq Hosp		Psc Amb		Psc Hosp		As Amb		As Hosp	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não responde	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	22	100,00
Solicita testes psicol.	7	26,92	6	10,71	5	35,71	2	6,45	2	25,00	0	0,00
Não solicita testes psi	19	73,07	50	89,28	9	64,28	29	93,54	6	75,00	0	0,00
TOTAL	26	100	56	100	14	100	31	100	8	100	22	100

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Ambientes terapêuticos:

- Amb = Ambulatório; Hosp = Hospital.

ANEXO 3 - ENTREVISTAS

PLANO DA ENTREVISTA

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

1-Em relação às características da clientela:

1.1- Sexo	1.4- Escolaridade	1.7- Tipo de patologia
1.2- Idade	1.5- Renda familiar	
1.3- Procedência	1.6- Comorbidade	

2-Em relação ao processo diagnóstico:

2.1- Tempo de entrevista	2.4- Exames médico-laboratoriais
2.2- Quem realiza a entrevista	2.5- Testes psicológicos
2.3- Tempo disponível	2.6- Quem requisita os exames.

3-Em relação ao tratamento (exeqüibilidade):

- 3.1- Organização funcional, incluindo estrutura física.
- 3.2- Recursos farmacológicos
- 3.3- Outros recursos de terapia somática (ECT, etc.)
- 3.4- Tempo disponível com o cliente.

4-Em relação ao posterior acompanhamento do paciente:

5-Integração funcional entre profissionais do mesmo serviço:

6-Intercomunicação entre os serviços e integração dos mesmos:

PSIQUIATRAS – AMBULATÓRIOS

01) PSIQUIATRA, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: A demanda aqui é muito grande. Então eu acho... não chega a ser uma coisa que atrapalha, o serviço da gente. Eu até tento disciplinar e eu não atendo todo mundo. Porque tem lista de espera. Porque eu procuro conservar o tempo que eu preciso, porque o tempo de atendimento. O tempo para a tender o paciente, fazer a avaliação diagnóstica, inicialmente, depois para fazer as consultas de tratamento... grupo de terapia, tudo, né... podem ser um fator que atrapalha o diagnóstico e o tratamento. Já houve época que limitaram o nosso tempo. Hoje, aqui neste local a gente até tem muita liberdade, sabe?. E isso é uma coisa que eu acho boa, né? Pra trabalhar do jeito que a gente quer. Então eu tenho disciplinado o meu trabalho, né? Eu reservo um tempo, sabe? Pra primeira consulta... Eu disponho de meia hora. Como eu atendo só criança, então eu até não completo uma avaliação diagnóstica em meia hora, tá? Eu reservo meia hora para o contato com a família... depois uma outra meia hora, numa segunda vez, pra contato com a criança. E até mais tempo pra completar uma avaliação diagnóstica. E, o atendimento de consulta sim. Daí, então, dá pra fazer atendimento de consultas médicas, por exemplo, em 20 minutos. Depois subsequentes, né? Até de uma hora... Eu tenho conseguido... eu tenho conseguido fazer essas coisas, aqui, sabe? É por essa situação desse lugar... né? A gente tem reservado tempo. Eu até... eu não tenho assim muito impeditivo. Deu pra gente desenvolver até um trabalho razoável aqui, né? Com equipe. Certo que a gente tem, éééé... reclamado... colocado como a gente quer trabalhar... e tem conseguido. Mas com isso nós atendemos poucas pessoas, sabe? Nosso serviço é pequeno... é limitado, né. E daí isso traz dificuldades de repressão de demanda, né? Temos uma demanda reprimida por causa disso. Mas..., sabe? Que eu saiba, assim, ninguém vem cobrar isso. De mim, particularmente, não.

(intimação) Eu não vejo na questão de intimação dificuldades. Não, pra mim, sabe. Porque eu tenho uma filosofia de não intimar e procurar trabalhar no ambulatório. Mas aí eu tenho limitações sim: porque pra trabalhar no ambulatório, eu preciso... a gente precisaria ter uma estrutura de ambulatório melhor, que a gente não tem. Sabe? Somos bastante limitados... quanto à espaço físico... éééé... Primeiro espaço físico. Né? Pra tratar as crianças. Um espaço mais adequado, que não... A gente precisaria, assim de... mais trabalho com a comunidade, com as famílias. Sabe? Aqui e fora daqui, com as escolas. Isso sim é um fator limitante. Daí porque... Daí eu não me incomodo que não tenha hospital, certo?. Dá pra trabalhar fora do hospital. Uma vez que a gente trabalhe bem com as famílias, né? Éééé... com crianças, sabe? Com ajuda da comunidade... Não há serviços hospitalares para criança. Se não dá mesmo a gente tem procurado ajuda mais do lado social mesmo. Lares de menores, lares sociais... Agora isso é outro impeditivo... lares sociais mais adequados...

Agora, problemas, olha, administrativo tem muitos. Políticos administrativos. A gente teria que ter, por exemplo, um serviço infantil mais individualizado. Não misturado, num serviço geral como este aqui. O tratamento de crianças requer uma série de coisas, assim... específicas, né? A idade... e tudo, né? E a gente não tem aqui. Procura ter, mas não temos. Não temos... salas... muitas coisas... recursos... até mais profissionais. Faltam psiquiatras infantis. Psicólogos até tem mais. Mas falta psicólogos... mais assistente social. Profissionais de apoio para o tratamento. Em Curitiba só nós atendemos, no serviço público, em psiquiatria. E tem... onde tem psiquiatra na equipe. Há um outro serviço, mas só conta com psicólogo e psicopedagoga. Na Kennedy no bairro Portão (CRE-Kennedy) Então, eu sou a única psiquiatra infantil do serviço público. Isso acarreta um problema enorme, sabe? Porque daí todo mundo me pede consulta. A cidade inteira, quando quer pedir uma consulta para um psiquiatra infantil, pede pra mim. E eu, é lógico, não dou conta do serviço, e, aliás, isso também, me preocupa. E uma vez que eu organizo não atrapalha o meu serviço. Mas é uma dificuldade no serviço público. É de ter profissionais específicos... alguma coisa ligado a pediatria. Pediatras... Sobra gente, criança que não é atendida... É isso que me ocorre!

A interdisciplinaridade é difícil aqui. Existe a multi, que nós temos aqui. Mas é difícil de trabalhar... se integrar mesmo. Trabalhar junto... vamos dizer... né? Você tem um caso aqui, você tem que trocar... esse caso, né?. Todos os profissionais juntos. Isso é uma coisa muito difícil. Por causa dos horários... cada um tem um horário diferente. Espalhados... Difícil ter uma equipe, assim completa... num tempo, só. E eu acho que os profissionais, também, não estão bem conscientes da importância, sabe? Eu não sei se por não saberem, por comodismo... sabe?... porque é um trabalho mais difícil, não é?... ele é muito... tem, assim, problemas, aí, mesmo, pessoais, por exemplo, né? Porque é difícil você se expor, não é? A gente expõe o trabalho da gente... na equipe... o outro psiquiatra expõe... o psicólogo, o psicopedagogo, né? E isso é uma coisa que o pessoal é muito resistente a isso. Também, oficialmente, não se tem uma linha, também, que reforçasse isso, sabe?. Que procurasse promover, a nível de coordenação de serviço, sabe? Direção, mesmo. Ninguém se incomoda muito... no aspecto técnico, não é?... da coisa. Se a gente não faz pela gente. Como por exemplo, essa equipe que nós temos aqui, nós fazemos por iniciativa quase própria... nós conseguimos nos reunir... É uma coisa bem seletiva, não é?: nós nos acertamos melhor... nos damos (ri) melhor. Mas é difícil fazer. Não é fácil... isso aí. E, tem muita coisa externa aí que atrapalha... não é? Porque, daí, tem os outros profissionais trabalhando aqui também... que... éééé... sabe? Daí, no fim, a gente acaba se... Outros profissionais, eu digo, outros médicos... outros psicólogos, outros, sabe?... as vezes... eu tava atendendo um grupo ali... chegou uma psicóloga queria atender ali também (ri). Daí veio, atrapalhou o grupo... porque ficamos conversando na porta... ali, sabe? Queria entrar... então... Digo, os profissionais entre si. A multi já é difícil, a inter, então... É difícil, é muito difícil... Só pra você ver... Bom... nós fazemos um grupo de criança, nós três, sabe? Eu com psicóloga e a pedagoga. Só nós três. A assistente social e a outra psicóloga, que não participam, ficam com a família. Mas é um trabalho muito difícil. É difícil mais por problemas pessoais.

O ganho interfere assim no cumprimento de carga horária. Ninguém cumpre carga horária... Uns cumprem mais, outros menos... sabe? Daí isso trás, assim, situações... fulano não cumpre, ou cumpre, há uma injustiça, coisas assim. No serviço público tem uma coisa aí com o médico e o não médico: o pessoal segue muito o médico. O médico é assim, um líder. Do jeito que ele trabalha os outros seguem. Então o médico trabalha menos tempo, sabe começam a trabalhar menos tempo que nem o médico, mas eles tem uma carga horária maior. Os médicos aqui até cumprem horário, sabe. Eu acho que os médicos trabalham bastante... os médicos que trabalham na frente (PA). Eles cumpre as 3 horas. Quase todos. Porque não tem jeito de deixar. Os médicos estão super sobrecarregados. Eles é que

trabalham mais aqui, sabe? Mas também por dificuldades deles de dividir o trabalho. Se dividissem com os outros profissionais... Os médicos são muito fechados. E então, daí, sabe? Então, daí ninguém cobra de médico, aqui. Os outros profissionais são muito cobrados, mas começam a fazer que nem os médicos. Os médicos trabalham 2 horas, 3 horas, todo mundo trabalha 3 horas, pessoal que deve fazer 6 horas.

Do ponto de vista técnico até se gratifica. Financeira a gente já sabe que não é bom. A não se gratifica. Ninguém paga por esse tipo de trabalho. Deveria se ganhar pelo menos 3 vezes mais. Porque a gente desenvolve aqui um trabalho sofisticado, que exige uma formação. Eu ganho R\$1.400,00, tá? Isso aqui com os adicionais. O salário é de R\$630,00. Mas a gente tem os adicionais, sabe? que não estão no salário. E isso é uma preocupação, inclusive, porque quando você se aposentar vai ficar com o salário, sem os adicionais, e o que vai acontecer? Isso num contrato de 4 horas por dia, mas a gente 3, e é quase um direito adquirido. Quem começa agora começa com R\$600,00, mas o Estado não contrata mais, quem vai contratar é o Município.

Quanto ao sexo: não vejo problemas maiores.

A idade: existe, porque como falei pra você: local específico, material pra trabalhar, quando se trabalha com criança tem que ter. Tem que ter. Testes, a psicóloga tem.

A procedência: temos dificuldade porque não se tem acesso a escola. Como por exemplo uma criança que venha de Rio Branco do Sul. É difícil trabalhar com psiquiatria infantil, com psicologia, tudo isso. Uma criança que não é, vamos dizer, da comunidade, que não mora por aí. Isso aí trás dificuldade, sim, de procedência.

Quanto a escolaridade, a dificuldade é com os pais, os pais tem dificuldade. Falta de escolaridade dos pais, nas orientações de tratamento, isso interfere. Escolaridade das crianças... também. Sabe? As crianças que fazem tratamento psiquiátrico ou psicológicos, que tem as suas dificuldades, elas são alvo de preconceito. As escolas não querem. Tem crianças que não estão na escola por causa disso. Então isso cria uma dificuldade sim. Tenho, então, dificuldade de atingir o objetivos terapêuticos, reabilitação, tudo isso.

A renda familiar, é lógico. Não têm dinheiro para vir a tratamento. Ter que ajudar.

Comorbidade. Sim há muita comorbidade. Dentro da psiquiatria, com a neurologia. A gente só pode trabalhar com patologia mais leve. Com patologias mais graves...mas devido a essas coisas, fica difícil de se trabalhar. As patologias mais graves ficam sem tratamento, não tem serviços. Ficam só com medicação... não podendo se fazer mais coisas.

Tempo de entrevista: como eu consigo me organizar. No ambulatorio é mais tranquilo. No PA, ali, se tem muita dificuldade. Comigo, tudo bem, mas eu uma pessoa, assim, muito dura. Eu coloco limites, assim, de uma forma, as vezes, muito agressiva, assim, sabe? Eu sou (ri) muito chata, né? Não são todos aqui assim, todos os médicos. Tem médico que tem dificuldade... está sobrecarregado e tem dificuldade de colocar limites. Eu acho que deve colocar limite. Limite na demanda, limite no tempo de trabalho e tudo.

Exames médico-laboratoriais: Existe uma dificuldade, sim, nossa. É que eu não peço tanto assim. Se a gente vai pedir alguns exames mais sofisticado, a gente não pode pedir diretamente da psiquiatria. Tem que ser...tem que encaminhar para a clínica médica. A gente não tem essa liberdade. Deveria ter. Eu acho que sim. Porque o psiquiatra pode pedir por exemplo Tomografia, essas coisas. O psiquiatra pode pedir, porque não? Não se pode per direto. Só se pode pedir exame de rotina.

Do jeito que eles estão sobrecarregados, os testes nem são solicitados. Aqui tem as psicólogas que tem esse material e aplicam quando querem.

Recursos terapêuticos: Falta remédio. Aqui é o único lugar que tem remédio. E isso que sobrecarrega aqui o CPM. Ninguém tem remédio de psiquiatria na cidade. NINGUÉM!, nem US, nem prefeitura, ninguém. Todo mundo vem aqui pra pegar remédio. Daí o que acontece?... eles procuram manter... mas falta.

Não tenho usado outros recursos de terapia somática. Só farmacológico.

Há muitos conflitos... (rindo). Pelos espaços físicos, registro de atividades, produtividade. Porque eles (administradores) vem em cima da gente. A gente vai em cima deles reclamando do gerenciamento deles (rindo). A gente tem esse tipo... não é uma briga feia. A gente consegue brigar... assim. Quanto ao pessoal auxiliar: esse aqui é um lugar que se a gente não abrir o olho pra estar assim, bem mantido, sabe? Que daí fica uma briga séria pra manter o lugar. Sabe? Várias coisinhas mais. Temos uma dificuldade imensa. Esse lugar está muito sucatado, sabe? está esquecido,... né? Pelo pessoal da Secretaria. As ambulâncias, sabe estão podres. Os carros estão quebrando na rua. Então está muito ruim isso.

Quanto a conflitos com médicos e psicólogos: Não sei se há conflitos aqui de médicos e psicólogos. Sabe aqui tem uma situação, meio, sabe? Cada um faz o seu trabalho...Meio separados. Médicos de um lado psicólogos de um outro. Mas na psiquiatria infantil a gente tem tentado se entrosar. Psiquiatras entre si, com outros membros da equipe. Em relação a linha de trabalho, até consegue viver numa boa. O pessoal se respeita, até; Um trabalha de um jeito, outro de outro. É o que eu digo. Aqui cada um faz o que quer. Sabe? Um lugar (ri) bem livre nesse sentido. As pessoas se aceitam. Não há conflito nesse ponto. Com os assistentes sociais nós temos dificuldades, sabe? com o serviço social, sabe? No ambulatorio a gente tem que ter uma assistente social só...tem mais assistente social mais ligados no PA que no ambulatorio. O pessoal fica mais em função do PA, levando pacientes pros hospitais. Ai nós temos um problema, sabe, com o serviço social, sério. Falta assistente social e nós cobramos um serviço que eles não estão fazendo, sabe? Tem esse tipo... umas coisas assim. A gente não se entende. Temos terapeuta ocupacional só uma no NAPS, aqui nós não temos. Nós gostaríamos de ter e não temos. Essa é uma falha, que nós... No ambulatorio não tem enfermagem. Se a gente algum dia precisar de serviço de enfermagem no ambulatorio, temos que ir lá no serviço de emergência pedir alguém. Que as vezes aparece um caso de emergência no ambulatorio. Um paciente que é do ambulatorio e entra em emergência, se o profissional do paciente está aqui, a emergência vem pra cá. A gente tem que ir correndo lá na frente.

O psiquiatra é o mais solicitado. Os psiquiatras estão todos, assim com a agente lotada, não tem vaga. Os médicos se relacionam mais com o serviço social do que com o psicólogos, devido a problemas com a renda social.

Eu gostaria que o serviço fosse mais desenvolvido, mais individualizado, assim, no serviço. Financeiramente eu gostaria... Eu até, faria esse trabalho aqui se fosse bem remunerada, e se desse para desenvolver um trabalho assim, eu faria um trabalho oficial, só isso. Né? Eu gosto de trabalhar... Eu também tenho formação pra trabalhar assim...

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Ééé... Não... Eu acho assim... que o paciente não deve ficar restrito a instituição, mesmo. Eu acho até que a gente tem que ver bem o que significa isso. Eu não sou a favor de... assim, se for tirar... vamos dizer... que o paciente fique sem instituição onde ele possa recorrer...onde ele possa...Eu acho que ele precisa, num ponto ou outro, dependendo da situação, sempre ele vai precisar de hospital. Agora eu acho que ele não deve ficar restrito a esse tipo de tratamento. Tem ficado restrito a esse tipo de tratamento. Eu acho que o modelo é hospitalocêntrico, não resta a menor dúvida. E esse modelo, não é... a gente conhece outros. Países (rindo) não?... Têm-se feito trabalhos, né? Para tratar pessoas fora do hospital, e que funciona, né? Onde as pessoas podem ficar na sua comunidade. Não precisa ser separada. Separação traz dificuldades. Pode trazer benefício num certo ponto assim, num tempo curto, mas a longo prazo não. Mas lógico que precisa hospitalizar, né? Como em toda doença, em psiquiatria também as vezes é preciso hospitalizar. Eu posso prescindir de hospitais com crianças, eu. Pra adolescentes, não se pode prescindir. Adulto também. O problema é a desintegração que existe entre os hospitais e depois no acompanhamento do paciente. Uma integração extra-hospitalar. Não existe serviços extra hospitalar (rindo). Precisa desenvolver serviços extra-hospitalar. E desenvolvido sempre haverá necessidade de leitos pra internamento. Agora, o hospital psiquiátrico, ainda detém a minha... alguns fazem idéia...que não devem continuar. Eu acho que os hospitais psiquiátricos, não precisariam ser locais de segregação. Fazendo um bom trabalho de sensibilização... a faculdade de medicina... e as outras faculdades de outros profissionais, psicólogos... todo mundo. Tem que ter uma idéia...até o povo...tem que ter uma idéia de que as doenças mentais podem ser tratadas em outros hospitais. Mas assim de cara... 5 a 10 anos (rindo). Mas tem que bater firme. Ai vem o papel do serviço público. Alguém que possa mobilizar. Educação... né? Em pouquíssima escala tem sido feito. Bem pouquinho. A Secretaria Municipal, essa idéia eles estão procurando fazer isso. Agora, o hospital psiquiátrico ele até poderia... ser... existir também uma instituição em menor escala. Para efetuar tratamento a longo prazo pra essas pessoas de... mais crônicas. Eu acho que isso também pode...

Eu acho que tem uma influência política, envolvida nessa questão da desinstitucionalização. Eu participei da Conferência Municipal de Saúde Mental. Da estadual eu não eu não fui. Da municipal participei ativamente. Até fui delegada... fui lá defender algumas coisas. A gente foi... nós aqui fomos e deu pra ver, né? Se a gente não cuida a coisa fica... Fiquei preocupada... lá, uma hora, com as interferências: tomar da mesa... sabe?... na hora de contar votação... propostas de emendas... A legislação é de meu agrado. E deve se concretizar. Eu acho que o paciente deve concordar. O sistema legal tem que ser envolvido. Eu acho que quando a gente coloca alguém dentro de um hospital a gente está tirando sua liberdade. A gente não tem esse direito. É isso!

P: Conhece o conteúdo da portaria 224?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Aqui a gente tem que buscar. Ninguém encaminha nada pra gente. Olha... isso é outro problema. A gente é mantida numa ignorância completa. Sabe? As pessoas...de níveis superiores que tinham que ter...informar as pessoas... não informam. Sabe, então... quem vai atrás sabe das coisas. Quem não vai não sabe de nada.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado.

R: Conheço, do outro também.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. A gente é que vai atrás. Tem gente que nem... se a gente falar aqui nem sabe do que se trata.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não é divulgado.

02) PSQUIATRA, AMBULATÓRIO.

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: A primeira dificuldade em que eu me encontro diz respeito ao número de pacientes e conseqüentemente ao tempo que eu disponho para dedicar ao paciente. Então isso faz com que eu não possa realizar o trabalho que eu acho que seria capaz de realizar, e que traria um melhor benefício pro paciente. Isso acaba tendo como resultado prático, errm... digamos, que a eficiência do tratamento é menor, no sentido que muitos pacientes que poderiam ser atendidos ao nível só de ambulatório acabam tendo internações que poderiam ser evitadas. E, alguns pacientes que, certamente, teriam um benefício bastante grande num acompanhamento, além de uma psicofarmacoterapia, numa psicoterapia, né? Acaba sendo restringido numa psicoterapia, digo, numa psicofarmacoterapia. E isso é traduzido num empobrecimento terapêutico.

O tempo varia de paciente a paciente. Eu jogo, né? Então eu divido basicamente os pacientes assim: alguns pacientes que pode ser feito uma manutenção só com medicação, tá? Então esses teriam as consultas mais distantes e basicamente centrada a discussão daquela medicação em 10, 15 minutos com o paciente. Outros pacientes que tem necessidade de mais, maior freqüência de contato falar mais, discutir mais, então esses pacientes viriam mais seguidamente e tempo de chegar até para alguns pacientes até em 40 minutos. 20, 30, 40, dependendo do paciente. E dependendo da agenda, que é uma coisa que eu não controlo, né? Está aberta, eles vão pondo pacientes, há uma demanda, e a cada dia eu tenho que gerir essa demanda. Comprimir, fazer uma de meio tempo. E... você teria pacientes que vem semanalmente, até pacientes que estão estabilizados, vem a 4 6 meses. E eu acho que há os dois tipos de casos que eles são perfeitamente indicados. Os pacientes ficam no meio, que poderiam ser beneficiados se recebessem maior freqüência com mais tempo, não conseguem.

A outra coisa que eu acho dificulta o atendimento, são os meios que o SUS oferece, né? Quer dizer, nós temos uma farmácia muito restrita. O pessoal que freqüenta o ambulatório em geral tem uma dificuldade econômica imensa... não tem capacidade, não tem elasticidade no orçamento de reduzir mais 50 ou 60 reais. Então a gente fica restrito ao haloperidol, tioridazida, metoclopramida,

imipramina, amitriptilina e pouca coisa mais, né? Então isso faz que alguns pacientes que certamente se beneficiariam de outras tentativas, não possam fazer tentativas. Isso eu acho que é bastante grave, né?... pois acaba sendo, mesmo numa ótica puramente econômica, extremamente contraproducente. Quer dizer, você usar a clozapina, ela vai custar menos do que o internamento. O custo mês. Quer dizer, é uma gestão do recurso que é mal feito, né?... Para economizar acaba se gastando mais. O que mais me ocorre é exatamente isso. Mas, se levamos em conta que o serviço como esse que é uma triagem associada ao ambulatório, eu acho que a triagem está muito precária. Quer dizer, há uma sobrecarga, então tem dias que se chega pra atender e quando se chega pra atender as 4 e meia encontra-se 20 prontuários, né?... Você vai atendendo, vão chegando outros, em carro de polícia, etc. Novamente se cai no tempo. Quer dizer, porque estamos estrangulados, o serviço está estrangulado, né?... o internamento acaba sendo uma opção que é usado muito mais vezes do que seria se a gente tivesse ... emrr... uma carga menor.

Com relação ao sexo eu não vejo que isso tenha alguma relação com minhas dificuldades. Mas em relação a idade, obviamente um paciente de mais idade sempre requer uma avaliação clínica concomitante, neurológica, etc. E isso, conseguir uma avaliação neurológica de qualidade, é difícil. Como muitas vezes tenho que negociar com o paciente pra que vá até o Nossa Sra. Das Graças, Santa Casa e pagar pela avaliação. Se isso envolve um exame, alguma coisa, isso se torna extremamente problemático. Tem pacientes que ficam economizando 6 meses pra poder pagar por uma tomografia, ou por um exame mais sofisticado. Então o paciente de mais idade isso realmente se constitui em um problema.

Quanto ao paciente de menos idade. As crianças. Eu só atendo adulto. Então não tenho nada a comentar.

Quanto a procedência, em termos de diagnóstico e tratamento é um fator muito importante. Tem pacientes, aqui, que vem de bastante longe. Interior de Santa Catarina, norte do Paraná, sul de São Paulo, até alguns que chegam aqui, por uma questão de laços familiares, de Rondônia. Então isto te obriga a um espaçamento muito grande nos intervalos de consulta, então o diagnóstico inicial, provisório, você tem dificuldade de chegar a ele, bem atualizado. A terapêutica também fica muito restrita. Porque, não adianta, o paciente não pode voltar, em uma semana, quinze dias, você segura o paciente dez dias aqui, vê ele umas duas ou três vezes e monta um plano de tratamento e só vai poder, efetivamente, ver o resultado em dois ou três meses. Então a procedência é realmente séria nesse aspecto.

Já escolaridade dificulta desde o momento da entrevista até o manejo familiar. O baixo grau dificulta a medicina, e na psiquiatria mais do que nunca é importante. Neste ambulatório vemos coisas diversas, pessoas com o segundo grau e até os sem escolaridade nenhuma. Nestas pessoas você problematiza a situação até a prescrição de três vezes ao dia, ou usar quando necessário. Quando o paciente volta você vê que o nível de erro posológico é altíssimo. E isso, pra mim, é função da baixa escolaridade.

A renda é o que decide a possibilidade de uma pessoa vir mais vezes. Existem pessoas que não podem vir porque isso implica em um certo ônus. Só pode vir uma pessoa, quer venha com a esposa, com o esposo, com alguém com alguém da família, que venha seguidamente. É um fator limitante na compra de medicamentos, de frequência de consultas, pior se há patologia associada. Isso influi tremendamente quando se pretende um diagnóstico e um bom tratamento.

Quanto a comorbidade, é algo que obviamente afeta muito. Desde as comorbidades médicas, como hipertensão... diabete..., que implica que o paciente frequente mais médicos, faça uso de mais medicações, tenha esquemas posológicos mais complexos, restrições dietéticas, interações medicamentosas. A dificuldade para nós é muito grande. Como exemplo a questão da neurologia. Tenho que encaminhar o paciente. Faz toda aquela burocracia. Ele vai a consulta, chega as 4 da manhã entra em fila, fica exposto ao tempo, e acaba não sendo bem atendido, atendido não mais que 2 minutos. Volta com uma guia, contratransferência, e não te serve. Você tem que discutir novamente com o paciente a possibilidade de ter outra consulta. Um paciente, por exemplo desenvolve um quadro de discinesia tardia, vai para ser atendida pela neurologia, estava com Melleril e volta com Haldol. Então, realmente, a gente tem uma dificuldade muito grande em encaminhar o paciente.

As patologias mais graves são as que exigem mais atenção e são justamente essas que a gente menos pode atender. Como exemplo uma avaliação neurológica completa de um paciente epilético, de um paciente demenciado, um paciente psicótico que precisa de consultas mais seguidas, que precisa de um trabalho com a família, tudo isso fica prejudicado devido ao afunilamento que a gente vem enfrentando.

Não existe a utilização de testes psicológicos. Não há quem faça. Não é qualquer exame que se pode pedir diretamente: lítio, todos vem com 1,1 ou 1 Meq. Hemograma. EEG. Quem faz exames são laboratórios conveniados, particulares, não é o próprio Estado.

A gestão da agenda é o médico que faz. Eu mesmo é que manejo. Aqueles pacientes em que o atendimento é feito em outros locais como postos, o retorno não antes de um mês.

Não estamos tão mal em relação aos medicamentos. Temos aqui o anafanil. E outros.

O acompanhamento feito por mim, consegue Ter algum padrão, pois eu manejo a agenda. Mas o serviço como um todo, se pegar a triagem é deficiente. Se tem 20 pacientes esperando, pelo menos 10 são pacientes que estão sendo atendidos na triagem. Eles vêm cada 2 meses, são vistos por um, por outro, podendo ser vistos por 10 médicos no último ano e meio. Então não tem um claro diagnóstico. São pacientes que chegam delirando, recebem neurolético, voltam deprimidos recebem antidepressivo, quer dizer, são pacientes que não tem nem uma história, por que não há tempo, para poder se fazer história e vê-lo como bipolar e receber tratamento adequado.

Quanto a problemas entre os elementos da equipe eu entendo que acontecem com equipes mais coesas. A coesão neste serviço é extremamente baixa. Se é que existe alguma. É uma coisa em que cada um está sozinho. Então praticamente esses conflitos não acontecem porque nem se chegou ao nível de Ter esses conflitos. Não é que a equipe superou. A equipe não é interdisciplinar. O pessoal auxiliar a gente sente que é um pessoal mal preparado, pra trabalhar na triagem, não tem preparo para atender aquele tipo de demanda. O nível de expectativa é muito baixo de forma que um pequeno atrito aqui outro ali é o máximo que acontece. Tem um serviço social aí que acaba sendo o ponto de convergência, por que todo mundo acaba tendo que se relacionar com o serviço social, o trabalho deles é muito intenso e eu acho que eles acabam dando um bom encaminhamento aos problemas em função das deficiências e limitações. Eles acabam fazendo um trabalho realmente heróico. Já os psicólogos trabalham de maneira mais independentes. Alguns profissionais estabelecem um bom relacionamento funcional, mas não devido a organização do serviço mas devido as ligações pessoais.

Quanto a intercomunicação entre os serviços, não há nada. Os pacientes saem...éééé, não chegam com nenhum resumo de tratamento. Os raros que trazem não é nada mais que um resumo burocrático, que não dizem absolutamente nada a não ser, as vezes a medicação que está tomando, e nada da evolução.

P: Algo mais que possa dizer?

Como uma visão geral, de tudo isso é sempre o discurso que se centra na quantidade de recurso e nunca se fala na qualidade do atendimento. Eu acho que, não é que aja recurso suficiente, pois além de ser pouco é muito mal administrado o recurso para a saúde.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Eu acho que a desinstitucionalização feita sem um prévio aumento da oferta quantitativo e qualitativo do atendimento extra-hospitalar, não tem sentido. Uma coisa que é feita por lei, e não é uma coisa que nasce de uma evolução técnica dos serviços, no sentido que vai se oferecendo um serviço que é melhor, tomando a institucionalização desnecessária, eles cortam essa institucionalização sem ter um lugar em que o sujeito pode caminhar e procurar tratamento. Simplesmente essas pessoas vão ficar abandonadas, jogadas, sem ter onde ficar, ficando na rua pulando da FAZ pra FREI. Eu acho essa idéia péssima. Me vem muito a idéia: isso é um assunto muito técnico, antes de ser assunto político, a bandeira de um partido, isso tinha que ser consequência de uma evolução técnica de um serviço. Então vejo que a coisa está indo num sentido completamente errado, e prevejo resultados péssimos. Vão ser cortados gastos com instituições sem que isso determine uma melhora de atendimento.

Existe a possibilidade de existir internamento que utilize o hospital menos que nós usamos. E um hospital mais eficiente, econômico e terapêutico. Acabar com os hospitais é uma idéia que só aparece na cabeça de quem não conhece psiquiatria ou de quem não lida com pacientes. Em realidade está faltando hospitais. Há uma demanda que não está sendo atendida. Provavelmente essa demanda poderia ser atendida, se existissem, ambientes extra hospitalares adequados. Não basta criar NAPS, sem investir no aprimoramento técnico. Desse jeito acaba-se com o hospitalismo e cria-se o Napismo (ri). Não vai resolver porque não há um investimento na capacitação técnica. Parece que... eu acho não sou contra que se busque dinheiro na medicina. É a parte da medicina onde se faz menos investimento técnico. Tudo é uma coisa de fachada, qualquer coisa dá, você cumpre meramente um protocolo, de tantos funcionários. Não acredito que na neurocirurgia a coisa possa funcionar desse jeito. As pessoas se preocupam muito mais com a qualidade em outros campos da medicina. Todas essas coisa ficam só num rolo burocrático, meramente políticas e não tem nada de técnicos.

Isso só vai melhorar quando o número de profissionais superar a demanda, quando então o médico é que vai lutar pelo paciente e não o paciente pelo médico. Dai o paciente vai poder ver o que é melhor.

P: Conhece o conteúdo da portaria 224

R: Não. Conheço pelos+ resultados, não o texto

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não

P: Conhece o projeto de lei do Dep. Delgado?

R: Não

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não

P: Conhece a lei Estadual do Deputado Florisvaldo Fier (Rosinha)?

R: Apenas li.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

03) PSQUIATRA, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Se pensar no meu paciente, não são muitas as minhas dificuldades... que enfrento no dia a dia de trabalho. Eu respondi que não tenho grandes dificuldades porque eu me encontro adaptada às dificuldades que existem. Eu sinto que eu posso minimizá-las. As dificuldades são sociais, econômicas. Uma grande procura de pacientes. Muito pobres, sem dinheiro. Eles não tem dinheiro para comprar remédio. O remédio falta no ambulatório. Mas eu me encontro adaptada às dificuldades. As dificuldades são sanadas. Eu acho que de certa forma estou aceitando as coisas e estou tocando assim mesmo. Meus pacientes costumam voltar as reconsultas, melhoram. Apesar das dificuldades. E trazem dificuldades diariamente. Trazem, diariamente!. Dificuldades para o retorno, do dinheiro do ônibus. Dificuldade para comprar o remédio. Como eu relatei. O que eu percebo é que eles se adaptam. Eles se adaptam. (ri). Igual a mim existe uma adaptação no paciente. Existe uma adaptação mútua entre profissional e paciente. Se o paciente não pode voltar ao ambulatório com frequência, eu marco as consultas cada 90 dias, cada 60 dias... Espaçar seria uma solução. O ideal seria retorno pelo menos mensal. E eles acabam retornando... cada 60 dias, ou cada 90 dias. Mesmo assim dá para tocar o serviço. Após oferecer as receitas ao paciente eu não sei o que se passa. Eu não tenho idéia. Eles tomam o remédio e melhoram. A solução seria que o CEME. Que o laboratório CEME, produzisse mais remédio. Distribuisse mais remédios nos postos de saúde. (pausa) Em relação ao retorno poderia haver (apesar de que eu sou contra o paternalismo),mas poderia haver: distribuição de vale transporte...para os pacientes retornarem com mais frequência... pro ambulatório. Eles sabem, de uma certa forma, o que estão fazendo. Meus pacientes sabem do que estão tratando... São pacientes que já passaram por vários ambulatórios da cidade de Curitiba...Pacientes crônicos...Os pacientes agudos, eu tento marcar as consultas com mais frequência... ir explicando. Eu uso muito parte escrita. Eu uso muito folhetos explicativos... sobre tratamento, doenças... É explicada a origem biológica dos distúrbios mentais. Dai o paciente... vai diminuindo sua "resistência", vai tomando remédio. A dificuldade fica clara quando se compara paciente de consultório com paciente de SUS: A diferença não é muito grande. Eu acho é que o que existe é um tempo maior no consultório pra gente poder aplicar em trabalhar estas situações

Em relação ao processo diagnóstico eu sinto um problema grande no setor público... porque nós temos poucos recursos. Por exemplo: Ontem eu assisti uma conferência sobre neurobiologia atual. Nós psiquiatras, da cidade de Curitiba, não podemos pedir nem uma Tomografia Computadorizada, porque é só o neurologista que pode pedir. Eu tenho a necessidade de encaminhar o meu paciente ao neurologista que vai triar a necessidade de fazer a TC Há ou não. Não há poder decisório por parte do psiquiatra. Tem que encaminhar. Eu acho que isto não é correto. Na atual... estrutura em que nós vivemos... no atual avanço que ocorreu em nossa ciência psiquiátrica, nós teríamos que ter poder decisório maior. Podendo solicitar exame diretamente do laboratório.

O tempo. O tempo das consultas. O tempo da entrevista é muito curto, no ambulatório. Teoricamente 30 minutos. Mas eu faço mais curtas: 15 minutos, 10 minutos, para dar conta da fila de espera.

Com relação ao tratamento, apesar das dificuldades, como eu lhe falei, eu sinto que existe uma seleção natural. E os pacientes... 80% continuam o tratamento, e fazem o tratamento, apesar das dificuldades financeira, entendimento da doença, tudo isso. Existe uma seleção natural. Alguns pacientes... 80% dos pacientes que procuram o ambulatório ficam e se tratam. Parece um milagre mas ficam e se tratam. (rindo) Eu acho que a escola de medicina está dissociada da realidade. Pelo menos... eu fiz escola há 20 anos ... e estava dissociada da realidade. A gente tem uma escola... muito voltada... a parte teórica muito voltada, para outros países que não tem a situação social nossa. Quando a gente tem uma formação boa. Não é? Americana... toda voltada para a área de pesquisa, de exames sofisticados. A gente está por dentro das coisas que ocorre no mundo mas a gente não pode realizar. E isso no nosso mundo social. Porém, eu acredito que o problemas no hospital são menores. Nós temos mais recursos...no hospital (eu trabalho também em hospital privado em convênio com o SUS) e eu tenho muito retorno do que eu peço a administração, à direção clínica. Pra facilitar o meu trabalho dentro do hospital. É claro pra mim que no ambulatório eu encontro muito mais dificuldade que no hospital. A maior dificuldade do nosso ambulatório é uma procura muito grande da população, e a gente tem que encaminhar a outros ambulatórios. Nós encaminhamos muito pro ambulatório do hospital nossa senhor da luz, e a gente não tem o retorno... Saber se o paciente chegou lá, se foi bem atendido. A gente acredita que isso ocorre. Então uma das maiores dificuldades de quem trabalha no nosso ambulatório é o fato de que ninguém tem vaga para atender consultas novas. Eu procuro sempre ter alguma vaga para atender emergências. Mas está difícil. Está sobrecarregando. Já No hospital eu sinto a situação completamente diferente. Eu sinto que o trabalho corre... A clientela é abem atendida. Eu sinto retorno pelas famílias, que me procuram, pelas altas que são dadas... os pacientes melhoram dentro do hospital.

Com relação aos conflitos com os integrantes da equipe eu penso no pessoal administrativo. Meu contato é pequeno. Quando existe queixas a gente tenta conversar e ver o que está acontecendo. Mas é muito pequeno meu contato com o pessoal administrativo. Nós temos uma enfermeira psiquiátrica em nosso ambulatório, e ela foi aceita com muita dificuldade. O grupo se tornou muito persecutório em relação a pessoa dela. Ela está tentando organizar o ambulatório... eu estou dando margem pra que ela faça o trabalho dela, execute. E organize o ambulatório. Não ela é que organiza o ambulatório. Foi determinado que uma enfermeira da prefeitura organizasse o ambulatório. Eu estou sentindo que agora está se integrando mais a equipe. Nós entendíamos que não era função da enfermagem. (rindo). Esse problema diz respeito a hierarquia e papel. Nós profissionais não estamos muito preparados para trabalhar com enfermagem psiquiátrica. Nós não sabíamos qual o papel delas. Os psicólogos, também eu sinto, que ficam meio perdidos em saber o papel dos enfermeiros. No caso o nosso ambulatório.

Quanto aos psicólogos, eu me dou bem com os psicólogos... a gente troca informações, mas existe pouco tempo de troca. Nós temos uma reunião quinzenal, apenas. E eu quase não vou a essas reuniões porque eu passo o tempo das reuniões atendendo pacientes. Mas as trocas existem. Eu cobro muito da equipe de psicólogos o fato de não terem vagas pra psicoterapia. Eles é que aplicam psicoterapia. Eu acho que deveria haver muita triagem por parte dos dois psiquiatras (são em dois os psiquiatras) que fazem parte do ambulatório. Triagem do diagnóstico pra ver qual paciente que deveria ser encaminhado para psicoterapia. Já com a psiquiatra eu me dou bem com a outra psiquiatra, que atende comigo no ambulatório. A gente está sempre conversando...acho que não tem problemas. A forma de pensar, ideologia são parecidas. Nós não temos uma assistente social específica. Nós temos duas assistentes sociais que atendem a todo o posto. Nosso posto é muito grande nós temos muitos profissionais médicos. E eu sinto que está falho, precisaria de assistente social só para a área de saúde mental. Mas, no momento...elas atendem todos. Como aqui é um posto de saúde, nós trabalhamos com outros profissionais da área médica. Eu sinto que os outros profissionais da área médica estão com todas as minhas dificuldades e até com mais, dificuldades: com pouco tempo para atender o paciente, pouco tempo para diagnosticar o paciente... eu sinto pelos encaminhamentos que eles não conseguem diagnosticar distúrbios mentais. A gente recebe encaminhamento, só: DNV, favor trate. DNV quer dizer distúrbio neuro vegetativo. Para Saúde Mental. Não existe referência contra referência. Não existe pedido de contra referência. Os outros membros da equipe cobram muito isso e eu tento falar: não, mas o pessoal não tem muito tempo pra atender, vamos continuar tendo paciência, um dia melhora. É aquilo que eu falei. Os nossos pedidos de consultas das outras áreas para conosco. A referência e contrarreferência que a gente recebe são inespecíficos. Só falam à Saúde Mental. Nós gostaríamos de maiores dados saber o que o cliente precisa... o que o profissional gostaria de ter de resposta... a gente não tem. Estamos esperando um tempo, para ver como isto evolui e mais tarde a gente vai cobrar mais do profissional médico um encaminhamento mais específico, com mais detalhes. Tem uma enfermeira psiquiátrica. Eu sinto que deveria haver uma atendente de enfermagem. Nós não temos. Não há recursos pra gente ter profissional de enfermagem psiquiátrica. Esta tentando fazer o papel dela com dificuldade.

Que seria isso? Integração funcional? O nosso ambulatório é um ambulatório antigo na cidade de Curitiba. Ele foi transferido de um local para outro local. Era na Barão. Foi dividido em duas equipes. Uma para o CPM [Centro Psiquiátrico Metropolitano] e outra para o CRE-Kennedy [Centro Regional de Especialidades Kennedy]. Eu senti que a divisão da equipe foi muito dolorosa... nós perdemos muito... nós perdemos uma psiquiatra infantil. Nós perdemos todo um serviço. Mas a gente tentou se reestruturar. Nós nos acostumamos no CRE-Kennedy. Com dificuldade o ambulatório está funcionando. Só que há fato de não ter vaga. Ainda especialidade psiquiatria não é respeitada pelos demais médicos. Saúde Mental ainda não é respeitada. Estamos lutando para sermos respeitados. Eu acredito que é bom haver integração entre várias especialidades médicas e a psiquiatria. Ainda mais com a evolução atual da ciência neuropsiquiátrica. Eu acredito mais na integração entre psiquiatria e clínica médica. A nossa Sociedade Paranaense de Psiquiatria propôs, anos atrás, um plano. Eu acho que dividir a cidade de Curitiba em várias regiões (em bairros)... cada bairro deveria ter um ambulatório. 5 psiquiatras e mais outros especialistas médicos.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Eu acho que é um momento da gente discutir todo o atendimento em saúde mental. Um momento importante. Eu acho que o hospital tem um papel importante no atendimento do doente mental. Não podemos acabar com o hospital psiquiátrico. Ele é importante para o tratamento, é importante para a pesquisa. É importante pra a comunidade. Eu acho que o hospital tem seu papel muito importante... de atendimento... até para evitar que o doente mental crônico se torne um mendigo nas ruas. Uma pessoa sem papel social nas ruas. Como aconteceu na Itália. Não funcionou. Pensando como médica psiquiatra de ambulatório, não acho nada bom a idéia de fechar hospitais psiquiátricos. Só se pensam nisso porque pensam que é mais barato fechar hospital.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não a mim. A Sociedade de Psiquiatria.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado.

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não, enviou a Sociedade de Psiquiatria.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal N° 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

04) PSQUIATRA, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Um dos problemas básicos seria o financeiro. O cliente chega aqui, quer uma solução imediata, até por ter vindo não muito bem encaminhado. Daí quando você fala, que você precisa de um retorno semanal, o paciente vira e diz assim: "mas eu não tenho dinheiro para vir toda semana". Ai você diz assim, "mas pelo menos a cada quinze dias", daí nós entramos numa outra barreira: se tivesse mais tempo para ser feita a consulta naquele dia. Por exemplo 50 minutos, talvez o paciente não tivesse que vir toda semana. Então o primeiro impedimento seria o financeiro, do paciente ter que retornar mais vezes. Quanto ao tempo eu posso dizer... Olhe... Quando eu cheguei aqui era 15 minutos. Eu falei que não daria. -20. Não, pelo menos, pelos menos, meia hora. Até ter um entendimento, havia uma idéia de que não, que meia hora dá muito. Hoje, depois de algum tempo, eu consigo ficar 30 40 minutos, mas com queixas administrativas de uma produtividade. Segundo, o cliente chega que tipo de tratamento o paciente recebeu. Então o paciente psiquiátrico daqui ele vem assim...e as vezes ele não é acostumado a uma entrevista tão longa. Ele quer vir e levar o remédio. Não tem remédio no posto. Né. Não tem como. Ai você vai explicar...que o cliente deve vir, ele deveria comprar. Ai ele esbarra numa outra coisa. Isso é na maioria: "eu não tenho dinheiro pra comprar o remédio". Aqui, os pacientes depois, eu tive que levar um tempo, agora eu já tenho uma rotina. Os pacientes sabem que inicialmente nos primeiros 2 meses eles vêm semanalmente. E depois a gente passa a quinzenal pra mantê-lo mensal. O diagnóstico nisso: pra isso eu preciso do tempo; eu peço que a família acompanhe, que a família venha até para que eu tenha dados da família há uma segunda resistência: não dá meu mando trabalhar. Isso olhando todo o lado.. o mais difícil de tudo isso. Eles vão na saúde, mas na saúde aqui não tem. Então o paciente daqui tem que ir para Curitiba. Lá no centro psiquiátrico. Lá, o paciente só recebe o medicamento se ele for paciente de "La. Percebe. Que mais... As vezes são pacientes que já passaram por tantos tratamentos tantos internamentos que eles tem uma própria limitação também. Acho que a princípio, minha maior dificuldade em relação ao cliente seria isso. Fora a resistência de ter vindo ao psiquiatra...de não ter sido...ai vem o encaminhamento de um outro profissional. Né, o paciente tem uma queixa e vai ao psiquiatra. Sem uma explicação. O que ele faria lá? Que benefício ele teria. Né, então, eu tenho que(além do tentar buscar um diagnóstico) a primeira entrevista básica tenta explicar como que é desenvolvido o trabalho. O paciente não preparado de maneira a ter uma consulta. Não. Ele tem assim... neurose, nervoso, cefaléia. Não há uma preparação. Segundo, a divulgação do trabalho. A divulgação do trabalho, depois... faz dois anos que eu estou aqui. Depois de 1 ano que o hospital daqui, o Pinheiros sabia que tinha um psiquiatra de ambulatório. Isto que tinha sido mandado... a gente tinha tentado fazer visita... foi falado com a secretaria...pra mandar...pra dizer que pode encaminhar um paciente pra cá. É uma falha de comunicação, entre os serviços. Isso mesmo. Segundo, por, no início, só ter eu como profissional, então havia uma lista de espera enorme, com isso havia uma pressão que eu fosse mais rápida. Daí já foi que temos uma outra profissional na área de psiquiatria.

Em relação ao diagnóstico: Agora que nós temos 2 neurologistas na prefeitura, as coisas facilitaram. Porque eu tenho muitos pacientes, que...alguns pacientes epiléticos, e que necessitam de uma compensação. Né? Eu acho que é importante ter outros profissionais.. Precisa ter sim. Quando eu não tinha neurologista eu me sentia muito limitada porque as vezes eu precisava de uma prova diagnóstica, precisava de um exame e eu não tinha. Se eu precisar de exame eu encaminho o paciente a um clínico. Ele tem que passar pelo clínico. Eu faço a solicitação. Ele tem que passar por um médico, por um clínico, aqui do SUS, que carimbe, pra ele poder ir fazer o exame. Não é uma linha direta. Eu gostaria de poder pedir os exames. Não todos (risos) Até poderia mas, veja, eu acho que daí eu me sinto um pouco limitada. Eu precisaria da orientação de um profissional mais específico. Por exemplo eu peço um EEG me vem um resultado, o que é que eu vou fazer? Se eu não tiver a noção do que fazer, de como medicar... Ajudaria muito se houvesse uma linha direta. O exemplo básico: o exame de lítio. Dosagem de lítio. Pro paciente poder fazer e não pagar, pelo SUS. Ele tem que ir até o clínico para ser carimbado pra ele fazer lá. E isso complica. Complica, no tempo... o paciente poder entender que ele tem que ir num outro médico, ele tem que marcar com um outro médico, pra carimbar. Se pudesse formular aqui, lá ficaria muito mais rápido. Isto limita. Limita as vezes até o uso deste medicamento. Por eu não poder dispor de uma "linha direta" com o laboratório. Os testes psicológicos a mesma coisa. Uma pessoa que pudesse...Né... a psicóloga, porque que não sei aplicar, se a psicóloga pudesse aplicar, e ela me desse retorno.

Mais dificuldades, como tratar no sentido... nos notamos a coisa do tempo. Né... a lista de espera enorme que nós temos... o número limitado dos profissionais... não ter o medicamento...

Em relação ao acompanhamento: a partir do momento que o paciente se vê beneficiado, ele vê que ele tem um tratamento, que não é 5 minutos, ele começa a valorizar e agente faz uma ligação, o paciente se mantém. Né, não são como os casos dos pacientes... sair. Eu, eu... acho que uma coisa importante é assim: nesses dois anos eu encaminho pra internamento os pacientes que se mantiveram comigo, assim, muito poucos. Pra internamento. Muito poucos. Aqueles que continuaram comigo. Mesmo assim, eu acho que posso dar conta da maioria dos doentes. Aquilo que eu digo é assim: tem os pacientes que vêm a algumas consultas e não retornam. Esse não retorno eu não saberia por que. Né? mas os pacientes assim, que eu vejo que vem de inúmeros internamentos, sejam pacientes alcoolistas, ou, pacientes com...né, com distúrbios mais, é... graves, eles, eles se mantêm... eu dou abertura assim, olha você tem a consulta tal dia, mas se você não se sentir bem você pode vir aqui. Nosso contato vai ser mais breve, não vai ser todo. Então, é como se eu não utilizasse tanto o hospital, mas sempre deixando uma abertura: olha se não houver uma melhora, de repente, há necessidade do retorno. Agora, quanto a ter informações sobre a vida do paciente... olhe até... a gente tem isso até por vias indiretas.. Então eu digo: nossa o paciente não veio! Ai a secretária: "Não, mas eu sei que ele não veio por causa disso". Mas a gente... uma coisa que faltaria com certeza e me faz falta é a assistente social ter recursos eficientes. Precisamos muito dos hospitais, também. Uma grande necessidade... Enorme, porque aqui nós não temos medicação, as pessoas não são treinadas pra conter uma situação de uma agressividade maior. Temos necessidade de hospital que seja um recurso pra utilizar. E não só ao hospital, à polícia, porque o único... nós temos... a situação... nós temos um único homem aqui, que é o motorista. As pessoas não são treinadas, elas se assustam muito. E... então...tanto que, um dos formulários que a gente encaminha pros postos é dizer que aqui não é um serviço emergencial, que é ambulatorial. Que as pessoas não sejam trazidas aqui. Temos essa limitação.

Conflitos, com pessoal administrativo, pessoal aqui da clínica. Inicialmente muito receio do paciente psiquiátrico. Não tendo... assim... não foram orientados. ééé... não. Aqui é um posto de especialidade. Né?... Então eles não foram preparados, pra atender ao paciente. Então assim, há o receio... há o medo... as vezes eles passam o paciente pra frente com o receio que o paciente não possa agüentar uma fila... Mas depois que você vai orientando, as pessoas começam a perceber que ele é um paciente, e que ele tem a tolerância de esperar. Não há um treinamento. Não há mesmo. O pessoal...serventes...Aqui por ser posto, é uma coisa boa... não sei... eles lidam de um outro jeito. Né?... as vezes por exemplo eu estou numa situação... um paciente, você pode ficar com o paciente? Tinha uma situação outro dia: uma paciente precisava internar e tinha que esperar a família. Ai você tem que ser claro com ela... qualquer coisa você bate na minha porta. Quer dizer, com elas não há maiores problemas. Eu particularmente tenho uma dificuldade com uma psicóloga. Porque eu não atendo crianças. E uma vez me foi solicitado medicá-la e eu falei que eu não medicaria por não saber fazer-lo. E me veio uma menor... e comecei... tinha uma situação... mediquei. Foi... Eu acho que... inicialmente... eu tenho certa resistência ao novo. Mas eu fui, eu me aproximei e não senti retorno. Então eu acho que tem duas coisas. É de ordem pessoal mas é uma ordem ideológica também. Né?... quando fui encaminhar houve uma certa resistência. Quer dizer, o nosso relacionamento não é bom, até porque a gente não tem tempo pra sentar e discutir o caso. Agora, com a psiquiatra eu me dou muito bem. Porque é uma pessoa que a gente tem a mesma linha, a gente tem a mesma formação...então é uma pessoa com que eu troco bastante. Eu tenho uma formação biológica. Minha colega também .na mesma linha. Então... quando... assim, eu tenho um paciente com dificuldade... com um paciente meu que eu vejo a coisa é na relação... eu passo pra ela e ela desenvolve o trabalho um trabalho e vice versa. Quanto a terapia ocupacional seria uma coisa importante. Num outro posto tinha uma assistente social que desenvolvia um trabalho também com terapia ocupacional e era bom. Não temos. No temos também uma enfermeira que funciona como seria...

Integração funcional: O que mais? (silêncio) Eu acho que primeiro assim, o contato entre os profissionais. A coisa do saber que existe um profissional que pode dar continuidade. Saber que existe uma outra pessoa e essa pessoa pode ser chamada e se dizer: olha vamos discutir, vamos conversar. Veja, aqui, eu acho assim: primeiro, se o posto fosse algo central... porque... nós temos... Se pudesse ter um local mais central pra ser atendido acho que já facilitaria alguma coisa. Eu acredito que se a comunicação fosse um pouco maior ajudaria muito. Outra coisa: o local de trabalho. Aqui nós temos... Precisariamos um lugar mais tranquilo.

Comunicação entre os serviços: Ajudaria muito se fosse imposta comunicação entre os serviços. Que forçasse. Eu acho até que se pudesse ter um intermediário. Que quando o paciente estivesse sendo preparado para a alta, que ele já pudesse ter um acompanhamento ambulatorial. Sabe, pra ele começar a criar um vínculo, pra ele saber aquilo que foi falado, que ele tem uma continuidade, que ele tem uma pessoa que vai poder dar uma mão para ele. Acho que, em primeiro, seria uma solução se aumentassem os profissionais. E que pudessem servir a um determinado bairro, a um determinado local, facilitaria isso. Não sei se... levando o profissional ao bairro maior... Um posto de atendimento localizado em regiões ou, que por exemplo, o profissional de repente pudesse éééé... não trabalhar neste único posto. Viesse aqui 2ª 4ª e 6ª, pra suprir isto aqui, na 3ª e 5ª pudesse ir a outro bairro. Sabe, tendo os dias fixos as pessoas sabendo... Eu acho que ajudaria.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:

P: Qual a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Porque o que eu vejo no hospital é assim: como a coisa emergencial, há uma triagem, né... então é assim ou põe pra dentro ou não põe. Até por causa desta lei agora que o paciente só pode ficar 30 dias, 60 dias, é muito acelerado, então a rotatividade do hospital aumentou, então havia uma... imposição... vamos dizer... do diretor que não houvesse leitos vagos, chegou tá mal, tem que entrar. Então... não havia... era uma triagem... não havia muito diagnóstico mesmo. Dai era feito só triagem e encaminhado a um outro profissional. Quer dizer, não havia uma continuidade. Eu acho que é assim... se dentro de 6 meses. Eu acho que não é o tempo máximo o problema e sim o tempo mínimo que nos é dado. A medida que o paciente tem uma família, que tem uma orientação, que está sendo trabalhado, não vejo o máximo de tempo, vejo o mínimo de tempo como problema. Assim... eu não fecharia nenhum hospital. Melhoraria os que tem. Porque não é fechando... Mas acho que a proposta do hospital dia, do hospital noite, que haja serviço social que auxilie no emprego... que possa ajudar na família. Financeiramente eu acho que isso é muito mais difícil. Mas eu não fecharia.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim?

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

05) PSQUIATRA, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Quando eu comecei a trabalhar aqui, neste ambulatório, há 4 anos, não havia este sistema de marcação de consulta nos postos... aonde a pessoa morava, próximo. Então as pessoas vinham diretamente aqui e marcavam suas consultas aqui. Marcando aqui, eu consultava e marcava um retorno. E a pessoa vinha e marcava aqui. E, ficava bem assim porque nós tínhamos o controle de quantas pessoas vinham, de como elas vinham e era tudo mais fácil. A partir do momento que foi feito esse sistema de marcação de consulta nos postos de saúde mais próximo da onde a pessoa morava, aconteceu, começou a acontecer o seguinte: eu marcava o retorno e a pessoa não conseguia marcar, no posto, comigo. Então isso me atrapalhava por que? Porque eu fazia receita pra pessoa, por exemplo, tomar medicamento por um mês e ela não conseguia marcar retorno nesse tempo. Então acontecia dela ficar sem medicamento por alguns dias. Porque os outros médicos tinham receio de fazer receita da medicamento psicotrópicos. Essa foi uma das dificuldades que nós encontramos. E uma outra é que isso é muito burocrático pra... pro paciente. Ou seja, o paciente vai no postinho,... não conseguiu marcar e aí o postinho diz assim... alguém do postinho "venha amanhã" Ele volta no outro dia, não consegue marcar. Aí "venha na semana que vem". Aí a pessoa fica ansiosa porque ela precisa... por exemplo, se eu marco um retorno pra 30 dias, com 15 dias ela já dá entrada no postinho e fica naquela... vai e volta. Ficando o paciente ansioso porque teme não conseguir marcar no tempo e o médico fica ansioso porque ele marca pra 30 dias e não sabe se o paciente vai conseguir marcar um retorno pra 30 dias... tá? Então a... o que nós temos... o que eu tenho feito assim, eu receito sempre medicamento, se o retorno é pra 30 dias eu receito pra 50, 60 dias. Éééé... isso nós achamos, eu pelo menos acho uma grande dificuldade. Isso trás uma ansiedade para o paciente e para o médico. Quando antes, quando eu comecei a trabalhar aqui... não existia esse sistema e, funcionava melhor. Éééé... uma outra dificuldade bom, aqui nós trabalhamos, aqui é SUS, então, éééé... então a maioria dos pacientes, éééé... eles éééé, precisam pegar medicamentos no posto, no SUS. As vezes tem as vezes não tem. Quando tem, ele pega o medicamento e faz uso. Quando não tem, ele não pega o medicamento, não toma o medicamento aumenta o número de internamento. Porque não existe uma constância de medicamentos nos postos. A gente observa uma grande dificuldade principalmente com os epiléticos, né? Basicamente seria isso. Particularmente, eu acho, assim, bom... a gente atende uma camada da população que ela é desprezada em geral. Entendeu? Então nós atendemos e evitamos muitos internamentos. No ambulatório é excelente. Principalmente com essa camada mais humilde que nós procuramos atender e dar uma assistência e orientar pra que ele tome o medicamento. Inclusive, nós antes fazíamos o seguinte: nós procurávamos saber quais postos tinham os medicamentos, pra eles não ficassem andando. Vai no portão, vai a outros locais. Antes nós fazíamos assim, nós sabíamos onde tinha tal medicamentos. Por exemplo, fenobarbital. Nós já orientávamos "olha fenobarbital tem no Portão. Você vai lá e pega" Então com isso nós evitamos muitos internamentos. Isso nós sentimos, e principalmente as moças da secretaria que já trabalham aqui há mais tempo. Elas dizem que de uns tempos para cá tem havido menos internamentos. Por que? Porque nós fazemos um sistema de retorno mensais, né?, as vezes 60 dias e temos a certeza que a pessoa está tomando o medicamento e aí vai bem... existem pessoas que já não... faz 2 anos que não se internam, 3 anos. Mas, depois que passaram a ter uma continuidade,... uma continuidade de tratamento em ambulatório. As pessoas mesmo dizem "nós antes nós não tínhamos essa assistência" essa assistência. Isso nós cobramos marcamos os retornos, e cobramos esses retornos. Isso ajuda muito a ajudar o paciente. Quer dizer, evita-se internamento e cria um elo de afetividade muito grande. Os pacientes realmente são assíduos aqui no ambulatório.

O paciente marca a consulta no posto próximo à sua casa. O posto acessa a Central de Vagas. Existe uma central a qual o posto acessa essa central. Então a Central diz quantos pacientes eu posso atender. Se tem vaga pra tal dia. A pessoa vai com a referência que nós damos aqui. Marcamos aqui por exemplo, o, o retorno, 30 dias por exemplo, então ela vai com esse papel, lá, no caso almirante Almirante Tamandaré, vai no posto lá e fala "Dr. Madruga, 30 dias", então a partir dessa data, tá? Daí ela retorna. Só que isso daí deveria funcionar, né? só que não funciona adequadamente. Mesmo porque existem postos que nem telefone têm. O posto telefonaria pra Central de Vagas. A Central de Vagas ela tem toda, a planilha vamos dizer assim dos números de consultas pra 4ª feira, por exemplo. Os postinhos é que a informam, com este papel, então chega lá, no postinho, então ela acessa a Central de Vagas e a Central de Vagas diz se pode ser ou não. Os pacientes vem com período marcado e são atendidos a medida que eles chegam. Em geral vai bem. Ia melhor quando não tinha esse sistema. Esse sistema, vamos dizer assim, a intenção dele é muito boa. A intenção desse sistema é integrar o paciente ao seu bairro. Entende? Então ele vai ter mais contato com seu bairro qualquer problema ele corre ali. A intenção desse sistema é muito boa é integrar o paciente ao seu bairro ao seu posto de saúde. Fazer ele ficar cativo ali. Quer dizer, a crítica não é ao sistema propriamente. Eu acredito que a intenção é muito boa. A crítica é que ele não está funcionando adequadamente. E que antes funcionava melhor. Por que? Porque marcava-se aqui e aqui nós tínhamos um controle melhor. Acredito que eles tenham catalogados todos os serviços ambulatoriais: Ômega, Pínel. O CPM atende tudo. Lá não é... eu acredito que lá não é um ambulatório como o nosso. Lá eles dão preferência a Pronto Atendimento. Aqui não. Aqui nós fazemos um serviço de ambulatório.

Em relação, por exemplo, a questão do sexo, não há problema. Embora nós atendamos bem mais o sexo feminino.

Idade... Adulto. Nós atendemos adulto. Adolescente nós encaminhamos. Não gostamos de atender adolescente. Idosos nós atendemos.

Não temos dificuldade na questão de procedência.

A baixa escolaridade cria dificuldades de entendimento e até de entender a própria doença. Nós temos uma certa dificuldade nessa questão.

A renda familiar... isso nos traz dificuldades... na questão de comprar os medicamentos quando o paciente ainda não é aposentado.

Os tipos de patologia são os mais variados e em geral crônicos. Psicóticos e epiléticos. Agudos são mais difíceis, geralmente de primeira consulta. Em geral são crônicos. São pacientes que saem de internamento e são encaminhados pra nós.

O tempo de entrevista é muito variado. O que nós temos muito aqui é retorno. Pacientes crônicos, né? Então, é rápido. A consulta é bem rápida. 5 minutos, viu? No caso do retorno. É o grosso mesmo aqui. Por exemplo, em 20 consultas nós temos consulta nova 1 ou 2. Então gastamos pouco tempo nos retornos, e nas consulta nova levamos até 20 minutos. Atendo em torno de 18 20 pacientes em turnos 2,5 a 3 horas. Os retornos em média 5 minutos. Os novos 20 minutos. Temos um limite de mais ou menos uns 20 pacientes. Se um colega falta aí o limite aumenta.

A entrevista, por exemplo, quando o paciente é novo, vem pela primeira vez, ele geralmente passa pela assistente social. Conversa um pouquinho com ele e depois vem pra nós.

Essa questão da... nós temos um respaldo muito bom aqui em termos de assistência social e, um respaldo... bom também, da psicóloga, né? O psicólogo é assim, quando nós solicitamos. As vezes o paciente passa primeiro por nós e então solicitamos psicóloga. E as vezes ele passa primeiro pela psicóloga e a psicóloga encaminha pra nós. Mas o relacionamento melhor aqui, mais intenso é com a Assistente Social.

Exames médico laboratoriais a gente pede muito pouco e é solicitado aqui mesmo. Já tomografia em geral encaminhamos ao neurologista, um neurologista. Mas, se quiser tem o bloquinho aqui.

A integração funciona, é isso que eu disse.

Recursos farmacológicos, eu posso dizer, eu sempre estou dizendo que aqui é um ambulatório. O ambulatório aqui é bem a parte. Muito embora esteja integrado eles encaminham pacientes pra nós, com o hospital é considerado a parte. Nós fazemos a receita e o paciente procura por aí.

Nós damos continuidade ao tratamento. Se ele começa comigo eu acompanho o tempo que for necessário. Se houver necessidade de internamento nós internamos aqui. Se houver vaga nós conseguimos aqui direto se estiver em surto.

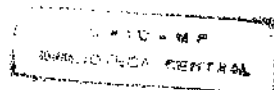
A parte administrativa eu conheço pouco. Mas nos damos todos muito bem. Entre colegas médicos. Isso é que me anima a trabalhar aqui. Temos um pessoal que atende aí na frente. Estamos sempre conversando, nos damos bem, discutindo assuntos. Sinto como gratificante, porque nós vemos resultados. Na medida em que nos dizem que isso tem evitado muitos internamentos. É uma satisfação pessoal. O ganho, porém, é ruim. Ganhamos 2 reais e 0,5 por consulta. Na verdade é 2 e 50. Só que o SUS paga, eu não sei porque, mas ele paga 2 reais e um pouquinho, depois paga 25% quando ele quer, quando ele acha. Não existe critério... eu não consigo entender o critério. Não tem critério. Conforme sobra o dinheiro lá... O hospital ganha 10%, do meu serviço. É descontado direto. Eu acredito que não é um bom negócio também para o hospital. Eu acredito que o hospital ele até tenha prejuízo com o ambulatório. Inclusive o ambulatório em si, é um assunto que... eles vez ou outra querem fechar. Mas querem fechar desde que entrei aqui. Por que? Porque não dá lucro. O ambulatório não dá lucro. Não dá lucro por que? Porque não tem, eeee... consulta suficiente. Por que se tiver volume muito grande de consulta então vai compensar. Porque não vai ter mais funcionários. Por exemplo, você atender 1.500 pacientes por mês. Se você atender 3.000 não vai aumentar muito o número de funcionários e aumenta o número de ganho. Mas por que que não tem, não atendemos mais? Temos estrutura pra isso. Temos 4 salas aqui. Poderíamos ter 3 médicos trabalhando por período. Mas não temos isso por que? Porque não conseguimos médicos pra trabalhar aqui. Por falta da remuneração adequada. Já houve mais médicos, no início, mas foram saindo. Eu trabalho, digamos assim, 6 períodos, e quando eu atendo 6 períodos, dá em volta de 400 consultas por mês. Então vai pra... 1100 reais mais ou menos.. É, 1100 reais por mês. Eu acredito que é em torno do que se ganha no hospital, mas acho que aqui é melhor. Considerando a medicina como um todo isso está bom, está bom. Poderia estar bem melhor pra todos, né? Em geral, a medicina está mal em geral. Mas... considerando outros serviços... acho que está razoável. Eu já atendi, numa época, chegava atender 500 pacientes por mês. Em 6 períodos. Seria 6 períodos semanais. 3 dias por semana, de manhã e a tarde. Mas eu vi que isso estava começando a estressar. Mas eu preferi diminuir. Nessa quantidade de 18, 20 pacientes em 2 horas e meia, 3 horas... eu vejo que é tranquilo. Tranquilo pelo seguinte: porque a grande maioria são retornos. São pacientes crônicos... eeee, que não exigem muito... o paciente não senta, eu sei que deve sentar. Eu nunca atendo o paciente em pé. O paciente em pé. Eu sempre faço sentar. É desagradável. Mas o paciente... o paciente de deambulatório é acostumado a ser atendido rapidamente. Ele mesmo... ummm parece que não tem paciência para esperar. Está acostumado. Já se acostumou a esse tipo de tratamento. Eeee... então... e vai bem assim porque... por exemplo, o que que eu vou fazer com um epilético que toma gardenal há 20 anos? Ele vem uma vez há cada 2 meses, aqui, por exemplo. Não tem muito o que conversar. Nós encaminhamos para os psicólogos quando se quer psicoterapia. E são bons em psicoterapia, olha! Mas eu até não sei como é que eles estão atendendo. Porque antes tinha mais psicólogos. Atualmente deve ter dois. Não sei o ganho deles. Eles são contratados, e gastam mais tempo. Os psicólogos aqui eles são muito em, ficam pouco tempo. Entram trabalham alguns meses e vão embora. Eu acredito que é questão de renovação mesmo, talvez por não estarem satisfeitos. Aqui no ambulatório temos contato direto é com as moças da secretaria. Não fazemos reunião, por questão de tempo. Daí a interdisciplinaridade que você fala não existe aqui. Não discutimos os casos, como eu disse por questão de tempo, não é?

Quanto a integração com outros serviços, existe uma certa integração sim... por exemplo: quando eu acho que o meu paciente, que eu atendo em ambulatório, precisa de internamento. Então eu faço um encaminhamento ao colega que vai internar. Então o colega que tem acesso ao prontuário... e, daí o paciente ficando internado... saindo de alta ele retorna pra mim, o próprio médico. As vezes trás uma cartinha.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual é a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Sobre essa questão da desinstitucionalização, eu acho que isso, na minha opinião, é muito relativo. Por exemplo... eu tenho observado o seguinte: que o ambulatório evita muito o internamento. Mas existem casos em que não há como evitar internação. Então eu acredito assim: que devem diminuir o número de leitos nos hospitais psiquiátricos porque existe possibilidade pra isso. E, fazendo isso,



fica até mais barato pro governo, mas desde que ele invista em ambulatório. Porque o ambulatório na minha opinião é a medicina preventiva para o doente mental. Na medida que tiver mais médicos... atendendo em ambulatórios com serviços melhores, o médico sendo melhor remunerado, então, conseqüentemente vai ter menos internamentos. Então eu acho bom essa questão, só que... não vejo assim... eeee... simplesmente acabar com os hospitais. Isso não existe. Eu acredito assim: vamos limitar muito, muito os internamentos, o número de leitos nos hospitais, mas vamos aumentar grandemente o número de ambulatórios, porque isso fica mais barato para o governo. Agora se fechar os hospitais vai ser terrível. Não estamos preparados para isso e isso... eu acredito que isso não existe. Eu acho que o que deve acontecer é diminuir bastante o número de vagas, nos hospitais para aumentar os recursos de hospital dia e ambulatório, aí então vai ficar compatível. Mas, simplesmente fechando os hospitais, não... não... não dando recursos outros vai ficar terrível. Mas estão incrementando. Por exemplo estamos abrindo hospital dia. Eu acredito que tenha bastante paciente que precisa de hospital principalmente alcoolista. O psicótico, ele estando bem medicado e bem acompanhado, ele criando um vínculo com o médico de ambulatório, ele não precisa ser internado. É bem fácil estabelecer um vínculo com o paciente de ambulatório e o paciente de ambulatório. Ele mesmo vem ao ambulatório. Estabelece-se um vínculo e evita-se o internamento. Só que eu não acredito que nossos políticos e administradores não vão conseguir isso. Essa história é antiga, eu acredito que não... Eles falam isso até para diminuir custos, mas se o governo, na minha opinião: diminuir os leitos hospitalares, nos hospitais psiquiátricos, e incrementar ambulatórios e hospital dia, eu acredito que eles possam até fechar os hospitais alguns psiquiátricos. Eu não tenho experiência com NAPS mas acredito que sejam úteis. Aqui em Curitiba o que tem sido feito eu não observei qualquer melhora. Quanto ao hospital dia fica muito caro ao paciente de SUS, ir e vir ao Hospital. A não ser que sejam pegos em casa e levados ao hospital.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Não

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Conheço vagamente.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não

PSIQUIATRAS – HOSPITAIS

01) PSIQUIATRA, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Bom éééé, no dia-a-dia a nossa dificuldade no atendimento de paciente do SUS eu acho que basicamente... seria no... fazer o acompanhamento do atendimento com familiares. Há uma dificuldade muito grande dos familiares acompanharem o tratamento, por situações financeiras, ou por dificuldade de aceitar realmente que haja necessidade de um acompanhamento. E, o prosseguimento desse tratamento após a alta, né? Nós não temos um esquema de ambulatorios, onde as pessoas possam prosseguir esse tratamento após a alta. Existe, mas vamos dizer assim: o sistema de marcação de consulta eu acho que tem algumas falhas. Primeiro, a pessoa que atende o paciente não consegue remarcar o paciente pra si próprio. Vai pra um sistema de remarcação de consulta e o paciente pode ser atendido por um outro profissional. Então não há uma sequência, não há um seguimento desse paciente. E também a dificuldade dele voltar a dificuldade dele ser atendido pelo mesmo profissional e ter uma sequência no atendimento. Eu acho que uma questão..., uma dificuldade dos pacientes comprarem a medicação eles não tem poder aquisitivo. Isso após a alta. No hospital, a dificuldade de... vamos dizer assim, o número de profissionais que trabalham para que os pacientes tenham mais atividade. Eu acho que eles deveriam ter muito mais atividade do que eles tem. (silêncio) Medicação, éééé, de primeira linha, praticamente não existe, né? São os medicamentos mais tradicionais. Isso talvez... alguns pacientes a gente acaba tendo que usar os medicamentos mais tradicionais sem poder usar os de primeira linha. (silêncio) Há uma dificuldade, também, dependendo do médico de plantão, por exemplo, éééé, que faz a história do internamento. Alguns fazem uma história muito simples, então na hora de você..., ver esse paciente muitas vezes você não tem um histórico da, da, da doença dele, o que é que aconteceu, como é que evoluiu, há quanto tempo, a gente perde tempo, pra chamar a família, a família não vem, por que tem dificuldade, tem que trabalhar, não pode vir ao hospital. Ai você tem que chamar... algum parente, alguém que que possa orientar..., dar alguma informação sobre o paciente. Ai isso dificulta. Os plantonistas são médicos clínicos. Já estamos estudando isso, vendo essa dificuldade, estamos tentando..., acho que psiquiatra teria mais condições de fazer isso. No momento é isso.

Em relação ao sexo, éééé, o hospital tem internamento tanto masculino quanto feminino, né? Eu atendo nas duas alas. Né? Eu acho que dificuldade em relação ao sexo eu não vejo dificuldade. Há 300 leitos pra homem e 200 pra mulher.

Em relação à idade, eu acho que uma das grandes dificuldades são com os pacientes idosos. Eeee, eu acho que as vezes não justifica eles estarem dentro do hospital. Poderiam estar numa casa de repouso. Então eu acho que.. a questão da idade..., o hospital atende bastante idosos, né? É um atendimento clínico, um acompanhamento clínico eeee, toda a maternagem, lá, cuidados com a higiene, com a alimentação. Que eu saiba não há pelo SUS. Só clínicas de repouso particulares. Pelo SUS não há.

Procedência: são de todo o Paraná. De outros estados também, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul. Santa Catarina é o estado que mais encaminha paciente. Não vejo dificuldade no atendimento em função disso. Mas tem em questão de AIH, o Paraná tem que atender a demanda de Santa Catarina com AIH do Paraná. Mas, vejo que no sentido de acompanhamento e contato com os familiares pode ser difícil. Mas em função do paciente não.

Escolaridade: eu acho que a grande maioria tem uma escolaridade incompleta do primeiro grau. Algumas dificuldades em relação a isso, é a questão da participação nas atividades, a questão de aceitar certas orientações. Eu acho que as vezes cria uma certa dificuldade.

Renda familiar: cria dificuldade em relação a eles poderem vir participar das reuniões familiares, de, de, de trazerem as coisas para os pacientes, muitas vezes eles não tem condições de trazer, e isso acaba dificultando.

Tipos de patologias: Bom todos os..., não é? a maior dificuldade é com os pacientes demenciados, eu acho que eles exigem mais eeee e o hospital acaba tendo que ter mais profissionais que trabalhem com esses pacientes.

Tempo de entrevista: éééé, nos primeiros atendimentos eu procuro ter um tempo maior pra poder ouvir melhor o paciente, meia hora. E as vezes com muita dificuldade por que as vezes, nessa meia hora, com histórico muito resumido, muito sucinto, então tenho dificuldade. O que acontece em nosso hospital é o seguinte: quando eu entrei no hospital, o que aconteceu foi o seguinte: quem está entrando vai ficar com os pacientes crônicos. Então, na época nós entramos, eu e mais dois colegas. Então todos os profissionais que trabalhavam há 15 20 30 anos no hospital, repassaram os pacientes aqueles crônicos, mesmo. Pacientes com mais de 5, 10, 15, 20 anos de casa. Então, realmente, quando chega paciente novo ai eu tenho esse tempo pra fazer entrevista. É lógico que com o paciente que já está 20 anos dentro do hospital..., não vou fazer. Ai o atendimento é rápido, 10 minutos. Eu gostaria de ter mais tempo. Em razão da série de dificuldades, da baixa remuneração, de que correr de hospital em hospital para poder atender. Eu acho que isso aqui faz com que realmente eu tenha pouco tempo para atender. Eu gostaria de ter mais tempo. Eu gostaria de ter assim um salário que fosse um realmente um pagamento digno, que pudesse ficar num hospital o dia todo fazer o atendimento única e exclusivamente num hospital, não ficar correndo de hospital em hospital. Meu vínculo é de autônomo. Ganho em torno de 1200 reais mensais. É pouco. É muito pouco porque você veja nós ganhamos por 1 paciente, por dia 1 real e 1 centavo, por paciente por dia. Então você tem que atender o paciente durante 30 dias, vendo ele todos os dias, no final do mês você vai receber, quando recebe, ou quando não atrasa, 30 reais por paciente. A associação médica hoje diz que a consulta de 30 minutos é de 39 reais.

Exames médico laboratoriais, há uma dificuldade muito grande. Quando se pede exames não se consegue... normalmente demora muito quando se consegue... quando se faz não se tem uma credibilidade. Então, acho que agente peca por não ter realmente, acompanhamento laboratorial. Eu sei de outros hospitais onde se tem acompanhamento essa facilidade. Um hospital que tem é o Adauto Botelho. Tem ambulatorio dentro. É um hospital do estado, não é pelo SUS. Atende pelo SUS, mas os exames laboratoriais não são pelo SUS, e sim pelo estado. Então quando o paciente entra ele já faz toda uma bateria de exames. Todos os paciente. Ao passo que com o nosso é uma enorme dificuldade. Em geral quem solicita exames aqui é o clínico. O psiquiatra pode solicitar pessoalmente.

Testes psicológicos não são realizados. Essa é uma dificuldade realmente muito... Em alguns pacientes, dependendo da patologia os testes são necessários.

Estrutura física. Eu acho que a estrutura físico do hospital é muito boa. Apesar de..., uma dificuldade que eu vejo, é assim, são unidades, são pavilhões separados, então se você..., uma outra dificuldade que eu vejo, também na questão de tratamento, é que nós estamos tentando concentrar todos os pacientes numa unidade. Então... todos os médicos tem pacientes em todas as unidades, Eu acho isso péssimo, porque você fica correndo de unidade em unidade, você não consegue fazer uma reunião com uma unidade, fazer o

acompanhamento, né? e ter uma sequência. Se você for fazer uma reunião de equipe terá que fazer com 8 equipes de profissionais. Isso é impossível, você trabalhar com 8 equipes. Então nós estamos concentrar todos os pacientes numa unidade só, tá? Mas a estrutura física ela... de cada unidade ela é boa.

Recursos farmacológicos: nossa farmácia é muito boa. Ela funciona direitinho. O hospital, porém, não compra medicamentos de primeira linha, antipsicóticos de primeira linha, em razão do preço. Alguns pacientes, por terem sintomas negativos, que poderiam se beneficiar, não se beneficiam até quando saem. Poderiam ter uma vida participativa, mas não podem usar. O SUS paga a medicação, está incluído da diária global. O médico recebe 1 real e 1 centavo, e o hospital recebe em torno de, vamos dizer assim, no mês, em torno de 500 reais por paciente pra poder cama, comida, roupa, exames complementares, tudo. Quanto menos exames, quanto menos remédios usar, melhor para o hospital. Isso é a política. A administração do hospital tenta fazer com que se gaste menos remédio, menos alimentação, menos roupa, pra que possa ter menos gastos. Isso é um problema muito grande. Muito grande. Isso acaba interferindo no tratamento, e no nosso trabalho também.

Outros recursos de terapia somática: Dependendo do caso se usa ainda a ECT. Alguns profissionais fazem ECT, mas desde que seja uma coisa indicada, analisada por 2 ou 3 profissionais e que se chegue a conclusão que todos os outros métodos, que todas as possibilidades já foram esgotadas, e existe o risco de suicídio, ou uma situação que realmente ééé... seja indicada uma eletroconvulsoterapia. Ai o paciente é examinado, se ele pode receber essa eletroconvulsoterapia. Temos tido alguns pacientes que conseguiram sair de quadros gravíssimos através desse método, que deve ser usado desde que bem indicado.

Tempo disponível: é pouco o tempo disponível ao paciente. Não passa de 5 minutos. Atendo 2ª, 4ª e 6ª, tendo aos meus cuidados, no momento 32 pacientes. O tempo disponível é devido aquilo que já expliquei.

Em relação ao posterior acompanhamento do paciente: tenho problemas, muuuito grandes! Eu acho assim, não existe ambulatorios. Os ambulatorios que existem, fazem de conta que existem. Fazem de conta que tratam. Porque é impossível atender, em ambulatorio, 16 pacientes em 4 horas. É impossível, acho que você não faz tratamento. Eu não atendo em ambulatorio do SUS. Sei que a Santa Casa tem ambulatorio no Hospital Nossa Sra. da Luz. Como eu disse eu não atendo em ambulatorio. Eu me nego atender por 1 real, 16 pacientes em 4 horas. Desculpe, o atendimento no hospital é de 1 real. A consulta é 2 reais e 4 centavos a consulta. É o dobro (rindo). Mas assim mesmo é impossível. Ter que atender 10 pacientes pra ganhar 20 reais. Tem o CPM, mas funcionários do estado, está um caos, tá? Chega lá não tem médico, não tá atendendo, faltam, ééé... eles não tem tempo, estão atendendo emergência, estão atendendo todas as emergências... É um problema, não exist... que eu saiba não existe um sistema de atendimento ambulatorial decente em Curitiba. Não existe. Nós tivemos já em tempos..., vamos dizer assim, Instituto Freud, Clínica Grádiva, Clínica Melanie e Psicopar, né? Nós tínhamos 4 clínicas que atendiam em ambulatorio. Hoje em dia nós temos alguns poucos, ou seja o da Santa Casa no Hospital Nossa Senhora da Luz, o Ômega, mas o atendimento péssimo.

Em relação aos conflitos com os demais elementos da equipe: Pessoal administrativo, sempre (rindo) querendo que a gente gaste menos e que atenda o paciente o mais rápido possível. Alguns ééé... não aceitando pacientes que dão trabalho, administrativamente, e pressionam pra que você dê alta. Paciente que quebra, que estraga, que dá mais trabalho.

Pessoal servente e de manutenção, uma dificuldade muito grande quanto à orientação dessas pessoas. São pessoas que são colocadas dentro de uma instituição sem saber o que vão fazer, como devem lidar com os pacientes. Então, muitas vezes são agressivas com os pacientes, porque..., não são orientados como trabalhar com essas pessoas.

Psicólogos: eu acho que existe uma... rivalidade entre o trabalho de psicologia e psiquiatria, e que eu acho que... ééé... eu acho que poderia ser... melhor trabalhado desde que se tivesse um..., né? cada um pudesse fazer o seu atendimento sem intervir na área do outro. Rivalidade no sentido de que os psicólogos criticam muito a medicação, achando que o paciente não precisa de medicação. Muitas vezes o paciente está em delírio, está agitado, está agressivo, e eles acham que só... conversando resolve, e muitas vezes acabam se machucando. O trabalho deles deveria ser complementar e não paralelo. Isso gera incompatibilidade. Eu acho que se ele fosse complementar aí eu acho que seria melhor. Mas ele é paralelo. Eu acho que há quase como uma disputa: o psicólogo sabe tratar, o psiquiatra só sabe medicar. Não dá para generalizar, alguns psicólogos.

Quanto a relação com os psiquiatras, acho que não existe...

Quanto ao serviço social: olha a relação depende muito da personalidade. Com os psicólogos há uma dificuldade maior. Com os assistentes sociais não há dificuldade maior. Há uma complementariedade.

Terapeutas ocupacionais também. Acho que alguns terapeutas ocupacionais, não é todos. Isso depende muito do profissional e depende da linha de pensamento dele.

A enfermagem eu acho que infelizmente peca-se por não ter enfermagem com formação psiquiátrica. Eu acho que o pessoal sai do curso de enfermagem fazendo atendimento de enfermagem... clínica, mas psiquiátrica não existe, formação de enfermagem psiquiátrica. Eu acho que deveria ter. Então eu acho que tem uma certa dificuldade.

Quanto a integração dos profissionais no mesmo serviço: Não temos a experiência de trabalhar em equipe. Eu acho que falta. Eu tenho tido assim notícias... tenho visto, por exemplo, em outros estados, Rio Grande, São Paulo onde já existe equipe multiprofissional. Onde se trabalha com psiquiatra, neurologista, psicólogos, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta. E cada um faz o seu trabalho mas é uma equipe multiprofissional. Em nosso serviço isso não existe. É um sonho. Temos vários tipos de profissionais, tem psicólogos, tem enfermagem, tem terapeuta ocupacional, tem musicoterapeuta, tem assistente social. Mas não existem reuniões, não existe uma integração funcional. Numa unidade, "vamos sentar... com esse paciente, o que está sendo trabalhado? Que que está sendo feito? O que que cada um tá fazendo?" Cada um faz o seu trabalho e vai embora. Essa é a dificuldade que existe.

Intercomunicação de serviços: Uma dificuldade muuuito grande, acho que não só de nosso hospital, mas de todos os hospitais psiquiátricos é a questão de encaminhamento para hospital clínico. Há uma dificuldade muito grande de receberem pacientes, que tenham problemas clínicos. Se nós temos uma paciente internada no hospital e que tenha um... problema clínico grave, há uma dificuldade muito grande de se transferir esse paciente. Muitas vezes tenta-se e não se consegue. Ai tem que se tentar trabalhar com o que se tem e as vezes o paciente vai a óbito.

Não há interesse do governo. Não há interesse dos políticos, de fazer realmente um trabalho voltado à saúde mental. Não há. Eu diria assim, num trabalho, a prevenção. Um atendimento que se chama de primário, secundário e terciário. Não existe o atendimento primário. De você tentar fazer a prevenção de alguma doença. Você está tentando a apagar o fogo. Em Curitiba, estas questões não são levadas a sério.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Aaaa... eu acho que a desinstitucionalização... é uma coisa que realmente pode acontecer e vai acontecer, se você realmente fizer um trabalho voltado ao ambulatório. Então se realmente houver um interesse do governo, houver um interesse da parte dos responsáveis pela saúde e fazer um bom atendimento ambulatorial, então, medida que você vai prestando um bom atendimento ambulatorial, você vai evitando que esse paciente vá ter que ser internado. Porque a medida em que ele recebe um atendimento ambulatorial e que tenha uma medicação, e que aja uma distribuição de medicação, e que aja o acompanhamento do serviço social, que aja uma equipe multiprofissional, multidisciplinar, que tenha... que façam visitas pra essas famílias, que acompanhem essas pessoas que estão fora, éééé... muito provavelmente nós vamos evitar o internamento e muito provavelmente os hospitais diminuirão o número de pessoas internadas. Porque hoje em dia as pessoas estão internadas porque muitas vezes não tem dinheiro pra comer, não tem dinheiro pra comprar remédio, não tem um apoio fora do hospital. Então o que acontece? Ele sai do hospital, não tem ambulatório, reagudiza e volta pro hospital. Então eu acho que a desinstitucionalização não é por decreto. Não é você dizer: "a partir de hoje os hospitais não existem" Isto é impossível. Não se acaba com a saúde ment... não se acaba com a doença mental por decreto. Agora, você pode diminuir o número de, de, de pessoas internadas prestando um bom atendimento ambulatorial. Fechar os hospitais psiquiátricos eu acho que é uma incoerência. Doenças, loucura, sempre vão existir. Pessoas que necessitem de ser internadas sempre vão existir. Há uma dificuldade muito grande de os hospitais clínicos aceitarem, terem leitos para pacientes psiquiátricos. Ainda. Eu acho que existe uma... uma dificuldade muito grande. Então, eu acho que é um processo. A desinstitucionalização é um processo que deve ser feito, não por decreto, mas dando condições pra que isso se realize. Em Curitiba não tá sendo feito.

Não se faz nada para melhorar o ambulatório. Não se... existe um projeto de um deputado, de acabar com os hospitais. Pura e simplesmente acabar com os hospitais. Mas não seria a realidade. Quanto aos NAPS, você acaba com o hospital de 200 leitos e cria vários hospitais com 30 leitos. Por que? O que que acontece? Qual é o... incentivo que eles dão pro NAPS? Né? São pago uma coisa imensurável éééé... são pacientes que ficam... éééé, fazendo atendimento. Lógico, eles tem... um pouco mais de atividades. Mas se você pega, vamos dizer assim, não podemos esquecer que dentro da Saúde Mental, dentro dos transtornos mentais, em torno de 30% dos pacientes dos pacientes, mesmo que recebam os melhores atendimentos, eles vão cronicar. Então querer que de repente se faça, por decreto, e acabe-se com os hospitais e acabe-se com o doente crônico, isso é impossível. Os NAPS recebem alguns pacientes. Tem pacientes que não tem condições de sair do hospital. Eles tem recebido pacientes que tem... mais condições familiares. Que tem... Não é um doente tão grave, não é um doente que necessite realmente ficar dentro de uma instituição. Alguns desses pacientes de NAPS estavam em hospitais, outros em ambulatório, em casa. Então, se fecharem os hospitais, hoje fica um caos. Aliás, já está um caos. Porque nós não temos um atendimento éééé... voltado a... um bom atendimento. Não temos um interesse tanto por parte do governo, como por parte das pessoas responsáveis, voltado para um bom atendimento. O atendimento está um caos. Hoje, se você tiver uma pessoa de sua família precisando, você terá dificuldade de encaminhar. Eu acho assim: o Paraná peca no primeiro ponto: nós não temos aqui um coordenador de saúde mental, que todos os estados tem. Se você chegar hoje na secretaria de saúde e perguntar "que é o coordenador de saúde mental no Paraná", ninguém vai saber te responder. Então não existe um plano, não existe um... alguém que possa realmente coordenar e fazer um trabalho decente.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Fui procurar.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não, tive que procurar também.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Também não, tive que procurar.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

02) PSQUIATRA, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: No dia a dia, no da psiquiatria, em que o SUS é o comprador dos serviços as dificuldades são imensas por vários motivos. Em primeiro... é... o pequeno pagamento de honorários médicos por atendimento de pacientes. O que determina que o médico tem que procurar vários estabelecimentos pra trabalhar, tem que estar sempre disponível em seu consultório, tem que estar sempre procurando outras alternativas para ter uma vida digna. Com isso ele acaba restringindo o tempo dentro do hospital ao tempo mínimo. Ao tempo mínimo cobrado pela instituição. E isso impede, ou dificulta, basicamente, uma compreensão dos fatos nosológicos de cada um dos paciente. Principalmente porque muito dos pacientes que nós recebemos vem de uma camada social aonde as dificuldades do paciente são mais familiares, são mais sociais, mais econômicas do que propriamente psiquiátricas. Então, o hospital hoje cumpre com várias funções... né... Estabelece... é... o tratamento de várias pessoas que necessariamente não deveriam estar dentro de um hospital psiquiátricos. É... muitas dessas pessoas poderiam estar integradas dentro da sociedade, muitas dessas pessoas, é...em que pese sua diferença... daquela faixa de normalidade não mereceriam ser distinguidas da sociedade. Muitas dessas pessoas tem capacidade de desempenhar uma vida saudável e de se realizarem plenamente... é... dentro de seu mundo; mas estão dentro do hospital psiquiátricos

por várias condições. E, na situação em que a saúde... mental é tratada dentro do país,... nós temos um fator limitante de diagnóstico, prognóstico e tratamento, dentro da própria instituição. Porque nós temos vários tipos de paciente, aos quais nós não conseguimos dar uma atenção... é... diferenciada,... né. E muito menos criar em cima... do tratamento, novas perspectivas. Outra situação bastante limitante é que você trata esses pacientes dentro do hospital... mas a continuidade, fora dele, é prejudicada pelas mesmas condições. Poucas famílias têm condições ou orientação, né, ou condições de serem orientadas a procurarem tratamento ambulatorial... dentro dos NAPS... dentro dos hospitais dias... E muitos deles não tem nem condições econômicas, pra fazer isso, e pela sua localização geográfica, espacial, não tem acesso a profissionais que estejam habilitados dentro da saúde mental. Outra coisa que impede a gente de atingir plenamente nossos objetivos, é a limitação de recursos. É óbvio que as instituições, pagas, hoje, pelo SUS, né... não tem... é... recursos... né?... necessários, não digo nem abundantes, mas necessários pra você desenvolver um bom trabalho de psicologia, pra você desenvolver um bom trabalho de terapia ocupacional, que são hoje absolutamente necessários para a integração do paciente. Então nós temos um mínimo né... um número mínimo de pessoal nessas áreas que não permitem realmente, um trabalho que seja... profícuo... Né? Que seja frutífero pro paciente. Uma outra coisa é o desestímulo, né? que o psiquiatra vem sofrendo né? no seu dia a dia. Se nos contarmos o que o psiquiatra recebe pra atender um certo número de pacientes, e esse psiquiatra se dedica a fazer um congresso, a comprar um livro, a se dedicar a instrução, ele vai acabar gastando isso e mais alguma coisa só para se manter atualizado, só para ele se manter estudando, só para ele se manter dedicando a sua profissão. Ele acaba pagando pra trabalhar... né?... E... por isso até a gente acaba tirando da onde. Acaba tirando das outras fontes de renda aquilo que ele precisa pra se atualizar, pra produzir um conhecimento a mais. Outro fator extremamente limitante você ter que contar com uma medicação básica e não poder sair dela. Existe uma medicação padronizada que tem um custo X e você não pode ir fazendo uso de medicações até as vezes mais modernas, mais né... mais competentes e tudo, porque?, porque elas tem um custo adicional muito maior. E esse custo não é absorvido pelo hospital. Não pode ser absorvido pelo hospital, na medida em que as diárias e os valores pagas pelo SUS não permitem, realmente, que se faça investimento a nível de tratamento... Acho que é isso. (silêncio). Outra situação limitante, né quando você trata com o SUS é, por exemplo: não há realmente uma integração entre toda a equipe. Hoje não existe nem entre os psiquiatras. Nós não nos reunimos pra conversar, trocar idéias, falar de casos clínicos. Nós não nos reunimos com o corpo de psicologia pra discutir o que eles acham, nem com a terapia ocupacional. Não existem aquelas reuniões clínicas que nós discutimos: veja esse é um caso bonito. Muitas vezes a gente tem um caso bonito, entre nossos paciente: um caso de livro, uma coisa assim que você pode apresentar aos colegas... Agora,... em que hora fazer isso se todos nós estamos correndo (rindo) 8 a 9 horas por dia... não é?. Como reunir, qual é o estímulo, qual é... o retorno de você reunir esses profissionais todos... né. Pra discutir um caso clínico... né?, pra ver uma situação clínica que... com certeza só faria melhorar a integração de toda a equipe, bem como do tratamento dos pacientes. Como conduzir, fazer um planejamento de condução, né?... como a gente fazer uma meta, um ideal de tratamento. Agora as equipes... né? não funcionam nesse sentido, ou não pensam nesse sentido porque, vamos dizer assim, o retorno é muito pequeno... né?... Não há estímulo para que se faça isso. (silêncio)

Quanto ao atendimento do paciente após sair do hospital sinto-me frustrado... né? Bastante frustrado. Porque quando paciente sai...né. Ele se desliga da instituição, não é? E ele cai dentro de um sistema que hoje inclui o CPM o Nossa Senhora da Luz e o Ômega, que são os ambulatórios que restaram. Ah!, tem mais um... ambulatório que restou... no atendimento dos pacientes psiquiátricos. Tem aquele lá do Portão. O CRE. Todos os hospitais serão obrigados a ter NAPS. Então a gente percebe o seguinte: eles se desligam da instituição e muitos deles acabam se perdendo nesses meandros. O que a gente percebe mesmo é que os pacientes não tem um médico. Que digam assim: "quem me trata é o Dr. Fulano de tal". E isso é muito importante! Porque quando eu vou, por exemplo, quando eu vou a um ortopedista eu vou no Dr. Fulano de tal. Que é uma pessoa de minha confiança. Que é uma pessoa em que eu acredito, que possa resolver os meus problemas. E os paciente acabam internando, reinternando aqui e o que agente houve é que eles vão no ambulatório tal, as vezes, que eles marcam pra 60 dias. Quer dizer. Existe um estrangulamento do excesso de paciente dentro dessas unidades. Existe um outro estrangulamento que é não criar um vínculo entre paciente e profissional. E o vínculo é muito importante. Alias, dentro da psiquiatria, uma das coisas mais importantes é o vínculo que se faz entre o paciente e o profissional da saúde mental. Se esse paciente não consegue estabelecer nenhum vínculo. Se a gente não tem um médico a quem ele se reporte, se não tem alguém em quem ele confie, pra ele buscar esse tratamento... não é. Porque, até em muitos casos, ele nem percebe a necessidade de ser tratado. Então, pra que ele realmente se apegue a esse tratamento, pra que vá fazer sua adesão a esse tratamento ele tem que ter pelo menos confiança no profissional que ele tá propondo, esse tratamento. Só que dentro do sistema público de saúde não existe, né? aquela condição necessária da transferência, de você ter uma transferência positiva com a pessoa com que você tá tratando, né? aquela experiência de você saber o que você está procurando e com quem você está procurando. Isso não existe. O que determina, né? ...uma situação crônica de reinternamentos. Porque chega uma hora : um dia eu fui falar com o Dr. X, outro dia eu fui falar com o Dr. Y, cada um deu uma medicação, ou mudou sem uma continuidade. Chegou uma hora que "por que eu estou fazendo isso? Eu tou bom não vou me tratar. Né? Então... envolve que o paciente tenha, até, do ponto de vista racional, né? Ele está absolutamente certo. Né? Se qualquer um pode atender, se qualquer um muda sua medicação, se não existe uma continuidade, e não existe nenhuma tentativa de fazer com ele fique vinculado, né? Há uma necessidade, que ele perceba aquela necessidade, conscientemente, que ele julgue aquilo importante, pra vida dele, porque que ele vai fazer? (silêncio)

Em relação ao diagnóstico é aquilo que a gente já falou, né?: o tempo que a gente tem ...né? O pouco estímulo que a gente tem pra fazer pesquisa... né?... porque pra fazer um diagnóstico preciso você tem que ter horas e horas de você conversar... (silêncio). Com a situação que nós temos hoje, com o volume de pacientes que você tem, com o volume de trabalho que você tem, isso hoje não é possível.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Bom... a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico já teve várias tentativas... né? Teve a Itália, teve a Alemanha, a Inglaterra, muitos países já fizeram tentativas, pra ver se eles... principalmente depois do movimento da antipsiquiatria. E, todas elas, em maior ou menor grau fracassaram. E elas não fracassaram por que a idéia é ruim. E elas fracassam porque não respeitam as condições sociais econômicas, e políticas... né?, das famílias e dos pacientes. Éééé... Quando a gente tratou do primeiro assunto, eu já tinha falado que muitos pacientes que estavam no hospital psiquiátricos, nem deveriam lá estar. Não é... Eles deveriam estar é na sociedade. O problema é que essas famílias não tem condições... né?... sociais, não tem condições de educação, de higiene, de compreensão... né?...

da situação... de crítica, da saúde mental ...não é? Então essas pessoas não tem essas condições, como não tem condições econômicas de manter esse paciente... ééé... que muitas vezes se torna inativo do ponto de vista da sociedade. Mas não pra ele. Não é? E... as condições políticas. Quer dizer ...você que ter uma política de saúde bem orientada, com profissionais bem pagos, interessados, que realmente estejam dispostos a dar de si pelo paciente... né? Com uma boa rede de atendimento em que as pessoas possam sempre encontrar o que procuram, ou seja , a solução do problema imediato. Né...? A solução da crise psicótica, podemos dizer assim... né? Então quando se fala de desinstitucionalização tem que se falar de toda uma estrutura que deveria estar sendo montada, nos vários níveis pra que então se possa falar, realmente, em não se institucionalizar pacientes... não é? A desinstitucionalização, como ela vem sendo pretendida, vai fazer com que a gente jogue os pacientes psiquiátricos na rua...né? Mas sem o amparo do sistema de Saúde. Sem o amparo de profissionais que possam lhe dar ajuda fora... (silêncio) E isso em Curitiba, tanto em Curitiba como no Brasil todo. No sul do país. Agora, em Curitiba, com certeza. Né...? Nós temos os ambulatórios, mas esses ambulatórios ainda são ambulatórios, eu diria, precários. Primeiro, naquela situação de que... de que não existe uma sequência de tratamento, não existe uma ordem de tratamento, não existe uma integração desses ambulatórios no sentido de que o paciente que sai de um e vai para outro, possa ter uma continuidade, uma resposta aos seus anseios, uma resposta a sua necessidade de entender o porque ele está fazendo aquele tratamento. O paciente não tem um acompanhamento direto. Quer dizer, hoje ele pode estar tratando consigo, amanhã ele pode estar tratando comigo, depois de amanhã com outro, sem que haja continuidade. O médico não recebe informações do paciente que veio do ambulatório. Nenhuma informação, absolutamente nenhuma. Não é? Então veja. Como é que eu vou desinstitucionalizar se eu simplesmente não tenho uma estrutura que permita que esse paciente não precise ser institucionalizado. Uma outra situação: os nossos médicos que estão nos postos de saúde 24 horas, principalmente, quando eles vêem, hoje, um paciente alcoolizado entrando, ou um paciente que a família diz que é doido, ele não tem dúvida, ele preenche um laudo e encaminha para o hospital psiquiátrico. Quer dizer, qual foi a orientação dele? Qual foi a preocupação dele? Resolver aquele problema de imediato e nem se preocupar com o paciente. A preocupação não é com o paciente. Isso quando ele é atendido por um médico, porque agora o sistema de saúde de Curitiba também ousou que qualquer profissional que tenha CR, né? pode ser uma assistente social, pode ser uma enfermeira, atender um paciente e encaminhar. Então a gente recebe no hospital psiquiátrico um monte de pacientes encaminhados pela enfermeira do posto ou pela assistente social. E isso é péssimo...né. Porque isso diz que um profissional médico nem chegou a avaliar esse paciente. Se realmente ele precisava ser internado, ou se ele não tinha condições de ser tratado, ou quais eram as necessidades desse paciente. Muitos pacientes acabam chegando dentro do hospital contrariadíssimos porque a enfermeira falou com ele, emitiu um laudo e mandou internar. Dai que eu acho que fechar os hospitais psiquiátricos não resolve nenhum problema. E o fechamento deles vai trazer mais problemas do que soluções. O problema não tá no hospital, o problema tá na estrutura do sistema de saúde. Ééé... o hospital ainda significa pra mim... o hospital ainda significa uma proteção ao paciente. Ao contrário de você dizer : não a gente está tirando o paciente da sociedade para proteger a família ou a sociedade, ou resolver o problema da família ou da sociedade, eu acho que não. Quando a gente recebe o paciente no hospital, acho que a gente tem que encarar que nós estamos protegendo o paciente da sociedade. Nós estamos protegendo o paciente de uma atitude hostil que existe em torno dele. Não é? E daí cabe a nós conscientizar, ganhá-lo para o tratamento, no sentido de explicar pra ele que, de certa forma... né, ele vai ter que se comportar adequadamente para que a sociedade não seja hostil com ele. Não que a gente esteja protegendo a sociedade dele , mas ele da sociedade... Não é? E se houver o fechamento dos hospitais eu acredito que os problemas serão muito maiores depois do fechamento do que hoje com eles abertos.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224

R: Sim. Todas as portarias que vem sendo produzidas em termos de saúde mental, elas tem como fulcro tentar desinstitucionalizar, tentar criar uma outra mentalidade em saúde mental, que é saudável. Em princípio é saudável. O problema é que ela não vê a realidade econômica, social e política do país. Então elas tratam, elas de certa forma tem uma filosofia bonita, mas uma prática inconsistente. Até no que tange a desinstitucionalização, ao fim dos hospitais psiquiátricos, ao internamento compulsório, não compulsório, aquela toda.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Superficialmente.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florivaldo Fier, Dep. Rosinha?

R: Conheço (rindo) Não concordo plenamente. Porque ela é intangível. Ela não é realizável. Até outro dia tivemos uma situação aqui no hospital em que a lei se aplicava a certas situações. O grande problema é que, se nós formos seguir tudo o que está aí, comunicar ao promotor, e tudo o que a lei estabelece, vai burocratizar o atendimento e você acaba não tendo como tratar o paciente. E uma outra situação o médico assistente e o médico assistente ficam como os únicos e completo responsáveis pelo que venha a acontecer ao paciente. Como se não existissem leis que criam equipes, que exigem equipes, isentando os hospitais, o próprio SUS, pelas condições que oferecem. Quer dizer , a lei se dirige a um único profissional quando na realidade a coisa é multifatorial. A lei é burocratizante. E... não sei até onde ela é exequível.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Sim. A Lei municipal, pra mim é uma Lei nova, é assim cheia de boas intenções mas continua só nas boas intenções.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

03) PSQUIATRA, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Uma das principais é o preconceito em relação ao paciente psiquiátrico. Eu ,...não foi a primeira vez , mas tive dificuldade de transferir paciente com doença clínica, pneumonia, por exemplo. dificuldade em transferir para hospital clínico. O paciente acaba sendo rejeitado mesmo quando a contata o hospital. Esse intercâmbio deveria ser obrigatório. No meu ponto de vista a lei deveria deixar obrigatório que o paciente psiquiátrico tivesse atendimento prioritário dentro do hospital, visto as complicações clínicas. Isso é devido ao preconceito, do medo, que o paciente vá agitar, quebrar. Então pra eles é diferente, se eles tem um paciente psiquiátrico dentro do hospital deles, eles pedem pelo amor de Deus que a gente vá buscar.

A outra dificuldade é em relação a exames complementares. Que a gente vê patologias, clínicas, cirúrgicas, metabólicas ou endocrinológicas, orgânicas, que induzem a uma doença mental. As vezes há necessidade que a gente faça um exame laboratorial meio de urgência pra poder detectar: metabólico, eletrolítico. Você não tem como fazer isso você pede hoje e daqui 10 vem o resultado. Até lá você tem que tratar meio intuitivamente pela clinicamente. Eu acho que essas são as duas maiores dificuldades.

Ambulância, ou duas para transportar os pacientes com mais dificuldades.

A melhoria do funcionamento só facilitariam as coisas. Como por exemplo a prescrição com picotes.

Os mais idosos com uma série de patologias orgânicas. Isto complica o tratamento. Aí é que entra a dificuldade com os hospitais clínicos. O hospital psiquiátrico, como o nosso acaba rejeitando esses pacientes. Um paciente idoso, com problemas orgânicos, e psiquiátricos, despende mais energia da enfermagem do que três, quatro pacientes hígidos, em termos de orgânicos.

Talvez a equipe de enfermagem, o que talvez deve ser visto é a quantidade de enfermeiros insuficiente. As vezes há um só enfermeiro para cuidar de 40 50 pacientes, isso é um absurdo.

As entrevistas são razoáveis

Exames complementares demoram muito

Não há testes psicológicos.

Terapia de grupo não funciona para todos os pacientes.

Eu tenho a maioria das drogas que necessito. Não uso droga cara porque lá fora o paciente não vai utilizar.

Eu encaminho o paciente para o ambulatório e não tenho resposta Não há ambulatório suficiente. Não houve modificação nos últimos três anos, no sentido de favorecer o trabalho no hospital. os NAPS surgiram mas não se fizeram sentir.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: As mudanças, na minha opinião sempre são boas, desde que se coloque outra forma de atendimento ao paciente psiquiátrico. Que nem eles estão instituindo o NAPS. Uma forma alternativa de atendimento. Mas tem que ver que tem pacientes crônicos que não vão conseguir sair das instituições. Então o governo vai ter que tomar atitudes com relação a este tipo de paciente. Uma porcentagem grande de pacientes que não tem condições de viver fora de uma instituição hospitalar. Mas as mudanças são boas, visto que estão vendo o paciente como um todo né?. Estão tentando atingir o paciente em todos os aspectos da identidade. Trabalho desde 1992, ou melhor, há 5 anos. Sempre trabalhando em hospital. Meu pensamento é que acabando os hospitais psiquiátricos poderia ficar sem lugar para trabalhar. Mas isso na verdade não vai acontecer, porque nunca vão acabar os pacientes. Pacientes psiquiátricos sempre vai ter. Uma situação de trabalho sempre vai ter, pelo menos em algum órgão de assistência mental. Eu acho que vai ser importante. Os hospitais gerais criarão unidades para psiquiatria. Seria um grande passo . O paciente seria visto como um todo. A parte física , a parte mental.

A lei que regulamenta já está em vigor. Só que eu não creio que venham a fechar os hospitais. Eu não concebo que os crônicos serão jogados na rua. Eu creio que vão tentar um modo alternativo. Quando perceberem que o problema será maior do que pensam, resolverão não fechar. Teriam que ser feitas leis por pessoas que trabalham diariamente com os pacientes. Com o sistema de saúde. Conhecendo as dificuldades que enfrentamos. Não leis feitas por pessoas alienadas do problema. Por exemplo os NAPS, hospitais dias. Tem pacientes que não tem condições sequer de pegar ou pagar um ônibus. Quem elabora essas leis parecem não entender nada do assunto. As mudanças parecem ser para melhor. Só não acredito que conseguirão lidar com os crônicos sem os hospitais. Não podemos dispensar os hospitais psiquiátricos. É bom ter recursos que não havia. Eu faria uma reforma na instituição psiquiátrica. Colocando uma unidade clínica dentro do hospital.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Fiorisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

04) PSQUIATRA, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Eu diria que o primeiro fator mais evidentes, no que diz respeito a clientela, é a limitação sócioeconômica e cultural. Dificuldades de abordagens. Ou muito antes da dificuldade de abordagem, terapêutica, diagnóstica, antes disso ainda, a dificuldade que o próprio cliente encontra em estabelecer os parâmetros da sua doença em ter o acesso e o direcionamento específico ao tratamento que se demanda. Err. na verdade a limitação sócioeconômica e cultural ela teria um leque de situações, sub-situações, diríamos assim, que se toma a situação mais abrangente, mais holística em relação a dificuldade de nossa clientela. Nós atendemos uma clientela no trabalho previdenciário, não é? hoje caracterizado no trabalho destinado ao Sistema Único de Saúde, nós atendemos uma clientela de baixo padrão em termos sócioeconômico e cultural. E essa clientela, em primeiro lugar tem dificuldade de acesso à serviços de saúde. E essa dificuldade de acesso, ela é multifatorial. Quer dizer uma dificuldade de acesso propriamente, pela falta meios de locomoção, geográficas, pela falta de...de...de possibilidades terapêuticas, e assim por diante. Ééé... uma outra abordagem disso seria em relação ao fator cultural. Ou seja, essa clientela, ela tem uma grande dificuldade em identificar seus sintomas, e a natureza deles. E, enquanto falamos de saúde mental, especificamente, temos que levar em conta que o fator sócioeconômico e cultural, é um fator essencialmente vinculado à gênese e evolução da nosologia que nós tratamos na saúde mental, no Brasil. Para o médico de hospital a aquisição de medicamentos não se caracteriza um problema marcante. Mas se defronta com isso na continuidade do tratamento. Na medida que o quadro agudo foi debelado é preciso continuidade.

Em relação a procedência existe, mais marcadamente, uma dificuldade de reinserção no meio social de origem do paciente, que entre outros fatores essa dificuldade se vincula a dificuldade de transporte, em relação ao retorno. A distância interfere fundamentalmente no contato com a família do paciente. Acho fundamental esse contato com a família. Outra coisa. Eu diria que uma parcela ééé... uma parcela que ainda é significativa, provém de outros estados e de regiões geograficamente distantes. Distâncias consideráveis que nós poderíamos estabelecer assim como distâncias talvez acima de 200 Km, não é? Isso tem nos preocupados no sentido de imaginarmos ainda ma grande deficiência na distribuição de leitos hospitalares psiquiátricos, na, ... vamos dizer... na ...na...na disponibilidade de err... de terapeutas de saúde mental principalmente no que diz respeito ao interior. E que porque existe marcada, muito marcadamente, uma err... uma err... uma concentração de procura de leitos hospitalares próximos a região metropolitana. Na minha experiência, eu posso dizer que é uma experiência incluindo o tempo de estudante, uma experiência, ou vivência, de cerca de 18 anos, junto ao atendimento psiquiátrico, tanto hospitalar quanto ambulatorial, eu nunca consegui ver uma política consistente e err... bem fundamentada de atendimento ambulatorial psiquiátrico. Eu nunca consegui ver uma política consistente no sentido de formação de equipe multidisciplinar e, também, de treinamento de clínicos gerais, ao menos no sentido de identificar sintomas mais evidentes de patologias psiquiátricas e de prestar o devido encaminhamento. Não é? Saber reconhecer a gravidade, maior ou menor de uma manifestação, de um transtorno psíquico, e poder lhe dar um encaminhamento devido a isso. Então a psiquiatria parece que ocupa um espaço único dentro do campo médico, não é?. Nós dividiríamos assim: a psiquiatria e todo o resto. Eu imagino que esses colegas que atuam no interior, em áreas mais... eles tem um treinamento e uma percepção razoável de todo contexto médico, com exceção da psiquiatria. Em segundo lugar... err... a própria dificuldade de distribuição de leitos hospitalares psiquiátricos. No entanto refletindo sobre isso, isso parece que não se constitui em causa única, porque todas as cidades do interior essa cidades que são capitais de micro regiões, dispõem leitos hospitalares. E, para surpresa nossa, nós frequentemente recebemos pacientes dessas mesmas regiões, que poderiam, teoricamente receber assistência.

Tudo que dificulta o entendimento da doença por parte do paciente não tem solução, a menos que se instrua os mesmos sobre a natureza do adoecer. Teríamos que passar pelo processo de mudança cultural da população. Eu estava conversando com um professor da cidade de Berlim, professor de psiquiatria. Então ele dizia pra gente que lá na Alemanha é muito comum você ver pessoas com quadros depressivos importantes ir ao psiquiatras, e elas mesmos dizem que preferem serem tratadas com eletroconvulsoterapia, porque, no entender delas, segundo as informações que receberam por imprensa leiga, etc. e tal, consideram que o tratamento eletroconvulsivo como menos danoso, em termos de efeitos colaterais, que os antidepressivos. E também por ser, na concepção dessas pessoas, um tratamento que possibilita um retorno mais rápido às atividades e à vida social. Então são...nós podemos filtrar disso um outro nível de informação que passa necessariamente pela melhora das condições sócioeconômicas e culturais da população como um todo.

Em relação a idade do paciente, eu vejo o seguinte: Estamos tratando pacientes geriátricos, sem poder orientar a família sobre a necessidade de um manejo especial do doente nessas faixas etárias. Não existe um atendimento especial. Nós recebemos um paciente geriátricos e não podemos orientar a família para outras possibilidades, e temos pacientes geriátricos em abandono familiar.

Em relação ao sexo nosso hospital não projetou uma ala feminina.

Quanto a outras patologias, o diagnóstico fica na dependência da demanda ao médico, e de sua disponibilidade e interesse. Já se caminhou um pouco nesse aspecto. Hoje nós temos até alguns elementos para se oferecer às famílias nesse aspecto. É claro que temos que receber qualquer paciente porque temos um convênio. Pensa-se porém, num acordo com organismos governamentais no sentido de construir uma ala para menores, que são um problema em tratar em nosso ambiente.

Em relação ao diagnóstico, principalmente, quando existe uma fundamentação orgânica cerebral, mesmo orgânica de uma forma geral, err...na patologia como se nos apresenta, nós temos dificuldades muito pronunciadas de recorrer a processos de investigação, principalmente aos mais sofisticados. Quanto aos menos sofisticados são de acesso mais fácil. Podendo até pedir diretamente. A dificuldade maior é na implementação. O hospital se dispõe a dar apenas a infra-estrutura no sentido de conduzir o paciente etc. Outro clínico teria que examinar o paciente e pedir o exame. Esses atendimentos estão municipalizados em serviços especiais.

Em relação ao tratamento: por exemplo, eu teria dificuldade hoje, ainda que conhecesse a técnica, e tivesse os recursos nesse hospital, eu teria dificuldade de indicar a um paciente específico, um tratamento com ECT. Em função das resistências, em função do grau de envolvimento que a dinâmica hospitalar oferece a equipe multidisciplinar, no problema diagnóstico e terapêutico, em função dos preconceitos que cercam esse exemplo...essa técnica terapêutica que eu cito como exemplo. Existem limitações ao tratamento farmacológico. A normalização de produtos disponíveis na farmácia do hospital é limitada. O que nos parece ser mais uma vez determinada por fatores econômicos. Por exemplo, dispomos só de 3 neurolépticos, sendo um deles exclusivamente indutor do sono, um fenotiazínico.

Eu tenho a impressão que nesse movimento recente no sentido de normatizar o atendimento psiquiátrico, se abordassem aspecto mais técnicos do atendimento. O risco de efeitos colaterais seriam muitas. Um deles: não saberíamos como as pessoas na função burocrática conduziram a questão. São normas de gabinete, e não sabemos se as pessoas teriam respaldo técnico a ponto de caracterizar como confiáveis e adequadas.

Existe uma dificuldade muito grande de serviços ambulatoriais de atendimento. É um atendimento de qualidade discutível.

Quando o paciente chega, o plantonista é que busca saber o que fazia o paciente em termos de tratamento antes de chegar ao hospital. Não recebemos qualquer documento que nos informe.

Quanto a integração profissional, as dificuldades são com os psicólogos, sistematicamente. O que nós percebemos que os psicólogos numa equipe multidisciplinar, recebem uma formação, compartilham de uma formação que valorizam muito pouco o modelo clínico terapêutico. Em função disso, a forma de intervenção do profissional de psicologia, a mais das vezes, é política, ao invés uma proposta de intervenção do modelo médico.

Temos observado um crescimento na qualidade e na abordagem, em termos de papel, da assistente social, de forma que os conflitos são menores.

Há um bom relacionamento com o pessoal da Terapia ocupacional, na minha experiência.

Com a enfermagem existem dificuldades. Em relação ao manejo, tecnicamente fundamentado, do paciente, em relação aos cuidados quimioterápicos.

Nosso hospital, até uns 3 anos atrás era deficitário. Foi modificado em decorrência das normas. Daí há uma tendência de melhora.

Quanto a integração funcional entre os serviços, eu diria assim, que eu não vejo, eu não percebo uma integração mais elaborada entre os serviços, né? Essa integração se limita apenas aos aspectos formais e burocráticos. Não há integração entre hospitais e ambulatorios. Eu diria talvez até que, numa observação empírica, numa ótica empírica, essa integração já funcionou melhor... quando nós tínhamos, há anos atrás, vamos dizer assim, um macro ambulatório de... que... err... funcionava quase que como... vamos dizer assim... um normatizador do atendimento ambulatorial, quase que a nível estadual. Um ambulatório previdenciário que encerrou as suas atividades a coisa de 7 anos: o Instituto Freud que atendia em convênio com a Previdência. Não há, então, comunicação e não há integração. Nós, inclusive não conseguimos entender, e freqüentemente, nos ocupamos dessa questão, em conversas informais com colegas, nós não conseguimos entender qual foi o destino dessa clientela. Porque nesse tempo decorrido, fatalmente a população se multiplicou; a prevalência e a incidência de transtornos psíquicos vem mantendo seu percentual, não é?...e nós não conseguimos entender a destinação dessa população que era atendida por esse ambulatório.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Tenho participado como observador das discussões que acontecem visando as mudanças, um plano de saúde mental para Curitiba. A propósito, o Projeto de Lei Delgado me parece ser radical, não é? Radical, sectária, sem uma fundamentação técnica. Não concordo com a totalidade. Eu vejo que a lei proposta pode se aplicar desde que tecnicamente bem encaminhada pelos órgãos gestores a uma melhora...a uma redefinição do atendimento psiquiátrico hospitalar. Mas na sua redação, eu acho que quando falamos coisas assim, nós consideramos coisas desse tipo, nós estamos deixando de aplicar o modelo médico, o aspecto médico ao atendimento psiquiátrico. Existem quadros psiquiátricos graves, que ao menos em sua forma aguda necessitam e demandam atendimento hospitalar.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

05) PSQUIATRA, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Bom, eu trabalho no serviço público... eeee... enfrentamos uma série de dificuldade no desenvolvimento do nosso trabalho. Eu poderia citar alguns... err... nós temos uma população muito pobre, uma população carente com dificuldades básicas... terríveis. Enfrentamos... err... problemas em função disso. Desde um estado precário quando nós recebemos essa pessoa no hospital. Até mesmo dificuldades de deslocamento da família desse indivíduo quando convocado ao hospital para participar do desenvolvimento terapêutico que nós procuramos fazer. Encontramos dificuldades no pessoal de enfermagem. Pessoas...com, embora alguns tenham extrema boa vontade, as condições de trabalho são difíceis. Nós temos um quadro limitado de enfermeiros. Com praticamente nenhuma perspectiva de reposição. Encontramos, em função disso, um pessoal cansado. Os plantões noturnos são completamente dissociados... da dinâmica do hospital durante o dia. Procuramos estabelecer um vínculo entre essas partes e encontramos uma fortíssima resistência. E ao mesmo tempo solicitamos que providências dev... sejam tomadas e nada é alcançado. Os pacientes, de certa maneira, ficam desassistidos, ou mal assistidos na parte da noite. Encontramos durante o dia dificuldades com colegas profissionais que não compreendem ou não aceitam o tipo de patologia com que nos defrontamos. Esses profissionais medicam de uma forma inadequada...por exemplo, pacien...eu trabalho, basicamente, com dependentes. Esses pacientes na entrada apresentam determinados quadros que devem ser devidamente medicados. E, apesar de todos os meus apelos, e por escrito e falado, eu encontro dificuldades em ver os colegas medicando de forma

inadequada, insuficiente, até, pacientes em pré delírium, pacientes que vão desenvolver uma síndrome de abstinência. Eu fico me perguntando. Já nos perguntamos na nossa unidade, o que está por trás disso. Se apenas dificuldade de compreender o problema, ou se é alguma outra postura de má vontade para com a patologia, dependência. Não sei se os colegas que não... nem todos são psiquiatras, apreendem o que é a dependência. Se encaram a dependência como uma condição de doença. Enfrentamos questão de manutenção no hospital. Objetos quebrados. A reposição é sempre muito lenta, demorada. Vinda de uma forma irregular. Muitas vezes é um serviço feito de má vontade. Funcionários da... da... manutenção muitas vezes com problemas de alcoolismo. Nós temos que lidar com os próprios funcionários do hospital com grave problema de dependência. Podemos imaginar...pode imaginar o que significa isso? Dentro de uma unidade de alcoolista, receber um funcionário alcoolizado? Encontramos dificuldades em alimentação, com muita frequência. A comida vem... a qualidade da comida é muito irregular. As vezes os pacientes se queixam que é insuficiente, nós temos que correr atrás. Solicitar que haja melhor controle da qualidade da alimentação. Nós nos deparamos com maus salários, salários baixos. Fazendo com que o profissional tenha que se desdobrar em vários empregos. Ganho 1.600 reais limpos, por 4 horas. São situações essas que, cumulativamente, tendem a travar qualquer trabalho institucional que procure ser bem feito. Evidentemente que podemos imaginar outras dificuldades também. Dificuldades de informação. Mas, nós...errr, nessa parte, nós, a própria atividade, quando bem feita, quando feita com honestidade, facultada à pessoa, possibilita à pessoa, um... desenvolvimento profissional. Quer dizer, um profissional experiente, calejado ele vai aprender, vai desenvolver-se manejando corretamente a situação. Então... eu vejo, basicamente, essas as dificuldades com que eu,...eu...eu me defronto diariamente no hospital. Numa menor escala, eu lido com psicóticos quando eles são encaminhados pra nossa unidade. Eu gostaria de esclarecer que eu trabalho na unidade voltada para tratamento de dependente do álcool. Nossa capacidade de conter o psicótico é pequena. Nossa capacidade de conter um dependente de Crak é pequena. Nós costumamos encaminhar para outros serviços a portas fechadas. É um serviço a portas abertas. Isso é, as pessoas ficam voluntariamente.

Baseado nesses pontos, nós temos, com relação ao nosso trabalho, nós temos dificuldades em: primeiro, não atendemos pacientes do sexo feminino. E é uma necessidade premente, cada vez mais,...mais bem caracterizado. Não atendemos menores de idade. Não temos condições de atender. E há uma grave deficiência na cidade de Curitiba, pra menores de idade. Existem alguns serviços para menores psicóticos. A opção é mínima. É muito difícil você atender. Existe uma opção de hospital no Núcleo de Atendimento Psicossocial, pelo SUS. Que promove esse tipo de trabalho. Mas nós estamos com muita dificuldade de encaminhar, principalmente, menores de idade dependentes. Menores de idade psicóticos, a mesma dificuldade.

Com relação à renda familiar, nós observamos que as pessoas, que nós atendemos, são pessoas extremamente carentes. As pessoas são pobres. E isso aí acaba trazendo consequências básicas para a continuidade do tratamento. Pessoas que não tem dinheiro pra pagar uma passagem dificilmente vão se deslocar até um ambulatório de manutenção. Familiares que não tem o que comer dificilmente vão se deslocar pelo hospital para fazer um acompanhamento de orientação e... avaliação da situação familiar desse paciente. Os NAPS, acredito, que o...esse tipo de proposta seria uma excelente continuação do nosso trabalho e encaminhamento para esses pais. Mas, esbarra no mesmo problema. A não ser que as passagens sejam... custodiadas, certo.

Nós temos, em relação à avaliação, triagem processo diagnóstico nós carecemos de uma entrevista mais bem elaborada. Recebemos pacientes com diversas patologias aonde o entrevistador não conseguiu discriminar adequadamente aquilo que realmente está em evidência, aquilo que tem que ser abordado. Quem realiza a entrevista é o plantão, que pode ser psiquiatra, que pode ser clínico, pode ser pediatra. Aquele que estiver de plantão na escala. E, muitas vezes, são pessoas que não estão treinadas pra poder discernir alguma coisa nesse sentido.

A procedência trás dificuldades não necessariamente, quer dizer, a procedência traria dificuldades na medida em que um paciente cujo lar é muito distante do hospital, dificilmente essa paciente teria condições de acompanhar de perto. Nós normalmente não trabalhamos com licença, não é? e nesse sentido a procedência poderia ser um limitante.

Encontramos, evidentemente, em função, ou em paralelo, encontramos a doença do paciente, encontramos com muito frequência familiares doentes também,... certo?

Nós temos... errr, aqui na...ao entrevistar... ao realizarmos a entrevista, como eu disse, nós temos com frequência um mau diagnóstico, má avaliação. E, eu tenho certeza que se nós dispuséssemos de um profissional voltado pra isso, com mais qualificações, ele poderia fazer uma avaliação mais criteriosa. O resultado é que nós recebemos num ambiente para o trabalho terapêutico com dependentes, nós recebemos pessoas em surto psicótico. Isso aí fica muito difícil para o desenvolvimento do trabalho. Muito difícil. Mas...nós temos que fazer de alguma forma.

Bom, com relação à organização do serviço. Haveria menos conflitos. Se houvesse uma...um encadeamento mais harmonioso nas partes. Nós observamos que existem muitas dificuldades. Nós nos deparamos seguidamente com dificuldades de encaminhamento. Isto é, coisas básicas: a administração falha..., a cozinha falha... a enfermagem falha... Nós temos deficiência com frequência de falhas, lacunas de plantonistas na parte da enfermagem. A cobertura não pode ser bem feita...Encontramos... pessoal de enfermagem despreparado... Muitas vezes com patologias mentais... e nós temos de tentar conduzir, e, sem possibilidade de substituição, certo?

Com relação a exames complementares estamos satisfeitos...temos laboratório..., a disposição do hospital... dentro do hospital. Então os exames básicos são todos feitos. Na área em que eu trabalho, de dependência e alcoolismo, errr, nós temos muita necessidade de um acompanhamento laboratorial, e isso aí...é tranquilo. Quem requisita os exames é o nosso clínico que tem uma excelente experiência com dependente. Se for necessário, eu tenho a liberdade de solicitar exames. Só que faz parte da tarefa do colega que faz avaliações clínicas e também encaminhamento. Quanto aos exames de alto custo, esses são mais complicados. O paciente tem que ser encaminhado para um hospital maior, um hospital clínico. Nem sempre é internado, muitas vezes a gente consegue uma tomografia através de uma marcação. É feita a marcação e o paciente retoma pro hospital. Um EEG, um ECG, uma coisa um pouco mais elaborada, nós temos conseguido...é um pouco difícil de encaminhar, mas a gente consegue.

Quanto ao tempo disponível pro paciente, não sentimos dificuldade nesse sentido porque o trabalho é coletivo, é grupal, e as atividades são feitas sempre em grupo, e, nesse sentido, isso é, o tempo disponível de atenção é satisfatório. Existe uma indicação técnica pro trabalho grupal com dependentes. Isso é, dependente se sente melhor num ambiente grupal, por uma série de características de sua personalidade. Isso possibilita que uma equipe, relativamente pequena, possa atender um número relativamente elevado de pacientes. Atendimento individual seria impossível dentro desse padrão.

Nós temos uma equipe multidisciplinar, que se esforça no sentido de se complementar. Isso é, através das nossas reuniões técnicas, nós procuramos, errr, situar cada um, numa determinada área de atuação, somando, então, um bom atendimento ao paciente. Evidentemente que, essa interdisciplinaridade sempre gera algum tipo de tensão, que são neutralizadas, procuramos neutralizá-las,

através das reuniões técnicas, reuniões de trabalho que são feitas regularmente. Procuramos, então, fazer a integração, mas, como qualquer área de relacionamento humano, é capaz de gerar muita tensão.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Com relação a desinstitucionalização, eu penso que é uma atitude extremamente perigosa, porque ela não vem acompanhada das medidas necessárias para conter o doente. Uma coisa é você condenar o hospício. O hospício de baixo padrão de atendimento. E eu concordo plenamente, um mau serviço deve ser condenado. A outra coisa é, em função de dificuldades que aconteceram no passado ou que acontecem no presente, você negar a necessidade de uma instituição. Instituição, quando eu falo, muro alto, porta fechada, pacientes contidos. Nós temos uma variada grau de patol... graus variados de patologia. Desde quadros mais simples até quadros extremamente complexos envolvendo altos riscos para a pessoa e para os outros. Encontramos pessoas que desenvolveram dependência à droga extremamente destrutivo. Fazendo com que essa pessoa, no momento do uso e durante do uso, se torne totalmente incapacitada para se cuidar, se proteger e não fazer uso da droga se não estiver convenientemente contida, num ambiente protegido, livre de drogas. Então eu acho que é um passo extremamente temerário você imaginar que é possível tratar de todo mundo em nível ambulatorio, tirando o valor da hospitalização. Uma hospitalização bem criteriosa... salva uma vida. Protege a pessoa, protege a família de altíssimos riscos. Nós estamos falando de suicídio, de homicídio, de acidentes automobilísticos numa pessoa psicótica, numa pessoa drogada... acidentes de trabalho terríveis. Essas pessoas que estão doentes, devem ser protegidas. Não tenho nada contra a crítica a respeito da instituição tradicional. Devemos fazer uma crítica criteriosa a respeito das instituições, no sentido de melhorá-las. Torná-la a mais humana possível. Aproximá-la da sociedade. Agora, negar a validade e a necessidade da instituição hospitalar eu acho que é desatino. Se você exclui o hospital psiquiátrico, você não vai ter condições de atender a população carente, a população doente, dentro da estrutura como ela existe hoje, ambulatorial. É impossível. A curto prazo não melhorará. Pelo contrário, o que nós observamos é que tem havido uma deterioração progressiva nos serviços ambulatoriais. Eu acredito que a postura neo-liberal que se está perseguindo no Brasil hoje, ela pode trazer consequências desastrosas pra determinados segmentos da sociedade. Há um debate acirrado a respeito do futuro da medicina no país. No futuro da assistência médica, principalmente aos mais pobres, aos mais desprotegidos. Nos países europeus, embora eles apliquem as tendências neo-liberais, eles possuem redes de proteção aos desassistidos. Nos Estados Unidos onde, o país, rei do neo-liberalismo, vamos dizer assim, onde ele é exercido em abundância, existe uma faixa imensa da população que se encontra nesse momento em graves problemas... enredada em graves problemas. Eu não estou falando dos desassistidos completos, porque esses possuem mal ou bem algum tipo de cuidado básico. Eu estou falando do filho da classe média, aquele que trabalha a vida inteira para ter seu iar, e seu carro, e que por um insulto cardíaco ele é obrigado a fazer uma cirurgia um pouco mais delicada, e todo o trabalho dele durante a vida, é carreado para o tratamento médico. É uma situação muito séria, e me parece que... não estão sendo encontradas soluções, mesmo num país de primeiro mundo. A nossa situação é muito mais precária. Nós estamos observando, lamentavelmente, bebês morrendo em maternidade por falta de assistência. Bebês morrendo por infecção hospitalar. Velhos abandonados em clínicas que são verdadeiros açougues. Atendimento ambulatorial feito na... nos corredores do hospital. Falta de medicamento. Isso tudo é um problema que eu acredito que seja basicamente de dinheiro e de dotação e que esconde uma dificuldade de orientação do governo. Não acredito que nossos políticos estejam cuidando da saúde, e saúde mental. Eu acho que há uma tentativa de se... encobrir o problema e as medidas que se vem tomando, a respeito da questão da saúde mental, são apenas cosméticas.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Em linhas gerais sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Fiorisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não, em detalhe, não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

06) PSQUIATRA, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Éééé, basicamente aaaa... maior dificuldade... está em função da... da... da inexistência de exames complementares que facilitarão o diagnóstico diferencial e até mesmo descartar uma possibilidade de doença orgânica. Isso, na psiquiatria, realmente uma situação caótica que a gente vive hoje em dia. Uma outra situação, em relação ao tratamento é o arsenal terapêutico, não é? Nós convivemos hoje com os mesmos fármacos de... 20 anos atrás, né? Isso trás uma menor possibilidade de opções terapêuticas, um antidepressivo de última geração, um antipsicótico de uma nova geração, isso pra gente que trabalha a nível de SUS issoooo, é utópico. É um sonho mesmo. Uma outra dificuldade que nós temos seria o serviço... médico paralelo, né? Muitas vezes nós precisaríamos de uma avaliação neurológica mais ativa, ou mesmo uma avaliação da clínica médica mais adequada e isso também nós não dispomos no momento. Nosso hospital é particular trabalha em convênio com o SUS. O meu trabalho é como autônomo, ganho há cerca de 3 anos em torno de 1300 reais. Porque esse... essa situação... na realidade nós tivemos um reajuste de 25%, né? que não foi incorporado então

éééé, dá dizer que isso daí está assim de 2 anos pra cá, 2,5 anos não lembro bem a data. Agora, em termos de honorários médicos nós tivemos uma defasagem muito grande, né? Provavelmente a 5, 10 atrás o médico que trabalhava nesse nível de autônomo do SUS ele ganhava ele ganhava relativamente muito mais, né? Nós tivemos uma dificuldade nos reajustes... então foi defasando mais. Não estou satisfeito com isso. De maneira nenhuma. A profissão acaba sendo gratificante porque... lá vem um chavão, né?... eu acho que na medicina o brasileiro acaba dando um jeitinho também, né? então de vez em quando tem aquela família que te ajuda te trazendo a medicação um pouco melhor... você faz a receitinha pra trazer pro hospital. De vez em quando é aquele colega que... que... que entende de clínica médica e faz plantão e avalia o paciente pra você, pra trocar idéia... De vez em quando... é você que arruma amostra grátis pro paciente, solucionando uma das minhas queixas, entende? Então a gente acaba sempre dando um jeitinho, né? Eeee e, e eu acho que é o tipo da coisa que a pessoa tem que gostar. Porque se você for ver em termos de gratificação financeira realmente dá pra empatar, quase, né? O que gratifica é essa realização no trabalho mesmo, né? A gente acaba, bem ou mal, ajudando o paciente, né? Apesar de todo esse buraco, de toda essa situação. Eu acho que melhorar as condições de trabalho, diagnóstico...

O sexo, basicamente masculino. Só atendemos homem. Não há problemas.

A idade... tem alguma dificuldade com o paciente idoso até por não ter um serviço complementar, né? acessório. Nós recebemos paciente idoso... 70 e poucos anos, 80 anos, muitas vezes sem se alimentar alguns dias... uma série de situações desse tipo e que você nem sempre tem um... um aparato de exames complementares e apoio clínico médico pra... pra ajudar o paciente também, né? Não somos especializado pra idoso. Eu acredito que falte em Curitiba um serviço de atendimento pra idoso, sem dúvida nenhuma. Atender adolescente é difícil. Não temos condições adequadas. Raramente se atende, pelo menos onde eu estou. Eu acho que em Curitiba não há serviço. Especificamente não. Que eu conheça não. Parece que tem alguma coisa no Adauto Botelho, mas é uma coisa muito limitada.

O pacientes são das mais diversas procedências... talvez a maior dificuldade que a gente tem aqui a grosso modo é quando vem pacientes de outro estado, né? e o reencaminhamento pra casa muitas vezes se torna muito difícil. O contato com familiar... Então você dá alta fica dependendo de uma ambulância, que vem de uma prefeitura pra buscar, lá não sei de onde... então seria mais nessa... nesse aspecto, né? Olha, eu acredito que em termos de outros estados, principalmente de Santa Catarina... talvez seja uma taxa aí de 10 a 20 por cento, sabe?. Estou chutando, heim! não... (rindo). Isso é um problema, principalmente porque você não tem a família, né? ajudando. Até pras coisas básicas do paciente, né?

A maior dificuldade quanto a escolaridade seria a comunicação mesmo. Compreendeu? Éééé, como a gente tem uma população muito heterogênea em termos em termos culturais e educacionais, você não consegue fazer um trabalho homogêneo, né? Então eu acredito que acaba acontecendo seguinte: se dá mais a quem tem condições de receber mais eeee, né? Muitas vezes algum é esquecido realmente.

A renda familiar é o grande problema porque nós trabalhamos com pacientes de baixo padrão, né? Então são pacientes que... eeee... muitas vezes a família não tem dinheiro nem pra vir ao hospital visitar.

Quanto a comorbidade, seria o grande problema da patologia orgânica... né? que muitas vezes ela tá junto, a gente precisa dessa complementação da organicidade da coisa e nós não temos... né? É muito difícil conseguir. Não há hospital apropriado. Então a gente fica naquela, né? Se o paciente tem o quadro físico, que tá chamando atenção, mais grave... a gente tem que pedir por favor pro Cajuru [pronto socorro municipal] aceitá-lo, não é? Ou, pra, sei lá, o pra São Carlos (hospital clínico) sei lá quem, aceitá-lo. Não é fácil. Conseguir uma vaga em hospital clínico já é difícil, agora pro paciente psiquiátrico, então, é um... caos!

As patologias são as mais variadas, né? Basicamente a maior dificuldade vai pro quadros dos idosos, com um caso demencial por exemplo que é mais, muitas vezes, é mais uma questão de cuidados físicos: dar comida na boca, higienizar, limpar, do que o cuidado psiquiátrico propriamente dito, né? Então são pacientes por quem a gente vai fazer muito pouco. Então essa patologia realmente... se você pega um paciente esquizofrênico agudo... não tem muito o que discutir.

Quanto ao tempo de entrevista, eu faço o meu tempo. Não tenho dificuldade. É o suficiente. Eu tenho tempo, eu faço o tempo. E cuido do tempo, eu manejo o tempo de acordo com o meu interesse. Há uma entrevista que é feita na admissão, pelo plantão, e depois fica comigo, daí. Não estou satisfeito. É uma entrevista... mais... pro forma... pra internação. Não é uma entrevista... mais acadêmica que permitiria você pegar a entrevista e você dar um diagnóstico, chegar a uma conclusão. É realmente um relato para a internação, cumprindo as exigências legais. Não é uma dificuldade. Eu acho que o pessoal é treinado pra fazer assim até pela... sistemática do trabalho. Pra mim não cria dificuldade porque eu entendo os pacientes de qualquer forma (rindo). Eu vou tirar os dados. Baseado na entrevista que foi feita eu vou rever, vou complementar as coisas, inclusive com a família. Eu não tenho problema com o tempo. Eu não tenho.

Exames médicos, sim, é a minha grande queixa. Exames médicos laboratoriais.

Testes psicológicos. Nós temos dificuldade, um pouco de dificuldade, sim, né? Porque nem sempre as psicólogas estão aptas pra realizar testes psicológicos. Teve paciente que eu pedi.

Nós não podemos pedir qualquer tipo de exames laboratoriais. Nós temos que pedir por favor pra um clínico de um posto de saúde fazer exame ou pegar o paciente, atender e fazer o pedido de exame. É uma dificuldade nessa profissão, sem dúvida nenhuma. Não poder pedir exame é uma coisa... porque você é o médico, existe uma coisa que é chamada exames complementares. E se você não tem a complementação (rindo) do teu trabalho... (rindo)

A organização lá é até de certa forma foi a gente que fez, né?, nesse aspecto psiquiátrico, em si, né? Então eu atendo o paciente... a psicóloga trabalha comigo... ela sabe como eu trabalho... ela faz os grupos dela... trocamos idéias, e tal. Então nessa parte funcional nós não temos dificuldades, né? Porque a gente que organizou então não posso... separar.

Os recursos farmacológicos são pobres, né? como já foi citado anteriormente, pra mim constitui hoje em dia o grande problema da psiquiatria praticada pelo SUS, não é? Eu acho que aí que está o problema. Eu acho que os bons remédios consumiriam (rindo) com único paciente a diária dele. Aí que está o problema, né? Eu não sei se poderia exigir que um hospital recebendo uma diária que receba hoje poderia disponibilizar pro médico o antidepressivo de última geração, e mesmo o antipsicótico de última geração. Eu não acredito que a diária permita. Eu sei que é uma coisa...

Nós não temos eletroconvulsoterapia. Inclusive me parece que em Curitiba o único hospital que faz isso é o hospital Nossa Senhora da Luz.

Após a alta, em Curitiba, é difícil saber o que vai acontecer com o paciente. Porque nós... o nosso tratamento ambulatorial sempre foi deficitário e depois que o pessoal conseguiu fechar algumas clínicas que eles tinham aí como Grádiva... só pra citar Freud, Grádiva, Melanie, Psicopar, que ainda tentavam sobreviver, agora realmente a situação está caótica. Que eu saiba ficou apenas 1

serviço ambulatorial no H. Nossa Senhora da Luz e que, parece, que... a última informação que eu tive é que taria prestes a fechar também, né? Porque, éééé não existe incentivo, né? o honorário pago por um atendimento ambulatorial é mais que aviltante. Me parece que é 2 reais eééé... 5 centavos, 2 reais e 4 centavos, alguma coisa assim. Éééé, de qualquer forma éééé o que acontece hoje com a gente no hospital é o seguinte. Isso eu percebi com alguns pacientes meus. Você dá uma dosagem de medicação inicial, né? Você dá alta, faz uma receita e fala "olha, no máximo em 10 a 15 dias veja um psiquiatra". Então parece que há um bloqueio nos postos de saúde... então eles não conseguem acesso ao psiquiatra. Ou porque não existe o psiquiatra... ou porque realmente o próprio médico do posto de saúde, geralmente um médico em formação geral fica copiando a receita e fornecendo remédio. Isso eu já presenciei. Então depois de 6 meses o paciente procura a gente. A mãe procura, pra falar "oiha doutor! Mas não tenho que modificar esse remédio aqui? Olha como é que ele tá, e tá já tá inchando, ou parece que está travado e tal?" falei "não mas a senhora deveria ter ido a um psiquiatra quinze dias depois da alta" "há mas eu fui na médico do posto de saúde ele foi dando o mesmo remédio até hoje, então ele está tomando a mesma coisa de 6 meses atrás" Então isso tem acontecido frequentemente. Então, realmente é caótica a situação do acompanhamento ambulatorial, principalmente, né? Agora tem uma opção de NAPS, Hospital Dia, quando o paciente precisa então daria pra quebrar o galho. Mas o acompanhamento o ambulatorial propriamente dito... O acompanhamento ambulatorial é importante, sem dúvida nenhuma, né? não tem nem que questionar. Se você quer desospitalizar e não tem (rindo) acompanhamento ambulatorial, não tem desospitalização.

Não há conflitos em meu hospital. Por exemplo, o pessoal administrativo considero que não há conflitos. Os problemas são picuinhas, são todos irrelevantes. Não interferem em minha profissão médica.

Com o pessoal servente e auxiliar nós temos alguma dificuldade porque sempre tem aquela... aquele lugar que sujo, aquele lugar que o paciente vomitou que evacuou e não foi limpo e tal. Tem sempre que estar chamando atenção, né?

Com os psicólogos não tenho problemas

Com os psiquiatras não tenho problemas.

Assistentes sociais também não temos problemas. A gente trabalha integrado. É uma equipe que tem uma assistente social, um psiquiatra, uma TO e uma psicóloga. Então a gente tem reuniões, além da reunião geral, nós temos uma reunião de equipe, onde se trata os problemas emergentes, os pacientes que estão dando dificuldades. Então nós não temos esse tipo de problemas, com terapia ocupacional... O nosso trabalho é multidisciplinar, ou "multi-interdisciplinar, eu acho que é. (rindo). É um trabalho integrado, eu acredito que é, embora eu não deixe que ninguém tome decisões que são minhas, né? Função médica é médica, tá? Geralmente elas seguem a coisa pre determinada e não há dificuldade. Embora eu tenha a informação que tem lugares em que os psicólogos assumem papel de médico, inclusive atendendo o paciente, dando alta... em hospitais.

Não tem dificuldades em relação a comunicação dentro do hospital, com o pessoal da equipe.

Em relação a outros serviços, é diferente. Não se tem comunicação pra saber o que acontece com o paciente antes de internar. Volta de novo a dificuldade com ambulatorio, né? Me parece que além de...de ser um tratamento que ele não tem acesso, e quando tem acesso ele é muito esparso, muito vago, então é com uma consulta cada mês, mês e não sei quanto, então... Se o paciente chega pra você em crise aguda, muitas vezes a família não sabe informar direito o remédio que estava tomando, então quer um relatório de ambulatorio seria realmente utópico. Antigamente tínhamos melhor comunicação, sim. Quando nós dispúnhamos de mais ambulatorios, éééé recebia uma cartinha "estou encaminhando um paciente, aconteceu isso e isso". Eu costuma encaminhar com a alta. Eu encaminhava pro N^o Sr^a [Hospital Nossa Senhora da Luz] ou então pro Centro Psiquiátrico Metropolitano [CPM], parece que tem ambulatorio lá, estou lembrando agora. Eu faço uma cartinha ao CPM "ao CPM paciente internado há tempo tempo, comprovado, usando a medicação, e tal".

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Mas está havendo desinstitucionalização? (rindo) Eu acredito que ainda não, né?. O que a gente vê é são os hospitais, até por falta de outros recursos, com pacientes esperando na fila pra entrar, não é? Éééé... pacientes muitas vezes que vem do interior, né? Não onde que eles vão ficar. Eu acho que o grande problema é o seguinte: A pessoa não pode..., não pode não pode tomar por princípio aaaa, a idéia que o hospital não funciona. Na minha opinião o hospital funciona muito bem. Porque, o quanto aumentou a população de Curitiba nos últimos 30 anos só pra citar Curitiba, e quantos hospitais psiquiátricos a mais foram criados? Que eu saiba inclusive houve uma redução no número de vagas. Se nós temos uma estatística, uma percentagem de doença mental na população, que dentro daquela variação não sai daquilo, então nós tivemos um aumento da doença mental. Se nós estamos com os mesmos hospitais então é porque nós estamos trabalhando muito bem, né? Ainda mais se nós considerarmos que não existe os serviços complementares de apoio... né? Então se você tiver lá com teu paciente éééé... em dúvida e tal e você precisar de uma tomografia, ou de um Raio X. Fechar os hospitais significa que está havendo um atravessamento. Eu acho que o hospital faz parte de um arsenal, né? Não dá pra dizer "dessa água não beberei" (rindo). Então realmente existe aí... uma... idéia distorcida talvez até em termos ideológicas. Tem gente que talvez queira realmente fechar os hospitais em termos ideológicos. Por exemplo, acha que o psiquiatra tem muito poder. O psiquiatra segura o paciente dentro do hospital pra ganhar dinheiro, né? ou porque na Itália achavam que é bonito, sei lá, pelo que eu sei não deu tão certo. Mas o certo é o seguinte. O hospital faz parte do arsenal terapêutico. Ele não pode simplesmente ser eliminado. E talvez a idéia fosse cortar despesa, né? Porque na realidade éééé... a gente percebe em saúde o seguinte: quando se quer... éééé, cortar despesa eles começam cortando atendimento... cortando exames... cortando condições de trabalho, né? Na realidade pra você melhorar... o... na minha opinião, pra você melhorar o atendimento psiquiátrico você teria que gastar mais dinheiro e não cortar dinheiro. Que é você teria por exemplo né? Se você fosse for falar em tempo de permanência hospitalar que é coisa onde eles batem né? Então entra mais ou menos naquilo que eu disse, né? "me deem uma medicação mais adequada, né? Me deem exames complementares, de repente o paciente sairá do surto antes, terá condições de ir pra casa... né? Então teria que ter... e não fazer o que eles querem cortar o hospital e fazer o que com o paciente? Se isso acontecer com a aplicação da lei teremos muito mais população carente, mais desassistida ainda. O que pode acontecer em termos de sociedade, é muito difícil né? Eu acredito que muitos desses pacientes que hoje são os famosos pacientes crônicos, que eles ficam achando que a gente deixa 3 meses no hospital, 4 meses e tal, vão se tornar indigente, né? Porque eu não vejo (rindo) como... (rindo) outra saída pra eles. Eles aqui significa o governo, a secretaria, estadual e municipal. Secretaria Estadual e Secretaria Municipal.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não eu consegui no hospital, com os colegas.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não, consegui com a Sociedade de Psiquiatria, sindicato dos hospitais.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não esse eu não conheço na íntegra. Eu sei que ele é baseado no Delgado.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Talvez eu tenha visto mas sem certeza.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

07) PSIQUIATRA, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Eu acho que uma das dificuldades é o tempo de trabalho que a gente tem na instituição. Outra é... a questão de medicação de pacientes... a fim de tratamento de pacientes previdenciários, a pouca... atualização pobre de medicamentos para serem mudados. E recursos para diagnósticos que não se tem. Como exemplo, exames complementares, né? que não é possível, né? Tomografia, Eletro. Basicamente é isso. A estrutura física do hospital as vezes, dificulta, por exemplo, tem momentos em grupo, aquele espaço é dificultado porque o espaço é pequeno.

Em relação a clientela, quanto a sexo, eu não... eu trabalho só com a clientela masculina. Não... não vejo nenhuma dificuldade. Quanto à idade eu acho que a dificuldade são em atendimento de menores, que o hospital não tem uma estrutura adequada para atendimento de menores e, idosos pela dificuldade de atendimento daí mais das dificuldades gerais que dificultam. A própria enfermagem que existe... que não é... pacientes que necessitam de maiores cuidados teria que ter um número maior. Adolescentes só atendemos aqueles casos que vem com o pedido judicial, né? Senão não se interna. Ou alguns casos que vem... com encaminhamento pelas guias de internamento. Quanto à procedência não vejo dificuldade... a dificuldade é quando é paciente do interior muito longe, pela dificuldade do acompanhamento de familiar. Então isso dificulta bastante. Por exemplo, paciente de Santa Catarina, lá do norte de Santa Catarina, para vir para um atendimento familiar, vamos dizer, semanal, uma família de baixa renda, dificulta. Porque eles vão depender exclusivamente de ambulância que atrasa, né? Da prefeitura local, isso não é fácil. A grande maioria que interna é de Santa Catarina. Também Sul de São Paulo. A escolaridade... o nível sempre é um nível pobre, baixo, de escolaridade, isso dificulta o atendimento de alguns pacientes. A renda familiar sempre é baixa. Comorbidade: bom, aí está a maior dificuldade de no internamento de pacientes com comprometimento clínico. Porque há dificuldade de encaminhamento e as vezes até de uma... de até uma consulta de ambulatório, daí... a medicação clínica a ser usada. Então, paciente com comprometimento clínico é muito difícil de se tratar dentro de um hospital psiquiátrico. O manejo é difícil, porque ele vai necessitar de medicações clínicas, é... de um atendimento as vezes mais específico que não se tem nem pra onde encaminhar.

Quanto ao processo diagnóstico: a entrevista inicial, no momento do internamento, feito pelo plantão. Depois o tempo que eu tenho é em torno de uns 10 a 15 minutos na entrevista inicial depois de já ter sido feito o internamento. Porque eu faço o seguinte: eu faço a entrevista inicial e depois eu faço o atendimento em grupo, porque eu tenho trabalhado exclusivamente com o grupo. Faço o atendimento todo em grupo. Então a entrevista inicial eu faço mais pra ver se existe alguma patologia clínica junto, ver se o diagnóstico está adequado, medicação a ser introduzida, quais são os comprometimentos da própria doença.

Exames médico-laboratoriais não são feitos. É uma das dificuldades. O que é comum é que existe um posto de saúde que não dá nem meia quadra, quase colado ao hospital. Então geralmente se encaminha para esse posto, e esse posto faz as solicitações de exames de laboratórios. O médico atende, vê as necessidades e se for o caso encaminha. Por livre iniciativa o psiquiatra não pode solicitar exames. Por que não existe um laboratório de referência pro hospital, e o encaminhamento é feito através do posto de saúde. Por exemplo suspeita de uma fratura, então ele vai pra lá, é preenchido um pedido de RX e é encaminhado em seguida pro setor. Ou se a situação é de emergência já vai direto pra algum hospital clínico.

Tratamento: Quanto a organização funcional, eu acho que a dificuldade esbarra muito na questão básica do atendimento de funcionários que é a enfermagem. Aí o déficit é graaande, porque tem pouca gente no mercado de trabalho, há uma rotatividade razoável. O treinamento desse pessoal é difícil... Nosso hospital ainda tem atendentes, que deve se resolver logo, pois vão fazer provas para resolver a situação. Quanto aos recursos farmacológicos, há uma pobreza de recursos. A padronização básica necessita ser revista.

Testes psicológicos: A psicologia do hospital, nessa unidade de alcoolismo, é uma unidade que tem 100 leitos, tem 2 psicólogos trabalhando. Elas fazem só se tiver alguma motivação serão feitos esses testes. Não é feito como rotina. Se elas tiverem algum interesse particular, individual, daí elas fazem. Não dispomos, também, de eletroconvulsoterapia.

Em relação ao posterior encaminhamento do paciente eu acho que é uma graaande dificuldade! Não existe pra onde encaminhar o paciente após o hospital. Não existe, é relativo, claro que existe, mas as dificuldades de se chegar a esses serviços são grandes, né? Por exemplo, o alcoolista: existem casas de apoio... mas vagas são extremamente limitadas, né? Não existe muitas... ambulatório, ambulatório tem o do HC o do CPM que também é difícil ter vaga, né? de ter um acompanhamento adequado. O próprio NAPS. Falta ambulatório, falta... todo um esquema de atendimento fora do hospital. Tem sido uma série de serviços fora do hospital, NAPS e ambulatório. O NAPS, por exemplo, o paciente alcoolista ir ao NAPS. Vai passar o dia inteiro no NAPS e trabalhar quando? Talvez pro alcoolista se fosse necessário, seria o hospital noite, ou algo assim. Se ele fica na parte do dia que fosse produtiva da vida dele dentro de um Hospital Dia, dificulta muito. Os NAPS não substituem os Hospitais integrais, eu acho que só acrescenta mais um serviço, ajuda mais um serviço. Até o tempo dele é limitante, são só 45 dias que pode ficar lá.

Quanto aos conflitos em relação aos demais membros da equipe, eu acho que sempre houve uma certa dificuldade no relacionamento com os psicólogos, que inerente à quase todos os serviços, porque eu acho que há uma inadequação de papéis: o que que o psiquiatra faz e o que que o psicólogo faz. E aí tem todos os aspectos do psicólogo dentro do hospital. Mas acho que a partir do momento que você tem um programa de trabalho adequado e consegue organizar isso, esses conflitos diminuem. É um problema de papel profissional. Hoje o maior conflito talvez... pela dificuldade de pessoas, e pelo nível de pessoas é com a enfermagem. Deles aderirem ao programa para eles saberem o que que eles estão fazendo lá. O treinamento tem que ser uma coisa constante, até pela própria rotatividade desse pessoal. Se você não treina eles... Já o serviço social é um trabalho muito interessante o trabalho que ela faz. É uma assistente social para 100 pacientes. Ela faz um grupo chamado reintegração social, que ela tenta ver recursos na comunidade, após o paciente sair. Aonde ele pode ir... Então ela faz contato com essas casas de apoio. Éééé, faz todo aquele contato de documentação..., se o paciente não tem documentação, ela tenta fazer esse resgate... eeee, faz o resgate com familiares, também. O atendimento familiar é feito pelo médico..., éééé..., por ela..., tem um esquema seguinte com o serviço social aqui: a primeira pessoa..., o familiar do paciente internado, o primeiro contato que tem, é com a assistente social do hospital. A primeira entrevista. Depois é que ele é encaminhado pro médico e pro psicólogo. Então ela consegue fazer um trabalho que eu acho muito interessante o trabalho dela. A interação maior que eu vejo entre os três profissionais dessa sua pesquisa é... eu acho que o psiquiatra tem a maior dificuldade é com o psicólogo e com o treinamento da enfermagem. O meu trabalho com a assistente social e com o terapeuta ocupacional, éééé, pra mim é mais satisfatório. Em parte existe uma certa integração, sendo interdisciplinar. Em geral é multidisciplinar.

Integração com outros serviços é só por informações do paciente, da família ou então, por aquele trabalho que eu te falei da assistente social. O serviço manda aqueles laudos de preenchimento e mais nada, então a gente não manda também, né? Manda sim, claro, tudo coisas sucintas.

Tem uma coisa que estava esquecendo, a remuneração, né? Eu acho que se a gente puder viver com 1.300 reais por mês, alguém vai dizer que é excelente. Existe um compromisso de 3 horas por dia. Acaba-se fazendo 2 horas por dia. Temos 39 paciente cada um. Recebemos diretamente do SUS. Tem locais que o médico é funcionário. No Bom Retiro os psiquiatras são funcionários do hospital, né? O Pinel também tinha esse esquema que atualmente eu não sei se tem. Como psiquiatra eu também no Estado, lá eu sou funcionário, recebo ordenado do Estado. Eu acho que no Estado é melhor. Eu acho que ao se trabalhar com uma remuneração mais adequada que eu acho que até se recebe no Estado, você tem a oportunidade de não trabalhar com tantos pacientes. O número de pacientes pode ser bastante reduzido... Se você aqui, vamos dizer 15 pacientes para receber 11 reais de diária, né? por paciente que o que se recebe, nem sei dizer direito nesse ponto, acho que é isso, éééé, então dificulta muito, o atendimento. E, o Estado apesar de toda a máquina travada, que existe, ele tem mais recursos, ela não fica tão amarrada..., na questão, por exemplo, dessa lei que... de tantos enfermeiros por tantos pacientes, tantos psicólogos, tantos assistentes sociais. Pode ter mais do que a gente. Tem a liberdade de ter mais, de como adequar o serviço... nas várias funções.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: A palavra é bonita, né? A palavra é bonita mas eu acho que é uma questão a ser repensada. Eu acho que tem que se questionar sim, os hospitais psiquiátricos. Como você está trabalhando? Que objetivos ele está tendo? Como ele está funcionando? Mas, por exemplo, acabar eles eu acho impossível. Como que a gente acaba... não é? doença mental... vai existir sempre. Eu acho que é a reformulação de como se trabalha, as questões... e outras, eu acho que não tem como re-questionar tudo, acabar. É como acabar como a pneumonia.... Eu acho que tudo que se tem pensado não substitui o hospital para aquilo que ele é necessário. Eu acho que são coadjuvantes de tudo isso, que ajuda muito. Eu acho que uma boa estrutura de ambulatório, uma rede bem organizada, com todos os serviços que necessita, eu acho que ela segura muito, os internamentos diminuem. Mas extinguir acho que nunca. Eu não vejo lugar do mundo isso. Na Itália todos os loucos ficaram na rua. Na França, na Suíça continuam internando. No momento eu acho que não é possível diminuir leitos hospitalares, porque não existe rede integrada de suporte extra-hospitalar. A partir do momento, no futuro, quando existir uma rede adequada, eu acho que..., é gradativo não precisa nem diminuir. Não é? 'E gradativo. Se você oferece um, um serviço de estrutura para o hospital, que de suporte, as vagas, se é que ocorreram, por si... Basta olhar na rua quando a gente anda. Quanta gente doente, quanta gente que precisaria de tratamento está nas ruas. Há anos não se aumenta leitos hospitalares, a cidade cresceu, cresceu o número de doentes... Eu acho que muito se fala e pouco se faz quando o assunto é a desinstitucionalização em Curitiba. Os partidos políticos são muito atuantes e estão interessados em diminuir custos. Quanto menos se gasta melhor

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Tomei contato no hospital

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Sim. Conheço na mesma situação.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. A mesma situação.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. O hospital dispunha.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal N° 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

08) PSQUIATRA, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Eu acho que a primeira dificuldade é a questão do nível social do paciente. Socioeconômico. Acho que isso é limitante no sentido de participação de familiares de participação mais intensivamente no acompanhamento do tratamento. E...a situação econômica, né? principalmente, dificultando, acho que depois, no seguimento do tratamento pós hospitalar em relação a questão da medicação. Compra da medicação. Isso num global. É um problema nosso, do hospital, por que em função disso o paciente re-interna, né?, por absoluta falta de acompanhamento lá fora. Então o trabalho fica frustrante. Você identifica situações clínicas de fácil manejo, depois, lá fora do hospital, depois, em termos de manutenção. Isso vai criando uma situação de o próprio familiar acabar usando o hospital como uma forma de o paciente estar bem. O que eu acho totalmente errado. O baixo nível sócio cultural acaba implicando na questão da higiene, né? A higiene dos próprios pacientes, considerando, é claro a dificuldade da higiene dos pacientes mais comprometidos, etc. Não é? Mas é um fator que também acaba complicando até o próprio posicionamento do paciente em relação a patologia que ele tem, a melhora, aos cuidados em relação ao seu próprio corpo, a manutenção da higiene. A solução seria melhor distribuição de renda entre a população. Ai cai naquele insipido discurso político, né? Eu imagino que a melhoria da condição socioeconômica alivaria isso. Acho que a analogia que eu faço é assim: no tempo que o hospital atendia só a credenciados do INPS. Isto é, só segurados da Previdência Social. Era um nível de clientela diferente do que a gente tem hoje. Sem dúvida nenhuma.

Quanto a problemas eu acho que eu não teria...Eu acho que é mais uma questão muito mais pessoal. Do trabalho que a gente faz. Na motivação que a gente tem Você acreditar naquilo que você está fazendo. Na dedicação ao paciente. Eu acho que uma preocupação muito grande em relação a postura profissional, em relação, ao respeito ao paciente. Consideração aos aspectos éticos, né?, e humanitários talvez. Em relação ao diagnóstico, não sei se seriam limitações aos exames. Uma liberdade maior nas solicitações de exames, como tomografia, testes psicológicos. Há uma limitação de limitação. Há uma distonia total em relação a coordenação. Pedir exames e ter o resultado. Como exemplo, um paciente com distúrbio de comportamento, cefaléia, evidente comprometimento orgânico cerebral. Foi pedido eletro e esse eletro só chegou nas minhas mãos 3 semanas depois. E ele tinha realmente uma suspeita de lesão cerebral. O eletro não é feito aqui. Nenhum exame é feito aqui. Há necessidade de encaminhamento. Depende isso de marcação de consulta, de disponibilidade de horário, disponibilidade de transporte do hospital pra levar o paciente, depois dificuldade na busca do resultado do exame. O que é uma incongruência isso. Se você solicita o exame significa que você está precisando do resultado o quanto antes. Quando a necessidade é de emergência a gente solicita a família vir buscar o paciente, o que é também uma limitação muito grande, né? pela dificuldade de a família vir aqui. Se for um exame simples ele vai e volta. Se exigir uma investigação maior ele tem alta e se interna em outro hospital e daí clínico. Necessita uma reorganização administrativa do hospital e sua enfermagem.

Em relação as limitações ao tratamento é o hospital ter um bulário que não é aquele que obrigatoriamente a gente usaria em outra condição. A falta de alguma possibilidade no uso de alguns medicamentos, acho, acaba sendo um impedimento. Em relação ao tratamento biológico, acho que seria essa a única limitação. Temos liberdade para outros tratamentos, não biológicos, como grupos etc.

Em relação ao acompanhamento do paciente, intimamente ligado a questão da alta: a primeira esbarra no socioeconômico. Evidentes internamentos de... características puramente sociais. Com plenas condições de o paciente ser acompanhado a nível ambulatorial. O segundo é a falta realmente de uma...locais para o encaminhamento. Locais que prestem realmente um atendimento efetivo. Não um eventual atendimento se o paciente chega lá. O que me vem a mente é o esquema de funcionamento anterior de atendimento dos ambulatórios. Eu o considerava ideal...eu o considerava ideal. Existiam ambulatórios, colocados em diversos pontos da cidade que atendiam a população restrita aquela área. Os indivíduos eram encaminhados pelos postos de saúde avaliados pelo clínico, pelo assistente social do posto. Era atendido por médico de plantão na clínica, que fazia o primeiro atendimento. Encaminhava para um médico ou para ele mesmo dependendo da disponibilidade de vaga, para a continuidade do acompanhamento. Era dada a liberdade a esse profissional de marcar quantos atendimentos fossem necessários a esse paciente. A média era, numa fase inicial de atendimento, uma vez por semana. O médico tinha ampla liberdade de definir a indicação, ou tratamento ambulatorial ou hospitalar. O próprio médico fornecia o laudo de internamento que era então entregue ao INPS, para o troca do laudo pela autorização de internamento, ia ao hospital. Antes da alta era comunicado ao médico dele do ambulatório que o paciente ia sair de alta. Era remarcado um horário, um dia e uma hora em que o médico que o havia encaminhado ao hospital iria atendê-lo novamente. Completava-se um ciclo: uma ligação de um médico atendente, a definição da estratégia, encaminhamento para o internamento, o retorno para esse profissional, com a continuidade do acompanhamento. A possibilidade, eu acho assim...talvez características mais importantes: a primeira, eles terem um médico atendente, que ficava conhecendo toda a dinâmica familiar, a história completa do paciente, etc. A segunda a possibilidade da decisão de conduta terapêutica. Manutenção de tratamento ambulatorial, encaminhamento pra Hospital Dia, encaminhamento pra hospital integral, etc. Tudo isso desapareceu pela psicopatia do serviço público de saúde. Não dá pra entender. A manutenção de um tratamento ambulatorial é muito mais barato do que o indivíduo estar internando. A frustração do trabalho hoje no hospital é a percepção disso. É a sensação que por melhor que você faça o trabalho você coloca o paciente fora do hospital, na alta, e você sabe que não vai mais acontecer nada com ele lá fora. Ele não tem acesso a tratamento, não tem acesso fácil a tratamento, de acompanhamento ambulatorial. Ele não tem eventualmente medicamento que possa diminuir o custo de tratamento ambulatorial. Ai vem... não sei se há um "lobby" dos hospitais, por que realmente diminuiria em muito as internações. Com certeza o paciente não encontrou tratamento e nem tinha medicamentos. Não há nenhuma comunicação entre os serviços. No tempo dos ambulatórios, havia um seguimento. Sabia-se se o paciente tinha sido internado ou não. O organograma básico: ter um médico que o atende, encaminha, retorna com informações do hospital ou ambulatório Isso é o básico.

O que mais me chama atenção é a falha de integração funcional. Há uma dissociação. Existem feudos de trabalho dentro do hospital, né? Por exemplo: um paciente que interne pro médico A, no reinternamento não interna obrigatoriamente pro médico A, interna pro médico B. A e B não trocam informações a respeito do paciente. Nem em relação a diagnóstico, nem em relação a condições anteriores do tratamento, ééé... nem orientação que foi dada... Então, ééé... cada internamento, pro paciente, pode representar uma coisa totalmente nova. Eventuais problemas comportamentais, etc. dentro do hospital, continuam acontecendo porque o médico que está atendendo o paciente que não..., que não era o médico anterior dele, fica sem ter nenhuma informação de como é que foi o atendimento. Em relação aos psicólogos eu também vejo uma... né?... uma dissociação entre o trabalho do psicólogo. Pelo menos comigo não há nenhuma troca de informação do que o serviço de psicologia tá fazendo no hospital, do que a terapia ocupacional tá fazendo dentro do hospital. O contato maior é com a assistente social, né?. Em relação à enfermagem, não é? Acho que é o grande calcanhar de Aquiles

hoje, de qualquer hospital. É um pessoal despreparado, destreinado, e eu coloco a enfermagem, inclusive, a enfermagem de alto padrão. Uma postura bastante distante da realidade que está acontecendo. A imagem que eu tenho, no hospital, de alto padrão, é assim: são absolutamente administrativas. A preocupação maior é fazer escala de plantão. Quer dizer, orientação eventual sobre conduta com paciente, então, é raríssima, pelo menos no meu entendimento. Éééé...em relação ao pessoal administrativo... acredito que não há nenhuma dificuldade. Pessoal auxiliar, serventes, também não. E éééé...a questão, né?... resumindo tudo isso tudo, é intercomunicação. A falha da comunicação. Outra coisa, estão sendo substituídos os atendentes por técnicos e auxiliares de enfermagem, a idéia é melhorar. Se fosse verdade eu acreditaria que a substituição dos atendentes por técnicos e auxiliares resolveria o problema, eu veria com bons olhos. Mas realmente eu não acredito. Eu acho que a defasagem de salário não chega a motivar o indivíduo para fazer isso. Não acredito. Eu sou absolutamente descrente em relação a situação de, sabe?... de planos de saúde... de melhorias e tal, eu não vejo... abre parênteses, eu não estou deprimido pra dizer isso.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Eu acho que o Brasil sempre tá na contra mão da história, né? É óbvio que há necessidade de hospital. O Brasil não tem uma estrutura social, não é?...que permita manter indivíduos como nós temos aqui, fora do hospital. Eu acho assim: o fechamento dos hospitais, éééé...teria que ter, em contrapartida, um excepcional serviço de acompanhamento externo. Então seria, um excepcional esquema de atendimento ambulatorial, não é?... Como, diria assim, uma excelência em termos de trabalho, com terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, médicos, etc. Realmente, eu não acredito. Eu acho que a gente acaba discutindo coisas absolutamente inúteis, deixando de discutir coisas realmente essenciais, né? Outros países já voltaram atrás, já viram que é...é utópica, não é?... essa idéia de fechamento de hospitais, ou mesmo limitações de internações. Mas limitar pra quê? pra deixar esses indivíduos soltos na cidade, colocar no meio da comunidade com...pra quê? pra dizê então que, tudo bem, o Brasil não tem Hospitais psiquiátricos. Eu não vejo que isso seja alguma glória.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Li por cima.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

09) PSIQUIATRA, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: A maior dificuldade é o confronto, no meu entender, com a miséria, né? A constatação de uma miséria, social, física e mental, né? São pacientes que já vem, geralmente, ao hospital numa situação... éééé, extrema, né? A internação ocorre num momento em que já não há mais recursos, ele não pode mais ser confiado em sociedade, em sua casa. Vai ao hospital e é iniciado um tratamento. A estrutura do hospital é bem equipada em recursos humanos, a oferta de medicamentos, do instrumental necessário, da estrutura necessária para você atender esse doente, né? O maior problema fica na saída desse doente, né? Na saída, onde não existe uma infraestrutura que de uma continuidade de tratamento e atendimento a esse doente. De uma forma assim multidisciplinar. Está tendo um acompanhamento médico, um acompanhamento psicológico, um acompanhamento social a família do paciente. Apesar de o hospital ter um enfoque de comunidade terapêutica, ele não tem condições financeiras e nem estrutura para oferecer pós saída do paciente, um seguimento pós a saída. O paciente tem seguimento parcial, segmentado. Tem atendimento pelo SUS, a nível de posto de saúde, a nível de CPM, mas é um tratamento éééé... falho, com poucos recursos humanos, recursos materiais. Onde não há uma...na maioria das vezes esse doente não segue, interrompe o tratamento, recidiva, piora, acaba voltando para o mesmo hospital, ou pra outro. Então ele fica numa... roda viva de internamento, sai do hospital, volta pro hospital. Associado a isso as condições, das famílias, em geral, da situação em que vivem esses indivíduos. O meio externo é extremamente desfavorável. O indivíduo... pobre, mais familiares doentes, que não conseguem dar um continente sadio, pra ele, uma estrutura melhor, né? Ele acaba éééé, se mantendo no ambiente, crônico. Ele cronifica, não só de hospital mas a nível de doença, né? Porque não há uma..., um atendimento pra todo esse contexto social familiar: pai, mãe, filhos, esposa... Quando eles precisariam de um acompanhamento até para entender o próprio doente mental, né? a própria... doença, né? Isso seria um ponto, assim, de vista, na área diretamente ligado ao doente que é o aspecto de gratificação no trabalho. Por outro lado quem atende pelo SUS, como médico, ele é muito mal remunerado. A remuneração é aquém de qualquer expectativa, realmente tem que haver uma certa dose de idealismo pra realizar o trabalho. O que muitas vezes cria um desânimo, de insatisfação, impotência e até momentos de uma certa raiva com o sistema, né?, que está abandonado, né? está muito jogado a uma situação de descaso, não só, por parte do governo, mas até por parte de pessoas que estão ligados a saúde mental mas que não tem condições de oferecer mais e tentar melhorar esse serviço. Eu ganho em torno de 1200 reais, bruto, 1000 reais limpos, em contrato CLT. Não há uma exigência fixa de horário, mas sim de atendimento ao doente, a tarefa do dia, né? Numa certa hora, atendendo o doente, participando de reuniões. Apesar

que o hospital a que me refiro é um hospital excelente, em termos, assim, de atendimento. Tem uma estrutura bem montada, uma equipe muito grande. Então a gente reconhece isso. Reconhece que o hospital tá fazendo mais do que ele pode, né? Já que ele tem a maior fonte de recursos, uma das maiores ainda é o SUS. Apesar de ter alas particulares e uma outra ala com alguns convênios, isso apenas complementa o déficit que o SUS, acarreta ao hospital. Porque não cobre todas as despesas mantendo uma equipe, como ele mantém: com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, ééé... não é? Então atendimento de poucos pacientes, assim. Em unidades de SUS, é uma equipe muito grande para atender um número X de pacientes. Cada unidade tem... a unidade onde eu trabalho tem 60 doentes. Então é uma equipe com 2 médicos, 2 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, só para atender esses 60 pacientes. Não atendem mais nada. Eles atendem somente essa unidade. Então... enfermagem, 2 enfermeiros por turno, o noturno tem 2 enfermeiro, 2 serventes. Atendendo somente aquela unidade e mais nada. A alimentação é muito boa, mesmo se tratando de SUS, com 4 refeições por dia, lanche a noite, carne, leite. Então, é um atendimento muito bom. As instalações físicas são muito boas, né? Então, é um paciente que é tratado com muito carinho. Com carinho e com respeito ao ser humano, a dignidade humana. Mas a gente sabe que os recursos pra isso não é, não são suficientes pra isso. Se for colocar ele no papel você acaba tendo prejuízo. Mas como o hospital tem uma parte particular, uma parte de convênio, então ele cobre parte disso aí. Então a maior...ééé, parte do trabalho que se dá ao hospital é por idealismo mesmo, né? Tem que haver um ganho, há um ganho, mas há um... uma parte de ideal, né? de cada componente da equipe. Eeee... prestam um atendimento muito bom a nível de hospital. Mas o ganho do médico é insatisfatório. O que ganha mais dentro da equipe é o médico. Todos os demais profissionais ganham menos, consideram insatisfatório mas se gratificam pelo trabalho. Quanto a administração não há interferência assim, quanto ao trabalho médico, conduta médica. O que eles fazem é estarem sempre atentos ao que está ocorrendo a nível de cada unidade, com cada paciente. Tanto é que são feitas reuniões semanais com a participação de toda a equipe técnica. A equipe técnica é composta por mais de 40 elementos, não é? Das várias unidades do hospital, né? Onde todas as semanas são discutidos todos os problemas e dificuldades que... estão ocorrendo no hospital. Então a administração está sempre a par das coisas que estão ocorrendo, tentando solucionar, mas tentando solucionar mas não interferindo diretamente. Apenas uma participação da administração muito direta, estão sempre atentos aos problemas do hospital.

Em relação as características da clientela:

A dificuldade maior é a idade, do paciente idoso. Já que a oferta de leitos pelo SUS em alas especificamente de idoso, pelo menos no hospital, não há oferta. Há apenas, uma ala particular e de convênios. Pelo SUS normalmente um paciente de idade que vem... as vezes com mais de 60 anos, 70 anos, em surto, são colocados juntos com os demais pacientes. Muitas vezes há pacientes agitados, ou surto psicótico agudos, junto com esses pacientes idosos, faz haver preocupação com o idoso. A preocupação é também com a existência de escadas, que pode causar quedas, fraturas.

Quanto a procedência, tem muita gente de fora, principalmente Santa Catarina. Dentro do hospital a procedência não cria muito problema. As famílias são chamadas pelos assistentes sociais, e normalmente eles vem. Há uma imposição do hospital de que os familiares acompanhem. Fica aquela interrogação na saída. Como vai continuar o tratamento, se ele vai continuar? Realmente isso passa a ser uma dificuldade, que você não pode nem tentar encaixar no serviço de ambulatório que o hospital oferece, geralmente para pacientes egressos. Mas que pacientes de fora, podem não vir, falta de grana pra pegar um simples ônibus, etc. Então, realmente, a dificuldade seria após a saída desse paciente. Seria um empecilho, seria uma preocupação a mais. Ou então se ocorrer uma intercorrência grave com o paciente, os familiares longe, então cria uma certa dificuldade. O nosso ambulatório não é conveniado com o SUS. Mas ele tem uma... filosofia, assim, inicial, de atender aos pacientes que saírem do hospital ou então o que a comunidade procura. O custo é bastante baixo. Uma consulta de psicólogo e de terapeuta ocupacional é de 10 reais. Se a pessoa puder pagar, se não puder pagar é um atendimento gratuito. Um atendimento médico 20 reais. Isso apenas para manutenção desse ambulatório.

Quanto a escolaridade, quanto menos instrução o paciente tiver... Há mais dificuldade de você passar informações, ter entendimento do que está acontecendo com ele, ou então até, uma capacidade de elaboração maior de suas dificuldades, né? Geralmente um grau baixo de escolaridade está associado com um estado social de baixo poder econômico, então as coisas se associam.

Comorbidade: doenças que acometem o indivíduo doente mental, e acarreta dificuldade de se efetuar o tratamento. Dificuldade por que vai precisar de exames clínicos, ou tratamento fora. Ou então, o hospital dispõe de clínico que atende a parte clínica. Se precisar transferir é um problema. Aí é difícil, como em qualquer outro hospital. Geralmente não há vaga. E, se houver, ao saberem que o paciente vem de hospital psiquiátrico, oferecem uma resistência muito grande. Eles não conseguem manejar, não conseguem entender a doença mental. Pensam, entendem, que aquele doente vai causar problemas, vai ser um paciente de difícil manejo, etc. Então é muito difícil transferir. Uma transferência muitas vezes leva-se muito tempo para se conseguir, uma transferência, conseguir uma vaga. Com as consequências são para o doente, né? que pode vir até a falecer pela falta de atendimento médico adequado. Um preconceito muito grande. Fora de hospital psiquiátricos não há preparo. Eles tem pouco conhecimento em termos de doença mental. Não sabem como manejar. O pessoal de enfermagem dos hospitais gerais, não estão preparados para atender um doente psiquiátrico. Mesmo que, a idéia sempre é que o paciente que está internado em hospital psiquiátrico é um paciente agressivo, agitado e é uma ameaça para o pessoal e os pacientes do hospital.

Em relação ao processo diagnóstico:

A entrevista inicial em tomo de meia hora. Já que esse paciente ao chegar as mãos do médico, já passou pelo médico de plantão, com na maioria são clínicos mas fazem entrevistas de bom padrão. O paciente já chega, também, com o assistente social e com a psicóloga. Então você já tem dados, vai fazer um contato inicial, esclarecer um diagnóstico inicial, né? Você vai ter meios de se situar melhor com o paciente. Estou satisfeito

Em relação ao processo terapêutico:

O tempo disponível nas entrevistas de tratamento, são feitas em grupos. O atendimento é feito em grupo. E nos casos em que você acha que requer um atendimento individualizado você atende individualmente. Atender em grupo não é forma de ganhar tempo. É uma técnica terapêutica, que funciona melhor, muito melhor. Porque o paciente ao entrar na unidade, na fase em que está em surto não se exige a participação na vida da unidade. Na medida que ele melhora começa a participar. Através de como: de comissões, de portaria, de refeitório, dessas coisas todas. Em um atendimento em grupo você enfoca muito o aspecto operativo, desse doente, dentro da unidade, e que é um reflexo do progresso dele em relação a doença. Não é economia de tempo, é uma coisa que faz parte do processo de trabalho.

Recursos farmacológicos: existe uma boa gama. Mas os mais modernos, antipsicóticos e antidepressivos, não são disponíveis. Não adiantaria usar no hospital se ele não vai usar lá fora. E isso é uma pena, porque a gente poderia utilizar medicamentos modernos e beneficiar alguns pacientes.

Não se usa eletrochoquerapia. Sei que há casos de indicação, mas aqui não se usa. Eu mesmo nunca usei, mas já tive pacientes que melhoraram por fazerem uso em hospitais que os utilizam.

Em relação ao posterior acompanhamento do paciente:

Tem o CPM e Postos de Saúde onde alguns médicos que se dizem psiquiatras, não sei se tem psiquiatras, ou não, onde são atendidos só de forma farmacológica, só repetição de receitas. Pelo menos a ideia que a gente tem de tratamento ambulatorial que é muito falha nessa parte. Então é uma preocupação em relação ao seguimento que o paciente vai ter após a alta.

Em relação aos conflitos com os demais integrantes da equipe:

É um bom ambiente de trabalho. Há um bom relacionamento, né? Existe uma certa competição, mas muito ligeira, entre psiquiatra e psicólogo, mas cada um no seu papel, não há um atrito, há um respeito pelo trabalho de cada um. O doente é tratado em uma equipe interdisciplinar. E muitas vezes éééé, o enfoque que é dado é diferente. O mesmo doente é tratado por vários profissionais. O assistente social faz um muito bom trabalho. É um trabalho de apoio, de complementação. O do psicólogo, não chega a ser competição, mas alguma intervenção terapêutica... não sei se na cabeça do doente, ele não fica meio dividido. Mas no final tudo se acerta., tudo se soma.

A enfermagem com os problemas próprios da enfermagem, não é? Em qualquer lugar do mundo (rindo). Não é? As vezes, éééé, há ocasiões que há uma postura inadequada frente ao doente. Volta e meia você tem que estar atento ao trabalho da enfermagem, colocando limites, colocando situações. Porque o doente mobiliza na enfermagem alguns sentimentos e reações, como raiva..., como... né? éééé... saco cheio..., e etc. Talvez por uma deficiência de compreensão desses profissionais quanto a doença mental. É passado pra elas, mesmo a nível até de hospital não só de direção, volta e meia há cursos básicos pra enfermagem pra entendimento das diversas patologias mentais. Pra que compreendem que aquela pessoa geralmente tem atitudes, de agredir, encher o saco que não são nada mais que características da própria doença.

É pois uma maneira de se trabalhar de maneira interdisciplinar. É muito bom trabalhar assim. Eu também acho bom trabalhar de maneira independente, pois eu trabalho em outro hospital. O psicólogo, a gente não sabe exatamente o que ele está fazendo, o assistente social a gente também não sabe, só sabe que te passa informação. Mas o resultado com o doente, ele entra num surto ele sai mais ou menos compensado, é bom! É interessante isso, é uma coisa que já fiquei pensando, questionando muitas vezes: como eu trabalho em outra instituição em que é só multidisciplinar, a gente vê que é independente mas o paciente vai bem! Quando se trabalha de maneira interdisciplinar se conhece melhor o paciente, o resultado é muito bom. Eu creio que o paciente melhora de uma forma um pouco mais integrada, com uma visão melhor da instituição, do trabalho que foi realizado, e se sente gratificado com isso. Sente que há um interesse por ele. Num ambiente em que cada um está tratando na sua. Os pacientes não trazem o que estão fazendo. Mas se puser no papel o resultado é o mesmo. Eu chego a uma conclusão muito catastrófica, de que o mais eficaz de tudo num surto psicótico é o medicamento. O efeito do medicamento é inquestionável. Se um indivíduo responder bem a terapêutica farmacológica, ele sai do surto organizado, etc. Há questionamento até onde esse desgaste... Há um desgaste porque você tá o tempo todo atento, não só ao teu trabalho mas tem que estar atento ao trabalho (rindo) dos outros. Não é?... O doutor, está rindo aí porque sabe que isso é verdade (rindo).Então depois você vai ver, no final das contas, que o resultado não é tão diferente, 'no que diz respeito a remissão de sintomas', não é? A remissão daquele quadro agudo, reagudizado, seja lá o que for, não é? E que o medicamento realmente éééé — eu estou me tomando uma pessoa muito organicista, (rindo) acho — mas o medicamento realmente é uma coisa assim...Se a presença do médico, com a sua intervenção farmacológica terapêutica. éééé...existiria benefício para o doente, já que o médico ao ter um vínculo com o doente, estabelece realmente um vínculo forte, criando aí a função dos demais profissionais. Até no contato com as famílias, porque esse médico atende as famílias. E ao atender as famílias ele está fazendo um serviço de esclarecimento próprio do serviço social.

Quanto a integração com os demais serviços da cidade:

Eu sinto que há um isolamento a nível, vamos dizer saúde mental da cidade. Então tem vários serviços, que estão cada um realizando sua atividade, né? e que não há uma integração maior entre as necessidades da secretaria de saúde, de cada unidade, de cada hospital.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Em relação a desinstitucionalização, uma palavra cabeluda, eu não acredito nela. Por ora. Não acredito, já que não há uma infra-estrutura de... não tá bem preparada, não só do ponto de vista material, mas do ponto de vista humano pra atender essa população de pacientes. Eeee, não há condições de controlar, a nível ambulatorial eeee... mantendo o doente em domicílio, em seus surtos psicóticos, sem uma internação. Um período de internação onde ele possa ser atendido de uma forma mais eficaz, mais intensa eeee... e se esperar desse doente que tenha uma melhora de seus sintomas. Por ora eu não acredito que seja viável. Se reduzirmos os leitos agora vai ser uma catástrofe. Vai piorar ainda mais o quadro que nós já temos, que é a falta de vagas. Eeee, cada vez eles vão procurar mais os hospitais, vão ficar à portas dos hospitais, ou das portas dos ambulatórios que encaminham aos hospitais e não vai haver vagas. Há períodos do mês, e isso é em qualquer hospital, a gente quer internar e não há vaga, em qualquer lugar de Curitiba, particularmente vaga feminina. Imagine então se você for diminuir os leitos sem haver uma organização maior. Já prescindir totalmente de hospitais psiquiátricos não. Alguns casos podem ser até atendidos de uma forma assim, de uma internação curta. Mas tem que haver uma estrutura de ambulatório 'muito grande pra dar um continente'. Os nossos políticos não vão fazer isso. Não vão fazer, porque a saúde mental não dá votos. Não vai repercutir pra eles. Eu acho que o político brasileiro pensa muito em si mesmo. Pensa em o que que dá, produz votos, e o que que não produz. Saúde mental pra eles não vai melhorar a imagem da... dos políticos. Mesmo os responsáveis pela saúde mental. E não vai haver recursos, na minha opinião, suficientes pra isso, nem a médio nem a longo prazo. Até onde se teve notícias, de alguns países, fora do Brasil, não..., os resultados não foram bons. Nos Estados Unidos mesmo, no Canadá, na Itália. A direção de meu hospital esteve na Europa apresentando os resultados do nosso trabalho. Até na Inglaterra ficaram muito impressionados com o nosso trabalho. Eles adotam um esquema de hospitalização mesmo. Mesmo com todos os recursos financeiros e tecnológicos. Eles não tem uma estrutura suficiente para atender o paciente fora do hospital.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Ninguém.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Soube pela imprensa.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

10) PSQUIATRA, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Dentre aqueles aspectos que são limitantes... ao atingir os objetivos em questão de diagnóstico, por exemplo... éééé, quando o paciente interna aqui no hospital, como em qualquer outro lugar, se deveria fazer uma entrevista, err... que desse condições de se facilitar. Ter uma história clínica e se facilitar fazer um diagnóstico, por exemplo. Nós temos particularmente aqui uma dificuldade nesse aspecto porque há uma deficiência muito grande em relação a esse aspecto, que é a entrevista, na entrada do paciente. Então, pra você ter uma idéia, se coloca assim: "esquizofrenia"... e ponto. Quer dizer, não se faz nenhum tipo de observação — isso eu estou falando do médico de plantão — quanto aos motivos de internamento, quadro de entrada, história clínica, história da doença, etc. Por outro lado... isso é compensado, um pouco, pela entrevista que o serviço social faz, mas aí com o objetivo e com... com, uma visão do serviço social. Quer dizer, nisso vem algumas informações. Mas... deixa a desejar, essa... essa entrevista, porque não é aquela entrevista feita por um médico dentro daquilo que se constitui toda anamnese. Então isso é um fator que eu vejo que muitas vezes nos prejudica nesse aspecto de diagnóstico. Quanto a questão da terapêutica... eu... err... nós temos aqui, por exemplo, padronização da medicação, etc. É a medicação que se tem padronizado em todos os outros lugares, e hoje, é interessante, que nós temos aí uma possibilidade terapêutica nova. Por exemplo, esquizofrenia, né? a clozapina, que tem tido até algumas experiências positivas onde outros neurolépticos não tinham ação, pacientes refratários, difíceis. Por exemplo, essa medicação poderia ser uma alternativa e isso, é quase que completamente limitado em termos de pacientes de SUS, a menos que a família arque, com isso. Quer dizer, nós não temos esse tipo de opção pra todos os pacientes, em que se poderia tentar esse tipo de recurso terapêutico, não é? Isso eu vejo como um fator limitante. Éééé... um outro aspecto que a gente vê também, aí ambos, diagnose e terapia, éééé... muitas vezes a família não participa do tratamento, não vir as entrevistas, o paciente ser trazido por ambulâncias, motoristas de ambulâncias, etc. Sem... durante todo o tratamento a gente não consegue a participação da família no processo terapêutico. Isso eu vejo como um fator limitante. Eu basicamente, eu credito ao fator socioeconômico. O outro lado da questão não é só, não se resume, vamos dizer, ao aqui, ao atendimento dentro do hospital. Mas as limitações que a gente vê é com o pós tratamento. Ao que acontece com o paciente — apesar de a gente não fazer seguimento, porque não trabalhar em ambulatório — mas a gente percebe que o tratamento pós internação, muitas vezes ele não existe. Porque a família não participou... porque a família não foi orientada, por que, por causa das condições socioeconômica, por causa das deficiências ambulatoriais. Éééé... eu acredito que a gente deixa de poder... fazer uma coisa mais completa, em termos de tratamento, por conta dessas dificuldades. Se a gente não considerar a desvalorização profissional que acontece pelo SUS, err, deixando isso um pouco de lado, a gente até percebe que... pode fazer alguma coisa, pode ajudar, pode beneficiar pacientes, enfim. Pode superar, superar... superar essas deficiências, e até pode fazer alguma coisa que poderia ser melhor se as condições fossem boas. Eu acho que nós acabamos, nós profissionais, acabamos sendo vítimas, também, de um sistema inadequado, desestruturado, com a falta de uma política adequada... na área de saúde. Eu acho que não há uma política bem estruturada.

[Em relação às características do paciente]:

[Sexo]: Bom...! Eu não me lembro de... de... de dificuldades maiores com relação à esses aspectos, como por exemplo, sexo.

[Idade]: Eu acho que aqueles pacientes... pacientes com processos evolutivos, pacientes demenciais, por exemplo. Há um... há uma dificuldade, uma limitação. Não tem área específica para o atendimento. Em alguns pavilhões pode ser um pouco mais calmo para paciente idoso. Mas não tem área específica.

[Procedência]: Com relação à procedência, eu acho que aí tem uma... uma coisa bastante significativa que é... a gente percebe o seguinte: o paciente que vem de longe, do interior, de outros estados, é muito comum pacientes de Santa Catarina, por exemplo, a tendência desses pacientes é fazer o tratamento com o mínimo, ou quase o mínimo... com nenhum acompanhamento familiar. Há uma tendência... de... err... de... maior tempo de permanência no hospital, por conta disso. E ainda de a gente poder... ter uma idéia mais clara, mais concreta do que acontece com o paciente por falta dessa... err... participação familiar.

[Escolaridade]: Quanto à escolaridade... eu acho que... err... nada assim muito específico.

[Renda familiar]: Renda familiar, eu acho que é uma... questão econômica... que uma... um fator limitante, um fator que atrapalha bastante. E, dificulta muitas vezes, e limita... o tratamento.

[Comorbidade]: Nós temos, aqui no hospital, um corpo de clínicos que faz um atendimento de emergência, de intercorrências. E, se não... o quadro se mostra mais grave, com necessidade de remoção, de transferência pra outro hospital, isso é feito com alguma dificuldade. Algumas vezes... por... alguma resistência, em aceitação desses pacientes nos hospitais gerais... ou falta de leito... ou alguma outra dificuldade desse tipo.

[Tipo de patologia]: Quanto ao tipo de patologia, é uma das coisas... que acontecem, uma a mais, que faz parte do trabalho.

[Quanto ao processo diagnóstico]:

[Tempo de entrevista] Começa por não haver entrevista, não é? com o pessoal que faz aí a internação. Essa entrevista, quando o familiar vem, com o serviço social, e posteriormente com o atendimento de familiares, que a gente faz uma vez por semana. Se a família vem, pode se superar isso. O tempo que a gente dispõe... com o número de pacientes que a gente atende, em psiquiatria pelo SUS, realmente... se nós pudéssemos atender menos paciente... com maior frequência... com frequência adequada... err... nós poderíamos, sem dúvida, melhorar... Em princípio, uma vez por semana... o tempo é bastante variado. Depende da situação do paciente... alguns pacientes que eu tenho, são bastante limitados, pacientes com um déficit bastante acentuado, não fazem contato, né? Mas quando o paciente... só uns minutos...

[Testes psicológicos]: Não são feitos testes psicológicos. É uma coisa que não se tem nessa área do SUS. Então parece que não faz parte do arsenal diagnóstico.

[Exames laboratoriais]: Não há problemas. O que a gente faz, por exemplo: dosagem de lítio, e os exames gerais da clínica médica. Tomografia é uma coisa mais difícil. Não dá pra fazer direto. Tem que encaminhar para ambulatório.

[Em relação ao posterior acompanhamento do paciente]: O ambulatório hoje me parece cada vez, muito desestimulado ao trabalho pelas condições de remuneração. A gente percebe uma tendência dos ambulatórios a uma extinção. Assim, o que existe de ambulatórios, na área privada, cada vez diminuindo mais. Aqui mesmo se cogitou de fechar pela absoluta falta condição de continuar.

[Relacionamento entre os elementos da equipe]: Eu diria que em algum momento... Não... Com o pessoal auxiliar a gente percebe muitas vezes, há um comportamento limitado em relação ao paciente. A gente procura contornar isso. E se propõe a fazer um trabalho com a equipe de uma forma integrada, na medida do possível. A gente tem um relacionamento mais frequente com o assistente social. Tem um relacionamento talvez em menor escala com o resto da equipe: com o psicólogo, com TO... Talvez, isso, um aspecto, menos frequente. Eu acho que o assistente social é essencial ao hospital. Assim como a enfermagem. O trabalho do psicólogo e o do terapeuta ocupacional é um trabalho importante. Me parece que... eu tenho a sensação... que a nível de hospital, o trabalho do psicólogo é um pouco limitado. Pelo número de pacientes, pelo nível de comprometimento dos pacientes. Eu acho... que muitas vezes poucos pacientes acabam se beneficiando. Eu acho que se trabalha mais como "cada um na sua" (silêncio). Talvez haja uma tendência nossa. Nossa eu quero dizer do médico, de um trabalho ééé... isolado particular. Não que o trabalho do outro seja rejeitado. Não! Mas não é tão integrado como deveria ser. É mais integrado com o serviço social e com a enfermagem.

[Intercomunicação e Integração funcional com os demais serviços]: A intercomunicação entre os demais serviços praticamente não existe. A referência-contrá referência é um pouco variável. Existe isso como objetivo. Em algum nível isso acontece.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Bom, eu acredito que essa pergunta seja em função de, inicialmente, daquela lei do Dep. Paulo Delgado, e aqui no Paraná, do Dep. Rosinha. Err... eu acho que há um exagero quando se propõe de uma forma que me parece ideológica... ééé... como a de acabar com o hospital psiquiátrico. Se o hospital psiquiátrico foi, durante décadas, usado de uma forma inadequada. Se ele foi sinalizador do atendimento, se ele foi... ééé... quase que como uma única forma de se tratar o doente mental no Brasil, eu não vejo como solução simplesmente a extinção do hospital psiquiátrico como se ele fosse um mal ao paciente e a sociedade. Isso não é verdade. Eu não concordo com essa visão, acho que se foi feito mau uso, ééé... o que nós temos que propor é o bom uso, do hospital psiquiátrico, como qualquer outro recurso terapêutico. Qualquer outro recurso terapêutico, mal usado ele dá esse malefício ao paciente. Isso não é só na psiquiatria, é em toda a medicina. Então, a questão é, o que fazer que esse hospital como estrutura ao atendimento ao paciente, e fazer melhor uso possível do hospital psiquiátrico. Se tem pacientes que não deveriam estar no hospital, nós temos inúmeras razões porque pacientes que estão em hospital psiquiátricos poderiam não estar. Ai vem as outras modalidades de atendimentos, em saúde mental. Serviços extra hospitalares, serviços intermediários, que hoje são propostas que me parecem... se usados de forma adequada, sem essa visão de hospital psiquiátrico como coisa ruim que deve ser instinto, pode se dar um atendimento ao paciente. Pode ser melhorado o atendimento ao paciente. Humanizar o atendimento ao paciente, etc. E, também usar o hospital o psiquiátrico... se o paciente em algum momento de sua vida precisa de uma internação, ele deve ser internado e receber o melhor atendimento possível. Se ele deve ficar o menor tempo possível? Deve ficar o menor tempo possível. Agora não se deve pensar que ele não deva... E eu pergunto o seguinte: extinguir o hospital psiquiátrico... pensando, tirando a questão aí, ideológica... ééé extinguir o hospital psiquiátrico é alguma coisa viável? Eu vejo isso como uma coisa fora da realidade. Substituir os hospitais psiquiátricos, os leitos de hospitais psiquiátricos integral, por leitos em hospitais gerais, como querem, é inexistível. Não vejo isso como uma coisa dentro da realidade. Pode ser usado leitos em hospital geral, assistência psiquiátrica, em cidade do interior, por exemplo. Mas jamais vai-se transferir todos os leitos de hospital psiquiátricos para outras modalidade. Isso é inviável. Não importa o que, esse tipo de pensamento, se usar o hospital psiquiátrico como coisa adequada e boa. Naquele momento o paciente precisa da internação integral. Eu vejo assim, Curitiba passou de uma gestão semi plena, o gestor é o município. Eu entendo que o pessoal encarregado disso tem a idéia de melhorar a assistência psiquiátrica tem uma idéia assistência psiquiátrica e tratar a doença mental. E está procurando criar essas alternativas ao atendimento em saúde mental. Alternativa não só como existia antes hospital psiquiátrico de um lado e ambulatório de outro. O ambulatório funcionando de maneira precária e desestimulante. Então o que se está procurando hoje é procurar alternativas ao que existe hoje, pra se dar ao paciente que necessite de outra modalidade de atendimento que não seja o hospital integral ou ambulatório, possa ter essa assistência. E possa ser... ééé... que se possa escolher aquilo que for melhor para cada paciente e se oferecer esse tipo de atendimento, que antes não existia. Eu entendo que essa é a visão do pessoal. É uma visão. Eu acho que deve ter outras alternativas e não só essa bipolaridade de hospital e ambulatório. O ambulatório é uma modalidade essencial, indispensável. Sem ambulatório qualquer sistema de atendimento fica deficitário. Né? Agora o que eu vejo é que o ambulatório precisaria de uma outra... de um apoio maior... ser realmente tratado com prioridade. O que eu tenho visto nesses anos todos de exercício da psiquiatria é que fala que o ambulatório... que se deve priorizar o ambulatório, mas na prática não fazem nada pra realmente isso se realize. Os NAPS vão poder absorver aqueles pacientes que estão em hospital psiquiátricos que por algum motivo ou outro estão em hospital psiquiátricos. Por alguma razão estão em hospital psiquiátricos, e que não podendo se manter em ambulatório. Até poderia ser uma alternativa. Alguns pacientes. Aqueles com indicação. Eu sou a favor que se ofereça serviços capazes de complementar as estruturas até então existentes, hospital e ambulatório, que eu vejo que é uma área carente em relação as necessidades da população, as carências da população. Os pacientes internam muito por desestruturação familiar, carências e pela própria doença. E também por não se oferecer os recursos de medicação. Qual está disponível, se tem ou não. Isso me

parece inexplicável, pois muitas vezes se observa que o paciente re-interna por falta de medicação. A extinção, hoje, dos hospitais não vejo como não haver consequências sérias, para pacientes que precisam da internação. Há pacientes que apesar de todas as tentativas, não respondem a medicação, e pior, podem um comportamento incompatível com a vida em sociedade.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Eu tenho acesso. Lido com ela freqüentemente.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Sim.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Sim.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Sim.

PSICÓLOGOS – AMBULATÓRIOS

01) PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Um caminho que já não é tão difícil, já não trás tanta dificuldade pra um trabalho. Acho que o difícil é chegar até aqui. Acho que o paciente para, por exemplo, para um atendimento de emergência, e ele resolve com medicamento ali. Então, isso impede que aconteça um trabalho de psicoterapia, por exemplo. Bom, quando ele chega aqui, ele já tem de alguma forma um pedido pra que isso aconteça. Daí as dificuldades são a da condução de um trabalho. Dificuldades de fechar um diagnóstico ou da direção do tratamento. E isso se resolve com supervisão e isso é coisa que se tem que buscar.

Eu não tenho muito problema com o tempo de entrevista. Eu posso atender um paciente todos os dias se eu quiser. E eu faço isso. Tem um tempo que se estabelece aqui como de meia hora. Mas eu não respeito muito isso. Se meia hora for o suficiente, foi. Senão eu posso ficar mais tempo. Não levo assim de uma forma rígida. Ninguém me cobra acelerar. Por isso que eu digo, não tenho muito problema com isso.

O problema, que eu vejo assim, que eu identifico agora, é que algum paciente que estou atendendo precisa de acompanhamento psiquiátrico, precisa de medicamento. E o atendimento está limitado, os psiquiatras não tem horário disponível, pra isso. Estão com agenda tomada. Isso as vezes é problema. As vezes com frequência né? com frequência estão com agenda tomada. E aí é preciso fazer um pedido. Aí fica mais um problema de ordem pessoal. Um pedido meu, ontem a um amigo, a um colega, pela impossibilidade mesmo do paciente chegar lá e procurar o que é preciso. Aí eu tenho que intervir, e isso é um problema, porque eu não gosto de fazer isso. Eu deixaria que paciente procurasse esse tipo de coisa que ele está precisando. Que eu não tivesse que fazer isso por ele. A demanda para a psicologia não é tão intensa quanto para a psiquiatria. Para a psiquiatria eu acho que é maior. Pelo menos é o que vejo. Não sei, faço algumas pergunta sobre isso até. Porque que não abrem vagas para pacientes que são atendidos durante muitos anos. Não tem alta, o problema é que não tem alta. Difícilmente tem.

Em relação ao trabalho em equipe. Não existe...por exemplo. O meu trabalho não é em equipe. Quando preciso de um profissional eu vou procurar o outro profissional, mas não tendo esse tipo de organização aqui. A não ser, por exemplo, o ambulatório de psicologia infantil, onde há um esboço de trabalho em equipe. Há uma tentativa. Eu trabalho com adulto. Eu atendo adulto. O máximo que acontece são reuniões de ambulatório.

O paciente pode chegar procurando diretamente o psicólogo. Ou ele passa pelo pronto socorro, pelo PA, e aí quer dizer...passa por lá procurando esse tipo de atendimento e é encaminhado para cá. Ou, não, mas é também encaminhado pra cá dependendo do que o paciente procura.

Não se pode dizer que todos os paciente passam por psiquiatras, psicólogos ou assistentes sociais. Eu sei que num primeiro atendimento feito no PA, ele pode ser encaminhado ao serviço social, pode ser encaminhado para psicologia. Ou então é encaminhado à Psicologia e daí da Psicologia é encaminhado ao Serviço Social. Entende? Mas ele não passa necessariamente por todos. Aqui no ambulatório o trabalho é independente. Não sei se no ambulatório de psiquiatria o paciente passa por tudo. No meu trabalho não.

Não vejo problemas quanto a renda familiar, com analfabetos. Todos dizem que é uma clientela carente, entre aspas. Porque não é... muitas vezes não é uma clientela carente, mas, é carente (ri). E se põe nesse lugar de carente, que... isso aí. Que vem procurar o serviço público. Mas isso não é uma dificuldade. Estou falando de uma característica que tem me chamado a atenção. Têm pacientes que vem procurar o serviço público e não necessariamente por que não tenha condições. Faz parte, enfim...

Não aplico ou solicito testes psicológicos. O pessoal que atende psicologia infantil é que pede.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Eu acho que não se pode ser tão radical. Pode se pensar nisso sim. Depende de como se faz isso. A Itália fez essa experiência né. Depende de como for feito isso. Porque, de repente fechar os hospitais, assim como na Itália, foi complicado lá. Mas...penso que possa ter uma mudança. É melhor que tenha uma mudança, nisso. A minha preocupação, que é em decorrência disso, dessa lei. O que se está pensando. O que a voz mais alta que eu tenho ouvido, e que me preocupa é transformar a clínica em uma coisa assistencialista. Ééé...uma coisa direcionada ao social. Se esquecer da clínica. Se esquecer que existem pacientes. O que tenho ouvido é que tem muita gente acreditando que se possa fazer palestras e, ééé... e impedir que um sujeito lá tenha um problema (ri) qualquer. Adquirir neurose, uma psicose, uma neurose qualquer. Enfim, que se ministrando palestras para pais e mães, vão evitar que as crianças tenham problemas. Uma massificação, vão cuidar de uma população dessa forma. Essa é minha preocupação. Que, a clínica mesmo, o atendimento clínico, o cuidado, o atender um paciente, ele com os seus sintomas, com a sua doença, com seu diagnóstico, enfim, que ele seja atendido. E essa é a minha preocupação. Que se faça ééé...o que tenho ouvido é isso: que se atenda uma grande maioria, quanto mais pacientes forem atendidos melhor, mas por informação. Eu posso estar enganada, mas o que ando escutando é que tem gente achando que a informação vai resolver problemas de neuroses, psicoses, etc. E não é bem isso. Uma coisa que via é que na Inglaterra, por exemplo, informação, o cuidado com informação... Informar por exemplo: " se você encontrar uma pessoa muito estranha, muito...falando coisas...pode não ser "punk" , de uma dessa tribos aí. Pode ser um esquizofrênico, encaminhe para o serviço tal" Quer dizer... até aí... isso assim... até entendo que possa ser divulgado, pensar em termos de informação. Agora... tratar de uma população com informação, faço minhas ressalvas. E é isso que tenho ouvido em decorrência dessa lei: que pode não ter mais hospital, pode não ter mais...enfim, certas formas de atendimento, mas tem uma que vai precisar ser atendida mesmo..., mesmo...porque não é a informação que vai resolver. Elas são doentes. Não se conseguiria um atendimento mas uma doutrinação. Penso que possam diminuir os leitos. Com um critério de internação muito severo. Mas é preciso...preciso um outro tipo de atendimento. É preciso muita atenção. Isso não temos agora. É preciso fazer como o código de trânsito aí, é preciso mais severidade.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Delgado

R: Mais ou menos. Conheço há 10 anos (ri)

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

02) PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Situações...que, acho...que, é uma situação muito importante é a situação econômica. Na realidade a gente não ganha...não é? A gente ganha na...um pouco mais...que...mas a gente não ganha pra ter um nível de vida satisfatório. Ser funcionário público é ter um nível de vida bastante baixo. Eu ganho atualmente 2.400 reais por 6 horas. Pra gente manter uma família...por exemplo, meu filho está numa escola que eu pago 380, 2 filhos, carro, casa, né? Quer dizer...não dá. Vida social...eu ganho pouco. E a gente está amarrado...você não pode...Mas eu tenho outras atividade: eu sou professor universitário. Eu tenho consultório. Mas aqui eu não ganho o suficiente. Eu não acho que tenha nível satisfatório. Eu tinha que ganhar no mínimo, eu acho, 20.000 (ri) pra ter um nível de vida bom. Eu tinha que ser bem pago. Pelo que a gente se obriga no serviço público, não é? Eu tenho ética. Eu tenho respeito, eu tenho uma relação com o paciente. Tenho paciente meu que está comigo há 4 anos, em relação terapêutica. Eu sou um terapeuta, na verdade, né? Eu estou trabalhando com pessoas que realizaram a vida. Estão felizes. Estou trabalhando com pessoas que estão vivendo felizes hoje em dia. E... com o que eu ganho...Eu ganho mais que alguns colegas. Eu tenho quinquênios, por isso ganho mais. Alguns colegas ganham menos. Ganham 1.500, 1.800, devido o tempo.

Tenho então, as dificuldades naturais da função. São os percalços do caminho: a desistência do paciente...ter que trabalhar com a família, né? Não ter recursos comunitários, né? Eu acho que tem muito percalço, aí, que impede a gente de fazer um bom trabalho. Eu tenho desejos. Mas, eu também, éééé...eu também tenho...vamos dizer...reconheço que existem limitações, não é? A classe social também, hoje em dia...o desconhecimento de um processo. Até o paciente entender o que é uma terapia, demora. São percalços que impedem. São processos do próprio paciente. Existem aspectos políticos. Não no sentido político termo franco. Mas políticas das profissões. Políticas das relações de trabalho. Existem que dificultam as vezes. São aspectos políticos, vamos dizer...de uma política, vamos dizer assim...no que tange ao problema administração existem. Problemas administrativos, técnicos, n? Não é política partidária. Mas existem políticas de atuação que dificultam.

Nós tivemos aqui na... ééééé... o trabalho do psicólogo, o trabalho de terapeuta é um trabalho relativamente novo, no social. Principalmente no SUS. Eu sou o mais antigo no SUS, inclusive, como terapeuta, como psicólogo. É um trabalho de muito idealismo você fazer terapia dentro do SUS. Quando eu comecei a trabalhar, comecei com paciente alcoolista. Depois eu entendi que o paciente alcoolista tem uma relação com a mulher, relação simbiótica. Depois eu comecei a trabalhar a relação entre o alcoolista e a dependência com a mulher. É uma mulher que se faz de vítima mas que ajuda ele a se anular, né? É uma mulher tão doente quanto ele. Depois eu passei a atender famílias. Eu passei a entender o problema social do alcoolista. E daí eu entendi que na simbiose existe uma psicose de uma maneira muito mais intensa, né? Daí eu pulei e percebi que o alcoolista é o meio do caminho do paciente psicótico. As vezes, graças ao alcoolismo ele não entrou na psicose. E daí comecei a perceber a ausência do pai nos casos de alcoolismo, a figura paterna, sabe? E eu comecei a perceber que na psicose a ausência do pai é brutal, só existem mães. São pessoas não nascidas ainda. Têm idade cronológica, mas emocionalmente, ainda não passaram pelo processo de "ser", de se envolver com o real. E quem dá o real, a pessoa entende isso, é a figura do pai. É o pai que castra. É o pai que...não é que castra, é o pai que corta a relação com a mãe. Entendeu? E eu vi depois, sem fazer uma formação, que alguns psicanalistas falam nisso. Tem colegas que tiveram isso aí pela teoria. Não tive, tive isso aí pela prática. Então hoje em dia eu trabalho com famílias, não é? E eu percebi, que das psicoses...os quadros psicóticos em que se instalam com mais intensidade essa tríade, mãe forte, pai ausente e filho incrustado é no autismo. Em família de autista pai não existe. É a morte do pai. E a mãe é, também, super forte. E isso eu encontro no trabalho. Não foi, uma coisa assim, de formação.

Administrativamente, podemos dizer, existem dificuldades. Falta de grupos de estudo. Falta assim...eu acho...supervisão institucional, sabe? Falta de um apoio, de um clima que facilite a troca de experiências. Esse clima que existe em hospitais escolas, que você é obrigado a estudar, entendeu? Não existe aqui. Você tem que fazer por livre iniciativa, entendeu?

No SUS quem mais procura tratamento é a mulher, o homem não procura. Existe um machismo, existe uma dificuldade... O homem de classe média e baixa, que nos procura, ele é um trabalhador, entendeu? Ele não tem tempo. Ele não tem condições. Tem que trabalhar. Então, certos homens, são fator limitante. Não sei dizer se todos são relutante. Mas a mulher é mais fácil.

Em relação a idade, eu não sei dizer.

Em relação a procedência... é mais fácil as pessoas nos procurarem das redondezas. Inclusive, essa política, agora, de estimular, né? De estimular... essa reforma administrativa do SUS ela facilita você atender a pessoa da localidade. É mais fácil atender a pessoa próxima do que atender a pessoa longe. Então essa política de descentralizar e fazer com que haja equipes locais, eu acho que é bom. E tenho aqui, pessoas que fazem terapia comigo...para ver como é a coisa, né? Eu atendo em grupo. Pessoas que vem de outros municípios. Eu tenho pessoas que vem de Santa Catarina. Vem, assim, uma vez por mês para grupo de terapia. Mas é o mínimo. Em 99% são pessoas da comunidade.

Escolaridade: É uma coisa incrível isso, não é? A gente oferece um atendimento, mas as pessoas que conseguem se beneficiar, aceitar o benefício do SUS, tem uma escolaridade maior. Pessoas primárias, as vezes, não aceitam, não entendem, entendeu? Então a escolaridade dá apoio para ajuda.

Renda familiar, não vejo dificuldades. Não sei te dizer sobre isso.

Comorbidade: eu tenho percebido que na medida em que na medida que junto aos aspectos emocionais existem outras doenças paralelas a isso, sabe? Então parece que a saúde mental leva a saúde física também.

Atendemos mais pacientes neuróticos, "borderline". Os psicóticos, a gente não tem muito "setting". A gente não tem muito trabalho. Eu tenho paciente, minha, psicótica, que tá num processo medicamentoso, que começa a ensaiar a assumir a vida dela. A desmedicalizar, entendeu? Todo esse processo de entrar em crise, voltar a tomar remédio, né? Então é muito mais fácil tratar quadros de nível neurótico do que de nível psicótico.

Em relação ao tempo de entrevista, como eu atendo mais em grupo, no serviço público, e preconizado atender em grupo, eu os entrevisto em grupo. Eu não faço entrevista individual. É em média uma hora e meia, duas horas. Não tenho, então, dificuldade nesse campo. Eu atendo mais os alcoolistas, os adictos, as famílias. Então eu tenho grupos de famílias de alcoolista, de adictos. Hoje em dia eu estou atendendo também alguns psicóticos.

Eu organizo o meu tempo. Eu atendo em grupo. Eu não tenho possibilidade de atender paciente individual, como em consultório. Porque se eu for atender nessas seis horas que eu tenho aqui (rindo) eu só vou atender seis pacientes. Então, eu nos grupos, e eu atendo 2 três grupos por dia, então eu posso atender mais gente, inclusive. Então é exequível desde que a gente adote a abordagem certa, que é a grupal. É uma dificuldade o tempo, num todo. Na realidade tinha que ter mais psicólogos. Eu jogo porque eu atendo em grupo. Porque tem muita procura. Eu não nego atendimento. Mas vejo que há colegas meus que tem um número limitado de pacientes porque atende individual. O pessoal que tem formação psicanalítica eles só fazem atendimento individual. Então eu vejo que o tempo deles é muito restrito. Como eu atendo em grupo, eu aprendi né? A discutir, a levar o paciente a falar das suas coisas em grupo então isso permite um melhor atendimento. Não posso falar pelos demais psicólogos, mas para mim o tempo não é problema. Eu vejo que o pessoal que atende em grupo, que não são os psicanalistas eles tem mais facilidade de lidar com o paciente.

Funcional, olha... Nós não temos supervisão. A Secretaria de Saúde não tem priorizado a Saúde Mental, né. Vários governos subsequentes não tem contratado profissionais de Saúde Mental. Não tem contratado psiquiatras, psicólogos, assistentes, sociais, né? E não existe, vamos dizer, uma política de amparo. A gente vê que nossos próprios diretores aqui, eles são postos para fazer a função deles. Mas não existe um apoio à Saúde Mental. Isso acarreta em nós, entendeu? Quer dizer, eles não contratam pessoal, né? Também dizem bem assim: " se a gente contratar vai inchar logo os profissionais de saúde". Mas eu acho que devia, ééé... vamos dizer assim...funcionalmente, apoiar mais, contratar mais pessoal, dar supervisão, entendeu? Mas ééé... dentro do que eles podem... tanto que eu vejo nos nossos diretores aqui, fazendo o que podem. Cada um dentro de sua competência fazem o que podem.

(conflitos entre profissionais) A gente vê dificuldade, né? Por exemplo, em relação com um grupo muito forte, o grupo médico. E aí tem, assim, a questão das indústrias de medicamentos. Trabalhando em cima da figura do médico. E aí o médico fica envolvido com aquele discurso, medicamentoso. Ele não sai daquele discurso, entendeu? E além disso tem a questão da identidade. Apesar de tudo é o grupo mais forte, é o grupo que tem maior identidade, né? Então a gente tem um pouco de dificuldade com médico, mas não é geral também. Tem médicos mais abertos, né? Outra dificuldade é com os próprios psicólogos. Os psicólogos também, daqui a pouco eles criticam os médicos, mas se eles puderem eles mantêm o poder. Os psicólogos também são um grupo forte. Sabe, um grupo que se apadrinha, que se protege, também tem um corporativismo muito forte, também, sabe? Agora, a questão eu acho que não é só essa. A questão da doença mental, né? Que foi assimilada como mais rude, ela é muito mais do que uma coisa emocional, social, entendeu? Ela é um conglomerado de coisas que é difícil você responder a isso, entendeu? Então todos os profissionais tem o seu espaço. É necessário o psiquiatra, é necessário o psicólogo, é necessário o educador, é necessário o assistente social. Mas é ninho de problemas isso aí tudo, sabe colega? E é muito difícil você equalizar tudo isso daí. Uma enfermeira é necessária. Um apoio à família é necessário. E quem apoia a família. Quem trabalha com a família, entendeu? Como eu falava agora a pouco: trabalhar com a figura do pai, em doença mental. E quem vai trabalhar...quem vai fazer terapia. Você tem que trabalhar sobre a figura paterna. O machismo que nos foi imposto. Quem trabalha com isso. Não é o terapeuta? Quem que é o terapeuta? Todos nós podemos ser terapeuta. Começa na escola isso. Começa com a mãe já preservando o menino em algumas funções, entendeu? Começa com a mãe, né? E vê quem trabalha com isso. É o educador, é o pedagogo que faz parte disso. E o assistente social, entendeu? Tem uma fase que recebe a medicação. Tem uma fase que tem que ter um muro. Na fase aguda da psicose, não me venham com a balela que tem que fazer psicoterapia, não ajuda. Tem que ser o psiquiatra mesmo, entendeu? Então isso é uma coisa muito difícil de equalizar. Todos são necessários. Eu não tenho palavras para definir se trabalhamos de maneira interdisciplinar. Estamos começando. Aqui nós temos uma ponta de lança, as vezes de uma integração, as vezes, com psiquiatras. Aqui nós temos assistentes sociais, aqui nós temos pedagoga. Nós temos uma pedagoga aqui que fez um trabalho com psicose. Você vê então onde chegou. Então nós temos uma reunião aqui uma reunião junta, a psicóloga, o psicólogo, a psiquiatra, eu sou psicólogo, a pedagoga, assistente social. Então tem alguns momentos, algumas situações, mas não é a regra não. No serviço público...Acho que inicia pelo nível pessoal, sabe?. Acho que alguma coisa do nível pessoal tem uma importância muito grande. O nível da afetividade é um começo. Começa pela amizade. O tempo de estar junto, uma coisa assim. Existe a intenção da instituição, né? Existe a intenção... mas acho que as vezes esse caminho é pelo nível pessoal. Existe um anseio. Mas existem acomodações. Existe, vamos dizer assim, um processo no serviço público que é você se acomodar...e comodidade. E uma coisa que dificulta. Fica mais cômodo você fazer o teu e se desligar dos outros.

(gratificação profissional) Eu me sinto parcialmente satisfeito. Eu estive num evento em São Paulo (rindo), no ano passado na cidade e fiquei sabendo que os colegas lá que trabalham igual a gente, ganham menos que a gente. E gente tem a idéia que o pessoal de São Paulo ganha mais, né?. Mas ganham menos. Então eu acho, como disse no início, devíamos ganhar muito mais. Eu acho que um salário digno para um profissional deveria ser em torno R\$20.000,00. Remuneração, supervisão, um clima universitário, um clima de discussão. Mas eu acho que a remuneração é o principal pra eu não me sentir plenamente gratificado.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Eu acho que existe uma parcela de pessoas que precisam de um recurso externo que os contenha, né? Agora, eu também acho que nesse tipo que o governo militar assumiu, ele ficou muito paternalista, entendeu? Então, daqui a pouco existiu uma certa acomodação e muita gente entrou no rótulo de psicótico, de ser aposentado, né? Eu tinha um paciente meu que conseguia fazer toda uma crise psicótica, para conseguir se aposentar, entendeu? Então eu acho que as duas coisas são verdadeiras. É perigoso você fechar

os hospitais, mas também tem que repensar isso. Porque, deixou-se de pensar na questão familiar. A psicose, as doenças mentais, elas tem um componente... A mãe, como falava pouco, uma relação simbiótica, um pai ausente, né? Então, na medida que o SUS joga pra comunidade, joga pra família, né? Ele joga pro social também resolver isso. Não fica se projetando na capital... no hospital. Então ela é válida mas também é perigosa essa lei do Deputado Delgado, do Deputado Florisvaldo Fier, entendeu? É uma lei dubia, também. Esse modelo teve uma dupla origem. Tanto na Itália quanto nos Estados Unidos. Nos Estados Unidos aconteceram os guetos psiquiátricos, lá. Deixou de existir o hospitais psiquiátricos e passou a haver aquelas esquinas, aqueles locais, onde os pacientes psiquiátricos passaram a viver, entendeu? Então, eu acho perigoso isso. Porque, daí passou a haver morte... passou a haver, vamos dizer, condições precárias de saúde, higiene, entendeu? Então eu acho perigoso isso. Por outro lado, desde que bem feita, como foi feita pelo modelo italiano, na qual se amparou o social, a família, parece que houve uma melhora. Agora, houve o problema dos guetos psiquiátricos, nos Estados Unidos, esse modelo.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim.

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Sim.

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Sim.

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não.

03) PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Olha eu acho que os maiores... os problemas que eu encontrei... os maiores problemas aqui, não são nem em relação ao diagnóstico. São em relação ao tratamento mas eles são... periféricos ao próprio tratamento. Eles são periféricos, do tipo do que? A população é uma população extremamente carente. A família geralmente... eu atendo crianças... então a família, muito, muito comprometida. Conflitos familiares muito grandes. E só é trazida a nós a criança. Como depósito desses problemas todos familiares, né? Que são problemas sociais e problemas... psicose, distúrbios psiquiátricos, né? Quer dizer, pessoal drogado... família com psicóticos, né? Quem é escolhido para se tratar é a criança. Isso é limitante porque o problema todo continua lá, né? E a gente trabalha a criança uma vez por semana aqui. É um fator limitante. Outro é a... o problema financeiro... né? Que, os pais as vezes tem que pegar três ônibus pra trazer a criança... e quando não têm dinheiro as crianças não vêm. Ou há abandono por problema de... transporte, de financeiro mesmo. E também tem um outro fator, que também é impeditivo que é o inverso desse. Quando o próprio resolve dar o vale transporte. Também não é positivo para a terapêutica. Então fica sendo uma situação meio sem saída. Eu vejo os problemas aqui...

Bom... que mais que eu acho que é impeditiva... A infra-estrutura... né? Precária... no atendimento de criança que você precisa de muito material de ludoterapia. De caixas ludoterápicas. Você encontra limitações nesse sentido, né? É problema de infra-estrutura física, salas inadequadas. Tudo isso atrapalha um pouco a questão do tratamento. Eu situo os problemas maiores nessa área. Financeiramente eu acho que... eu não acho ruim. Eu me sinto bem com meu salário. Eu me sinto extremamente gratificada no atendimento às crianças. Eu atendo 2 vezes por semana adultos, que são pais de crianças, né? Mas me sinto melhor atendendo a criança. Eu julgo... que essa satis... essa minha satisfação está... em que... eu julgo que realmente você... o trabalho que se faz, nessa área no sentido de prevenção é na área infantil. Então... me gratifica muito. Eu sinto que você está evitando tratando precocemente, né? Aquele adulto crônico que vive em ambulatório a cata de remédio, né? O futuro psicótico. Quando eu me formei eu não imaginava que o meu trabalho seria assim. Eu... eu... eu gostava de psicologia organizacional. Fiz pós graduação na área. Então eu fui toda para área organizacional, uma área de treinamento. Daí trabalhei muitos anos com treinamento. E acabei vindo pra clínica assim meio por acaso, por vir. Por depois, muito depois entrar no serviço público... ééé... fiz alguns cursos de especialização na escola de saúde pública, que era da minha área... e depois acabei por... por... questões de políticas, né? Negócios de gestão e tal, acabei vindo pra cá e gostei (ri), gostei muito. Mesmo dentro da saúde eu trabalhava na área organizacional, na coordenação de cursos, né? De nível universitário, especialização, saúde pública na Fiocruz. Mas depois terminou. Mudou de gestão. A política de recursos humanos é outra, né? E... diminuiu meu setor e terminou. Ai também eu dirigi uma escola, né? De formação dentro da saúde. Depois terminou e eu vim pra cá. Quer dizer... há estão precisando psicólogas... e fui e gostei (ri). Quer dizer... se houve uma intenção de me prejudicar politicamente acabou não prejudicando porque eu acabei gostando.

Eu não sinto outros grandes problemas

As crianças do sexo feminino são mais resistentes. Não sei se é uma dificuldade mas é uma constatação, não é? Pelo tempo que a gente atende.

No serviço público, em relação ao processo diagnóstico, a questão da... do tempo disponível para a avaliação. Que você não... Eu, nós, Nós avaliamos... pela enorme demanda, eu, nós não podemos... nós que trabalhamos com crianças não temos condições de trabalhar individualmente. Nós fazemos grupos. Mas pra ter grupos, você não pode entrar com uma criança sem conhecer a criança, sem estabelecer um vínculo prévio com a criança, e sem fazer uma avaliação. Porque daí envolve testes, não é? Então você tem que ter um tempo pra atendê-la individualmente. Esse é o meu problema! Né? A entrada da criança... o tempo... você não tem tempo pra atender uma criança e pra depois inseri-la nos grupos. Este trabalho individual eu sinto fica aquém, pelo menos, do meu desejado, não é? Eu acho

que o ideal seria atender, assim, no mínimo 1 mês individualmente, uma vez por semana, não é?. No mínimo. Mas isso nunca é possível. Disponho, sem pressões administrativas interna, de 1 hora para entrevistar a mãe. A pressão que você sente é da demanda. É tanta criança que precisa entrar que você precisa encaixar, que você acaba se apressando. De vez em quando houve-se... produção!. Não sei caracterizar se precisaria mais profissionais. Porque os profissionais acabam enveredando... por... quem atende criança, atende criança, quem atende adulto, atende adulto. Então eu não poderia tirar uma panorâmica assim, porque eu não tenho uma visão mais ampla. Duas psicólogas atendem criança. A psiquiatra é só uma. Ela já falou que é impossível para ela atender toda essa demanda. Então as filas dela são imensas. Porque ela tem essa dificuldade. A gente atende Curitiba, região metropolitana... muito!. Colombo, São José dos Pinhais, Pinhais, a gente atende éééé... muito... muito isso. Vem gente demais pessoal da área metropolitana.

Eu utilizo alguns testes e eu mesmo aplico os testes psicológicos. Quando eu cheguei aqui eu comprei o material. É um empenho pessoal. Não sei se os demais aplicam. Não existe uma sala única de material.

Há uma dificuldade de estrutura física que não é adequada ao atendimento infantil. E a questão da... e eu acho também que é um problema aqui e que é uma preocupação de todos inclusive da direção, é a solicitação de espaço diferenciado para a infantil. Não é? Nesse monte de adultos, gente com delírio, gente em surto, as crianças, né? as vezes se assustam...

Nós temos... bom em meu caso nunca aconteceu necessidade de internação. Pra exame sim. Mas pra internação não. Não sei dizer o que fazer se uma criança precisar de internação. Isso seria problema para a psiquiatra. Só com exames, que aí eu encaminho ao serviço social. A assistente social agenda, telefona. Dá toda a estrutura para a mãe. Uma suspeita, por exemplo: você quer uma avaliação neurológica. Não é? Você encaminha pra um neurologista. Muitas vezes... coisas até simplérrimas... a criança está com um dermatose ou uma dermatite... ou as vezes uma tireóide, você percebe, meio pro ladinho... você suspeita... você suspeita, problema de visão, as vezes... as crianças podem não enxergar legal.

A crianças não passam de rotina por outros profissionais do serviço. Nem sempre meus pacientes passam pela psiquiatria eu encaminho ou peço exames diretamente solicitados à outros serviços. Nem os pacientes da psiquiatria passam necessariamente pela psicologia. Aqui só se trabalha de maneira interdisciplinar na medida da possibilidade. Nós trabalhamos assim: hoje por exemplo... eu digo hoje porque nós temos um projeto que trabalhamos juntas, a psiquiatra as duas psicólogas, a pedagoga, e assistente social. Todas com um grupo de crianças... as crianças... são pré selecionadas, de várias procedências, para psicólogas e psiquiatras com alguns critérios de crianças com transtornos mais sérios. Daí desenvolvemos esse trabalho. Que é um trabalho que você atende conjuntamente, vemos sinais clínicos, discutimos os casos e atendemos as famílias também. E nos outros dias trabalhamos... éééé... a psiquiatra atende os casos dela, quando precisa referencia eu... se eu tenho alguma dificuldade quero que a psiquiatra avalie encaminho pra ela. Cada um atende os seus. Porque no serviço público é... fica quase que impossível, a não ser que se formasse uma espécie de clínica com esse projeto que gente fez acerto, né? Um NAPS infantil uma coisa meio assim... Fica quase que impossível trabalhar assim, né?. Baixaria a produção de tal forma que você ficaria com uma fila aí fora imensa. É mais como uma interconsulta, na maior parte das vezes. As relações informais são muito boas permitem esse acerto. Pelo menos estou falando da área infantil.

Quanto à conflitos entre os outros profissionais, queixas, não tem. Eu costumo dizer o seguinte, aqui, sabe? Se eu... eu acho... não existe isso sobre o que acabamos de conversar no atendimento de adulto é muito intra, muito cada um por si, atende, vai embora e tal. Eu sinto que é mais ou menos assim. Eu nem sei se eu conseguiria ficar trabalhando... se eu tivesse entrado aqui e não tivesse ido pra infantil. Porque na infantil você tem... a psiquiatra assessora. Você tem dificuldade você leva o caso pra ser discutido, mesmo que não seja paciente dela ela discute. Tem as pedagogas, que são excelentes também pra trabalhar dificuldades em aprendizagem, né? coisas que na sua formação tem menos que elas, né?. Então a gente se sente muito amparada. Então eu não tenho... digo, minhas queixas não existem essa em relação aos integrantes, porque a gente se sente bem amparada nesse sentido. Mas, também é uma coisa nossa. Eu não sinto nem competição entre nós. Eu acho que a competição aqui... se eu for falar em serviço público, no serviço público... desde que eu estou no serviço público é uma coisa extremamente acirrada. Éééé... agora qui eu acho assim, que a carência é tanta, né? trabalhamos com poucos recursos, com pouca atenção pra área de saúde do governo. A saúde mental não interessa muito aos políticos... quer dizer, a saúde mental não interessa muito, né?... aos programas políticos. Então existem mil programas de governo, vem governo, vai governo, a atenção pra saúde mental, neça, né? Não interessa muito... nem interessa, na minha opinião, ao próprio parente... de quem tem problema mental na família, de fazer essa demanda, né? É política da exclusão mesmo. Vamos fazer de conta que não existe e... e também não existe pro governo, né? porque ele só se movimenta na medida que existe uma pressão, né?. E não existe pressão nessa área. Então os profissionais, acabam meio que se unindo e enfraquecendo um pouco essa competição, sabe? Na terra do nada vamos dar as mãos e ficar meio junto, aqui, porque é o jeito. Se tivesse algum status como em algumas outras áreas do serviço público, eu acho que seria mais competitivo.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Eu estou de acordo. Como profissional eu estou... eu acho que é a solução, não é?. Acho que os hospitais segregam isolam, oferecem... poucos oferecem um tratamento integrado realmente... é muito difícil... já trabalhei em hospital psiquiátrico... é muito difícil trabalhar de uma forma multidisciplinar, né?... interdisciplinar, né? éééé... então não vejo porque. Mas acho, por outro lado, que vai ser muito difícil de acontecer, né? Apesar de ser a favor acho que é muito difícil. Por que? Justamente pela população que nós atendemos, né? Nós atendemos uma população tão... porque o rico já não vai pro hospital psiquiátrico, mesmo, né? Então... éééé... e quem é que pode hoje se dar ao luxo de ficar de enfermeiro com uma pessoa em surto em casa. É uma força produtiva... éééé... então são duas bocas a mais pra comer sem tarem produzindo: é o doente e o que tem ficado companhia para o doente. Então a família quer muito internar, não é? E as vezes não é só pela rejeição, as vezes é pela necessidade também, tem um pouco disso, não é? Quer dizer, "Como que eu vou ficar em casa cuidando do fulano?" Então eu acho que talvez, se os hospitais gerais ofereçam leitos psiquiátricos. Eu acho que vai caminhar meio por aí. Acaba o hospital psiquiátrico e ficam os leitos, os NAPS onde os pacientes possam passar o dia. Mas acho que é o caminho, sabe? Eu acho um absurdo que ter hospitais... não que seja muito... aquela política de exclusão, de nunca mais buscar o paciente, de asilamento, né? Eu acho que já vem... mas eu acho que é tudo muito lento. Eu não acho que todos os pacientes poderiam ser tratados em regime extra-hospitalar. Eu acho que os pacientes em surto... que não são críticos... A não ser que os hospitais gerais tenham leitos hospitalares, meeeesssmo... até sair da crise não é possível. Eu não sei o que aconteceria com o fechamento agora dos hospitais. Só acontecendo pra ver. Eu não sei... Essas coisas tem que ser assim, na marra. Vamos fechar pra ver o que acontece. Eu

acho difícil de prever se ia dar um caos aí ou se de repente se as famílias deixando de contar com isso, né? contando com a capacidade adaptativa do ser humano iam se moldar a alguma coisa. Eu não sei, viu? Eu não sei porque eu não trabalho com adulto. Eu vejo o movimento no PA aqui. A criança dificilmente é internada, né?. Em Curitiba não há serviço de internamento. Adolescente não tem. Teve alguns anos atrás uma ala infantil mas foi extinta. E não fez falta (ri) porque não interessa internar a criança.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Não.

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Delgado?

R: Conhecimento incompleto.

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvado Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

R: Não.

04) PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: É... as limitações são quanto, assim... quanto a espaço físico... situações, né? do... do ambiente de trabalho. Mas... não... Isso não impede... que eu atinja os meus objetivos de trabalho e as minhas metas. Dá pra contornar, né?... esse tipo de situação e adequa-las eeee... chegar ao objetivo. Éeee... o ambiente físico, a questão do, do local mesmo, ruídos, barulhos ventilação... né?. Nesses aspectos que não são nada adequados. Isso interfere. É...a questão do contexto, né? É... em geral, a questão... a questão do... do serviço... como posso dizer? Do serviço público, né? A questão de... de falta de... de recursos..., de... de limitações do próprio SUS, que todos sabemos. Medicação... a falta... o... no meu caso assim que eu trabalho com dependências, o risco que eu acho, até isso acabou de acontecer hoje. Eles é...pegam no PA essa medicação e depois eles ingerem errr... com álcool, com bebidas alcoólicas. Essa, é né? Essa interação, tem muito esse controle. As pessoas ficam esperando, né? durante muito tempo... pra serem atendidas... vamos dizer assim. O número de vezes que a gente pode atender éeee... no ambulatório, é mais restrito, é uma das razões que eu trabalho com eles num grupo, também, pra ter condições de dar esse atendimento semanal. Trabalho individual e em grupo. É uma questão de opção trabalhar em grupo. Uma complementação. Porque eu faço o atendimento individual, inicialmente, depois eu coloco essas pessoas em grupo. Porque eu preparo as pessoas pra ir pro grupo. Não vou simplesmente... elas marcam e vão pro grupo. A gente faz uma avaliação pra ver se ela está pronta pra ir pro grupo. Se ela quer ir, se ela não tem... pra você colocar o paciente no grupo, você tem toda uma série de coisas que tem que ser avaliadas, né? Não vou entrar aqui na parte técnica. Porque o senhor sabe mais do que eu, né? (rindo)... históricos... não pode colocar no grupo... toda essa avaliação é feita, né?... é conversar com eles. No momento que eles estão preparados eles vão pro grupo. E a gente também faz um atendimento com a família desses usuários. Então eu atendo o usuário e tenho um grupo de familiares. Foi uma opção minha isso, de fazer o trabalho dessa forma. Tive a liberdade pra poder escolher como que eu ia fazer o trabalho. Eu acho que um complementa o outro: o individual, com o grupo e com orientação de família de usuário. Eu acho que deve existir um bom treinamento e bastante prática durante a formação para lidar com pacientes de SUS. Até porque nós não trabalhamos em situações ideais. Então isso pode até... não ser um modelo. É preciso dizer, para quem se prepara, que trabalhamos assim, de forma que isso não interfira no tratamento. Você tem que ter claro pra trabalhar legal. Você tem que ter o mínimo assim de privacidade, né? pra atender a ética. Aqui consegue-se privacidade. Você tem que ter muito claro a questão do diagnóstico, né? Saber assim, o que é o seu papel, do psicólogo, o que é do assistente social, e o que é do psiquiatra. Saber encaminhar, vamos dizer assim, né?. Eu vejo, percebo que aquela pessoa precisa de medicação. Então eu tenho colega que me atende, né? Inicialmente foi difícil essa questão de eu poder ter...ter um paciente e que o psiquiatra atendesse essa mesma pessoa pra fazer o remédio. Mas isso tudo eu fui, busquei, conversei com os colegas... disse: "olha eu preciso, como é que vai ser? Vai ser através do PA, vai ser pelo ambulatório marcando uma consulta daqui a tanto tempo... então, quando é uma emergência eles atendem no PA. Quer dizer, eu busquei isso, né? dentro dos recursos com que eu podia funcionar, né?. Foi... uma coisa mais flexível, assim. É uma coisa muito pessoal. As pessoas até querem trabalhar de maneira interdisciplinar. Mas tem muita acomodação, né? Tem muito no serviço público...pessoas que pensam assim: " Ah! Eu vou lá. Vou fazer minhas horas. Vou atender, fazer meu trabalho e vou embora." Né? E não se preocupam e ver as outras possibilidades, os recursos que o serviço, né?... éeee permite. Como... Eu, eu uso muito o trabalho dos assistentes sociais. No caso assim, que tem éeee pacientes que... usuários de droga que moram em favelas..., em situação de risco, que não tem o dinheiro da passagem pra vir fazer o tratamento. Então nesses casos eu consigo, junto ao serviço social, vale transporte, pra ele, junto as prefeituras, pra que ele possa ter, né? conseguir o tratamento. Aqui, o relacionamento é mais fácil com a psiquiatria. São excelentes os colegas, assim, sabe? Orientam...entendem, né? as dificuldades que a gente tem, assim... Já com o Serviço Social, as dificuldades são até por questões pessoais. Eu não gosto do sistema de atendimento que elas pessoalmente fazem aqui com as pessoas. Eu gosto... eu acho que o ser humano ele tem que ser muito respeitado e muito... bem tratado, sabe? eu acho que mesmo trabalhando dentro do SUS, eu tenho isso comigo. Eu trato as pessoas com... com muito respeito... sabe? Ninguém sai daqui sem ser atendido. Eu sempre que eu posso eu dou um jeitinho, eu encaixo, eu converso...que nem essas duas pessoas que vieram aqui hoje, para o grupo de amanhã, né?. Eu dei uma palavrinha, e...eu procuro, assim, entender, que eles vêm de longe, que estão doentes...que eles estão precisando. Só uma palavra, muitas vezes assim, é reconfortante pra essas pessoas, né?...que eles foram atendidos...eu procuro atender muito bem. E muitas vezes eu não encontro isso no Serviço Social. É, assim... éeee... sabe? começam a postergar as coisas que podem ser resolvidas: " vamos deixar pra semana que vem, daí eu resolvo

essa questão do vale". Dai eu digo, não, vamos resolver agora, fazer o que tem que ser feito, em termos burocráticos, pra essa pessoa já ter essa resposta e tal. Nesse sentido. Uma questão minha

Não uso testes porque não tenho necessidade.

Em relação às características da clientela: Pra mim aqui o que? Eeee... Considerando a característica, né? especificidade da minha clientela, do dependente, a procedência... né? um complicador, um agente complicador, no sentido de que ele tem que ter um tratamento semanal. Então como é que ele vai... Vem gente da região metropolitana... de outras cidades... Então isso é um complicador (rindo). O ideal é de que as pessoas fossem atendidas em seu município. Nas cidades de origem.

Quanto ao processo diagnóstico não tem problema, porque o tempo é você que faz. Se você acha que tem que ter um diagnóstico e você não tem tempo suficiente você pede que a pessoa retorne. E tem aquela coisa do diagnóstico provisório. Tenho liberdade de administrar o tempo, sem pressões administrativas. O problema é pessoal. Mas a gente tem uma produção, né? Você tem um mínimo, né? que tem que atender por dia com o diagnóstico, né? E tem que ser assim, livre, se não você começa a fazer bobagem. Eu tenho meia hora para cada paciente, né? E fora, assim as conversas, quando eu faço um atendimento, assim, sabe? mais social, né? fazer um vínculo pra eles retomarem nos grupos, nesses casos que vieram hoje, ou quando a família vem, que você orienta, não adianta... "Nossa! Se a senhora não atender o meu filho hoje ele não vem mais, porque já foi difícil de trazer..." Olha senhora, aqui a gente ajuda quem quer ajuda, não é? Não adianta eu pedir ou ficar convencendo seu filho a se tratar se ele não quer. Então... eu vou conversar com ele hoje, o grupo é amanhã...né?. E se ele tiver vontade de se tratar ele vem. Então é questão da comunicação mesmo, né? que tem que ser bem... A questão do remédio pra mim é um complicador como eu lhe falei, não é? As vezes eu atendo pessoas assim... com depressão... importante que eu percebo que ajudaria, né? Uma medicação, e tal... E até eu sei, enquanto psicóloga, que aquilo seria bom, mas eu... não... não é minha área e eu não mexo com remédio e nem ousa sugerir ao psiquiatra que tipo de medicação. Só solicito, né? avaliação médica e possível medicação como um auxílio à minha psicoterapia. É muito complicado, porque daí eu não tenho pra quem mandar. Daí eu... daí eu falo pra essa pessoa, assim, por exemplo: "Olha o senhor vai conseguir esse remédio... no ambulatório não tem vaga..." O que é um complicador, vagas pros psiquiatras, não tem. Pros psicólogos também não tem. Isso também é uma das razões que me levam trabalhar em grupo, pra poder atender, né? uma demanda maior. Mas não esquecendo daquele critério, né? que falei no início. Ai eu preciso da medicação e... ou ele tem que esperar ou... 20 ou 30 dias pra conseguir um horário no ambulatório. Ou ele tem que vir 6 horas da manhã e ficar no PA pra ser atendido pelo médico. Não se trabalha de maneira interdisciplinar. É uma queixa de todos. Esse PA é um problema e é uma solução. Pra mim o PA resolve, né?, ele acaba fazendo o papel do ambulatório, e individualmente, caso a caso, assim ele... também resolve. É que os profissionais... os colegas são bacanas, como que eu vou ficar... Medicação, né? Que eu acho, mas não é da minha área, não sei se me cabe falar isso. Mas sobre a medicação que eu percebo, eles tomam... todos tomam as mesmas coisas. O que tem aqui. Padrão, né? Fornecimento da SIMEPAR, né?... Pra todo mundo... falta medicação, mas é um repertório restrito, padrão. E eu não sei se isso interfere na melhora das pessoas... se a minha terapia depende dessa medicação...se fossem remédios mais modernos...antidepressivos mais modernos, assim e tal, e se isso não ajudaria mais... Prozac...

Eu faço o que eu gosto. Eu que escolhi trabalhar com dependentes. Eu sou apaixonada por isso. Eu acredito na reabilitação das pessoas. Tenho muito empenho. Trabalho também muito com a minha... com o nível de minha frustração, porque eles recaem, né?. Mas eu venho trabalhar, assim, muito... muito alegre, e com muita vontade. Não é frustrante isso aqui pra mim. Pelo tipo de atividade. Não pelo salário. É que minha motivação é pessoal e pelas respostas que esses... que os seres humanos me proporcionam. Trabalho que eu consigo fazer com eles. O que a gente ganha depende de algumas coisas. Mas a gente ganha em torno de 1000 reais por 8 horas. Mas temos a liberdade de reduzir o tempo.

A questão dos recursos terapêuticos, isso aqui é problemático, né?

Não há integração funcional, não há. Porque não se tem tempo. Não se tem reuniões, reuniões clínicas. Só quando surgem problemas é que as pessoas se reúnem para... mas não assim como uma coisa periódica.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Desospitalização...Eu acho assim...que pra, pra ser...tem...tem que se avaliar isso em vários contextos, sabe? O doente crônico, mesmo, de hospital, assim, que já tá quinze vinte anos nos hospitais. Que não tem família..., eu acho isso...é muito complicado. Porque...né? ele toma-se um peso, e todo mundo sabe isso. Depois tem aqueles projetos do governo, não sei se chegou a funcionar. O PAGES, né? de se levá essa pessoa pra família e o governo pagar...Era um projeto do governo onde ele tiraria um paciente crônico do hospital e ele levaria pra comunidade, pra família, e eles pagariam um salário pra essa família cuidar dele. Isso aconteceu em São Paulo lá, aqui eu acho que não chegou a acontecer e acho que isso não pegou. Isso faz uns...3 anos que estavam falando nisso, né? eu tava acompanhando a comissão de política de saúde mental, depois não sei como é que ficou. Agora... eu acho que...sabe? a desospitalização tem que acontecer na medida em que as políticas sociais e os vários segmentos possam receber e atender esse doente. Porque se a gente já tem problemas sociais: tem miséria, de pobreza, de menino de rua, de, né?... de favela, ainda... mais,... tirar essa pessoa e colocá-la na comunidade. Em que medida que eles vão poder atender? Será que isso é prioridade...pro governo, a saúde mental? Nunca foi. Até hoje eu não vi () nenhum governo, nenhuma política em que eles dessem prioridade pra saúde mental. Coisas que dêem votos pra eles, que apareçam mais, que sejam mais aceitas, sabe? como distribuição de...de coisa...nessa visão mais assistencialista. Ou até a tratamentos assim, vamos dizer, que eles encham caminhões e mostrem que tem remédios, que tem sexta básica que tem...que equiparam o postinho,... isso dá voto. Agora pegar e fazer um trabalho assim com essas pessoas que estão no hospital isso não vai nem aparecer. Não há dúvida que sempre tem o dedo de políticos, muita ideologia aí. São também empresas que tem interesse, né? Não tenho medo, mas eu só acho que os pacientes vão sair, não vão funcionar, não vão ter onde ficar essas pessoas, sem condições humanas, vão acabar retomando. E talvez não seja o momento de acontecer isso, porque não tem estrutura pra acompanhar esse...eu imagino. Mas que seria ideal que acontecesse isso, seria, só que eu, eu temo que não tenha suporte. Que a comunidade não tenha suporte. Mas eu sou a favor.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Eu tive acesso pela Secretaria Estadual de Saúde por participar da Comissão de Política de Saúde Mental.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Delgado?

R: Eu não conheço na íntegra. Na palestra do Dr. Franco, eu tive curiosidade e vi alguma coisa.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

05) PSICÓLOGO, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Em princípio o que eu vejo que poderia, talvez, ser uma limitação, eééé... seria o paciente mal triado... né?. Porque eu não faço diferença, né? daqui... do consultório particular... não, eu estou atendendo um sujeito, aquele é um sujeito... tá? Então eu não tou me importando com o tempo... não tou me importando com nada. Não tou me importando com a fila de espera ou que não tenha... tou é muito preocupada com o sujeito que tá aí na minha frente. Desde o momento que eu tou aqui e tem paciente eu vou atender. Por isso que eu acho, assim, que eu não tenho muita... muita... né? Se o sujeito veio até aqui, está precisando... como posso te dizer... as vezes acontece que o indivíduo, o paciente de APAI que já, não é? Tem uma seria dificuldade. Mas eu não posso falar muito porque eu to chegando agora, não tem um mês que tou aqui. Posso falar isso mais é de onde eu trabalhava que era lá Ponta Grossa, né. Lá acontecia de vir um paciente de APAI, né? um paciente psiquiátrico que não sabe nem porque tá lá. Dai não tem condições... né? Em caso contrário não consigo... pensar em limitação. O meu trabalho, não o trabalho no serviço público. Porque eu também eu também... eu fico aqui. Eu não vou lá na frente. Não sei o que está acontecendo lá. É uma postura cômoda pra mim. Porque eu já me angustiei muito com essas coisas, não é?. Então hoje eu fico aqui e não quero saber o que tá se passando lá. Eu imagino que um paciente lá tenha muitas dificuldades, que muita coisa esteja acontecendo lá fora. Então eu não quero participar. Foi minha solução. Não tem assim nenhuma dificuldade... O eu que mais me incomoda é o paciente chegar e não ter atendimento na hora, né? Veio de Castro... veio lá de Jaguaraíva, tem vaga atende, não tem vaga espera... faz esperar um pouquinho. Porque eu acho um absurdo o paciente vir de tão longe e ainda tê que voltá. Essa é uma das coisas que eu acho muito angustiante, né? Esse descaso, digamos assim. Então as vez o profissional falta e não avisa... Eu não faço isso. E sei que isso acontece. E eu fico muito braba, né? Esse tipo de situação eu acho muito ruim. Eu acho que tempo não é problema. Meia hora dá prá trabalhar bem. Eu faço o meu trabalho, né? Eu acho que a minha angústia que me causa... não interessa o que está acontecendo lá na frente. Por causa disso, né? Eu acho que é pior no serviço público que ficar esperando e não ser atendido. Você ficar brigando pelo que acontece lá fora? Aqui dentro eu faço o meu trabalho bem feito, né? Na realidade o que eu consegui percebê pelo tempo que eu tenho no serviço público, não só em Curitiba, mas em outros lugares, o que importa é o número. O que importa é você atender muitos pacientes, tendo assim um número grande de pacientes. Aqui eu não sei como é não. Mas imagino que em termos gerais há a propaganda política que diz "tantos pacientes atendidos... tantos larará, larará, larará..." o que importa aos políticos de governo é isso, né?: quantidade. Há muito interesse político nas coisas da saúde mental. É muito usado coisas políticas ao se planejar os cuidados com a saúde mental. Apesar disso eu me gratifico. Eu vejo que o paciente cresce... e isso me gratifica. Eu já venho de uma linha psicanalítica. Então eu não tenho que resolver os problemas do paciente. Eu tenho que dar o suporte para que ele mesmo resolva sozinho, né? Então se ele está sem emprego, eu não tenho que dar emprego prá ele, né?. Se ele está sem escola eu não tenho que dá escola pra ele. Tenho que dá... ajudá ele a fazê isso sozinho. Então nesse sentido essas coisas não me preocupam.

Não... não... não tenho dificuldades diagnósticas porque como eu disse eu tenho o tempo que eu quiser. Não aplico e nem solicito testes psicológicos. Tive alguma dificuldade com questão de medicação, difícil numa situação conseguir do psiquiatra a ajuda.

Aqui eu pouco posso dizer sobre as dificuldades. Como eu disse estou só há um mês aqui. Acho que se eu precisar ajuda eu vou pedir pra assistente social, pro psiquiatra. Se há interdisciplinariedade eu não posso falar, não tive tempo de ver isso. Nunca pensei muito nessa questão.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Éééé... é tudo aquilo que eu falei pra você né? Se houvesse uma disponibilidade dos...do profissional, nós aqui, no ambulatório, eu não vejo porque não poderia ser...mesmo porque da maneira como eu vejo a psicose não tem porque internar o paciente... né?. Ele pode muito bem fazer a psicose e ser atendido no ambulatório e ir pra casa. Pode-se muito bem tratar um psicótico sem precisar internar. Se for um bom profissional. Eu vejo que seria uma coisa tranquila desde que tivesse profissional preparados pra receber esses pacientes. Quanto paciente psicótico que a gente atende em consultório em conjunto com psiquiatra, né? faz a medicação a gente faz o acompanhamento. Eu acredito que, com certeza, eu acredito que é possível tratar dos pacientes só com os recursos extra hospitalares. Com certeza, eu acredito nisso sim, podemos prescindir de hospitais psiquiátricos. Com alguém orientando a família também, né? É preciso ter todo um preparo. É preciso ter uma equipe preparada pra isso. Se há essa equipe eu não tenho certeza. Eu ouvi falar que aqui tem alguém que trabalha de maneira multidisciplinar. Como eu disse eu entrei agora.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Pode ser até que eu conheça. Mas não sei dizer...

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal N° 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

PSICÓLOGOS – HOSPITAIS

01) PSICÓLOGO, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Em nossa estrutura atual, talvez a maior dificuldade que a gente tenha é um trabalho de equipe, realmente. A gente tem... dentro do setor, a gente tem se reunido constantemente para tentar padronizar cada vez mais nosso trabalho, com reuniões. Tentando padronizar. E tenta padronizar. Por exemplo tratamento em grupo. Hoje a gente chama simplesmente de atendimento psicológico em grupo o que antes era grupo psicoterapêutico. Então, pela estrutura que a gente tem, no hospital, é muito difícil a gente montar um trabalho como se fosse um grupo psicoterapêutico. Porque a gente não tem um trabalho de equipe, não tem nem como reunir todos os pacientes ao mesmo tempo. Por exemplo, a gente está na sala de grupo, metade dos pacientes estão isolados em outro local. E outros em outro, ficam isolados. Porque estão lavando um local intermediário, sem nos avisar. Até reunir todos os pacientes fica difícil. Então a estrutura atual atrapalha bastante o desempenho da nossa função. Além de a gente não poder ter um trabalho de equipe, ter uma reunião clínica conversar sobre os pacientes. Eu vejo assim como uma coisa muito difícil. A gente trabalha mais por amizade que a gente tem com os outros profissionais. De manter um contato informal. Mas sem esse retorno de um trabalho de equipe é muito difícil. Porque a gente não faz, na minha visão, realmente um trabalho de equipe, em nossa instituição. Faz um trabalho isolado. Todas as áreas fazem o melhor possível em sua função, mas a gente não tem uma integração que possa funcionar não só como um hospital mas como uma comunidade terapêutica. Eu acho que cada hospital tem um tipo de dificuldade específica. A gente ouve que tem hospitais que tem uma integração melhor e outros não. Mas na medida que se tenha um hospital com um espaço para livre discussão a gente possa chegar assim a um senso comum, cada vez mais. Dentro de um trabalho multidisciplinar.

Trabalho 8 horas e atendo 84 pacientes. Dizer que eu faço um belo trabalho, é impossível. Atende-se o maior número possível individualmente. A maioria é grupal. É uma carga de trabalho muito grande. Há um grande número de pacientes, poucos profissionais. Há uma dificuldade de dar tempo para o paciente. A gente não tem tempo para estabelecer um bom relacionamento.

Nos últimos três anos não mudou muito a situação. O que eu senti estando há anos neste hospital, mudou a penas a rotatividade de paciente. Uma velocidade muito grande Uma coisa impressionante. O hospital sempre lotado. Pacientes novos e antigos. Nunca mais vi o hospital com vagas. O hospital melhorou em computadores e administrativamente. Mas, não acompanhou a necessidade.

Eu acho que não só a lei possa mudar alguma coisa. Pelo menos eu. Eu sou uma pessoa mesmo que também autônomo, não sou eu que vou investir nisso e sim os empresários. Na minha visão teria que melhorar, além dessas leis, o investimento no setor. Não só aumentar a diária do hospital. Mas os ambulatorios os NAPS sejam realmente meios de ganho para os empresários. Dai possam oferecer um serviço de qualidade. Senão eles vão contratar mão de obra barata, menos especializada. E a população vai ser mal atendida.

Ganha por 4 horas. 400 reais por mês por 4 horas. tem triênio. Chega próximo de 400 reais, com insalubridade, com descontos daria 400. (4 horas, 5 dias por semana) 380.

Não se sente gratificado. Trabalha-se mais pelos pacientes.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: É... Em termos até teóricos eu veria como positiva qualquer tentativa de mudança, no sistema de saúde mental. Mas talvez para nós psicólogos, preocupa de que maneira poderemos nos inserir nessas mudanças, né... porque parece que o financiamento em relação ao estado, né... em relação por exemplo ao NAPS, ao Hospital Dia é muito pouco. A gente depende muito do empresário investir nesse setor. Na minha visão parece que o empresário tem pouco interesse de investir, no momento, talvez pela baixa remuneração que o... o próprio INSS. paga. Pra nós, a gente depende mais do empresário que possa investir nesse setor do que a gente mesmo. Eu que trabalho dentro de um hospital psiquiátrico né? eu veja que é uma ponta. Existem pacientes que se beneficiam com o nosso tipo de instituição. Mas o que falta realmente é ambulatório, locais de bom atendimento. Então, qualquer tentativa, realmente, eu vejo, como benéfica. Mas, assim, até agora não estou vendo resultado mais, assim, prático. É isso (silêncio). Quanto a fechar hospitais... Olha, depende. Eu não acredito que possa fechar, cada um dos serviços tem seu espaço específico. Então, o ambulatório um tipo de atendimento que a gente tem ao paciente, né. O NAPS é pra um tipo de clientela e o hospital psiquiátrico tem seu tipo de validade. O que acontece, hoje, né? é que a maioria dos recursos são voltados para a área hospitalar, ao internamento. Na medida que se tiver outros locais, né?, de atendimento, vai complementar um vazio que existe até então. Na verdade o que existe né? é uma política voltada até então para a hospitalização.(silêncio) Eu acho necessário o hospital psiquiátrico. Um paciente em surto poderá ser levado a uma enfermaria psiquiátrica de hospital clínico. Mas haverá pacientes que precisarão de um hospital psiquiátrico. Um ambiente mais fechado. Talvez diminuam os leitos Na minha visão, né?. Talvez até diminuam os hospitais. Mas eu vejo ainda como uma coisa necessária. Faz parte, pra mim, de um sistema todo. Que inicia desde um sistema profilático na comunidade até um sistema de tratamento, seja ambulatório, NAPS ou hospital. Eu não vejo por exemplo que toda uma reformulação possa tirar o hospital psiquiátrico. Eu não vejo como um vilão não, aí, o hospital psiquiátrico. Eu apenas o vejo, neste momento, né? como o centralizador porque os outros, né? locais de tratamento não existem. (silêncio) A instituição de NAPS como no Pínel, Ômega, Afetiva, e outros que virão, não vão diminuir a chegada de paciente pro hospital. Não, na prática não. Na prática a rotatividade é grande. O hospital está sempre lotado. Eu tenho 16 anos neste hospital, em 16 anos de formado. Acompanhei as mudanças. Anos atrás tínhamos um número grande de pacientes crônicos. Hoje a rotatividade é maior. O que eu tenho notado unicamente é um aumento de rotação. Parece que os locais de tratamento, nestes anos que eu trabalho, não aumentaram. Embora possam existir outros locais tipo NAPS, tal, né? Mas os ambulatorios diminuíram. Então parece que, a população cresceu enormemente, né? A gente nota que o atendimento não acompanhou. Esses pacientes ficam perambulando de hospital em hospital, na minha visão. Mas... não ficam tanto tempo aqui mas devem estar rodando. Os crônicos não tem condições, são doentes de muitos anos, não tem condições de ir para o NAPS. Os pacientes crônicos ficam perambulando. Não está absorvendo essa população hospitalar. Os pacientes crônicos... a gente vê pela história de internamento que eles não vêm de NAPS, eles vêm de outros hospitais.

Há um lado político da coisa. Uma tentativa. Parece que alguns políticos utilizam o louco como bandeira de luta. Geralmente a pessoa do louco, que tem a cidadania talvez menos garantida. Então, em nível, assim, (ri) político, é muito interessante utilizar. Agora,

tem um lado técnico da coisa que é pouco visto. Como eu vejo. Por exemplo, nunca me chamaram para discutir. Eu trabalho a anos com paciente psiquiátrico. Nunca fui perguntado sobre isso. Embora façam as reuniões livres para as participações para as discussões, mas não há um consenso maior.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Não, de número não?

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Mas soube numa reunião.

R: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Delgado?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Fiquei sabendo numa reunião.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvado Fier, o Dep. Rosinha?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Também soube na reunião.

R: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Soube porque fui à uma reunião.

02) PSICÓLOGO, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Eu acho que o que vem dificultando um pouquinho éééé... o entrosamento da equipe..., não existe um trabalho em conjunto, na verdade a gente trabalha éééé... meio individualmente com o paciente, as vezes a gente não sabe o que o outro profissional pensa, não é?... do outro setor, o que éte acha, né?... e a volta que ele está dando pro tratamento do paciente..., acho que as vezes seria interessante eeee... discutir isso né?... com o médico... com o assistente social. O médico com o psicólogo, o psicólogo com o médico, não é?... Essa interação que eu acho... importante e que dificulta um pouquinho o trabalho. Éééé... as vezes você está conversando com o paciente, você pergunta alguma coisa, você fala... alguma coisa pro o paciente, que o médico falou diferente, ou que o médico falou mas que o paciente entendeu diferente. Por isso seria interessante que pudesse haver essa troca, né?... pudesse ser conversado. Eu acho que isso dificulta um pouquinho o nosso trabalho, deixa muito solta a coisa, fica meio esquisito trabalhar dessa forma.

Ammmm... que mais...? Eu acho que existe alguma coisa... um limite grande do trabalho na questão espaço, éééé... a questão física do hospital, né?... Não tem como trabalhar, não se dispõe de salas, né?... não há treinamento dos profissionais funcionários. Começa pela servente, né?... você está atendendo, não há sala, não há respeito, né?... com o teu trabalho... entram, aí limpam a sala; a manutenção entra pra tirar... éééé... objetos que estão na sala. Então há uma falta de respeito... nesse sentido, né? Você está fazendo o teu grupo, e entra enfermeiro para tirar o paciente pra fazer barba. Quer dizer... as vezes eu me questiono... porque deve haver prioridade né? Você está dentro do hospital precisa atender o paciente que precisa ser atendido. Mas é dessa forma com que é... conduzida a coisa. Eu acho que falta...essa é uma coisa grave e bastante séria. Falta treinar e formar, conscientiza, sabe?... o servente, o auxiliar, atendente de enfermagem... e outros profissionais (rindo) também, do que que é o trabalho, né? Como é que é feito o trabalho, principalmente o trabalho do psicólogo, né?... que é um trabalho assim, que não é reconhecido... que o psicólogo existe na instituição para conversar com o paciente, mas não sabe exatamente o que, né?... e por que também. Então as vezes enfrenta-se a dificuldade que é da seguinte forma: o paciente tem o seu surto, tem seu problema... aí... aconteceu comigo, já, né?... chego no posto e falo: ah! então chama o paciente, lá, ele já está melhor... já está dando pra conversar com ele, "até já dá" (fala do enfermeiro) então chama ele pra mim, pra conversar um pouquinho. "Éééé... olha acho que não vai adiantar o paciente, eu já conversei, já falei com o paciente, acho que não vai adiantar" (fala do enfermeiro)... Então o nosso trabalho fica mais ou menos como o dele... entendeu? O do psicólogo, mais ou menos como o do enfermeiro? Ele vai conversar com o paciente, vai resolver, e o psicólogo... daí? Qual a função dele, a do psicólogo, né?... na instituição? Então acho... que são os problemas que eu mais enfrento, são esses, nesse nível, nesse setor assim: errr... falta de reconhecimento do trabalho, é uma coisa complicada. Mas nesse tempo que eu tô no hospital, eu acho que a gente já conseguiu, assim... um progresso. Eu procuro falar bastante do meu trabalho, até que eles possam me entender. O que é que a gente faz aqui dentro. Que é uma coisa complicada, até a gente questiona. Pra que a gente foi contratada? O que que a gente faz aqui dentro. Acho que a coisa é por aí, mais ou menos. Tem outros problemas aí, outras coisas... também. Eu acho que no momento o que é mais importante... pra citar é isso. Eu sou meio revoltada, sabe? Com essa desconsideração com o trabalho, sabe? Com esta falta de respeito até que existe com a gente como profissional. Outro... dia eu tava andando no pátio, estavam lavando... são pequenas coisas assim, mas que até te irritam... tava andando no pátio e uma servente lavando a catçada molhou toda a barra da minha saia, molhou mela, sapato. Uma coisa... uma ignorância assim... uma coisa pobre... mas até compreensível né? Apesar disso. São coisas assim, de você como pessoa até... daí depois vem você como profissional... mas primeiro você como pessoa... está longe do profissional ainda, mas é uma... uma falta de consideração mesmo.

Com relação ao diagnóstico não vejo problemas.

Com relação ao tratamento, a gente vai conquistando espaço e fazendo o trabalho. Acho que não tenho muita coisa. Com relação a isso não. Dá pra desenvolver o trabalho, é bem flexível isso. Tem, dentro do hospital, essa condição de fazer o trabalho de montar. Nosso supervisor é uma pessoa flexível, ele deixa bem aberto, é possível realizar o trabalho, estudar bem os casos, discutir isso. Éééé... é possível. O que é preciso fazer é supervisão, discussão de caso, né? pra enriquecer o trabalho. Tudo isso tem que ser feito fora. Isso é uma coisa pobre, eu acho. Podia ser discutido aqui, não é? Podia ser discutido aqui. Mas não, tem que ser feito, pra enriquecer, tem que ser feito fora do local do trabalho. Mas é possível fazer um trabalho sim.

Testagem é uma coisa bastante interessante, mas que eu saiba, a nível nacional é muito pouco utilizado em hospitais psiquiátricos. São poucos os hospitais que dispõem desse recurso, de testagem. Nós não utilizamos, mas acho bastante interessante. Já a entrevista, nosso recurso diagnóstico, dispomos de tempo de acordo com o interesse de cada profissional.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual é a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: O que me preocupa... ééérr... onde é que esses pacientes vão fazer seu tratamento... se isso vai acontecer realmente. Se a gente tem estrutura para atender lá fora. Não está se montando locais de atendimento pra esses pacientes, que hoje estão em regime hospitalar. Estão internados há muito tempo; que vem com uma história longa de internações. Onde é que vão ser atendido esse paciente? Isso é uma coisa que me preocupa. Vai ficar na rua? Gerando um caos social? Onde é que vai ser atendido. É uma coisa que me preocupa. Eu acho que não dá assim. Tá se jogando tudo pro alto, fazendo a maior confusão, a partir daí não tá se trazendo nenhuma solução. Tá fazendo o... o que está sendo feito é uma confusão grande, né?...com esta situação. Não sei o que vai acontecer, tenho as minhas dúvidas aí. Nosso hospital não está tomando nenhuma medida. Estamos com o nosso atendimento tradicional, antigo, nada de novo. [silêncio] Bom, eu acredito no meu trabalho [rindo]. Eu acredito no meu trabalho... Eu posso estar sendo ingênua, até. Mas, eu acho que o hospital tem que continuar existindo. Eu conheço outros hospitais. Minha realidade é essa. É ruim, tem uma série de coisas que precisa ser consertadas, mas é possível ser feito um trabalho... Eu acho bastante difícil acreditar que fechando os hospitais a gente achar outras saídas. Mais interessantes. É preciso uma reforma geral para que isso possa acontecer. Eu particularmente não acredito nisso: essa reforma, assim, oficinas, um trabalho a parte. Eu acho que ainda está longe de acontecer isso, com essa intenção. Seria bonito ver isso funcionando dessa forma. Mas eu não acredito, que venha acontecer. Pode ser que daqui há alguns anos né? me surpreenda. No momento eu acho que não é muito bom. Éééé... Eu acho que não deveriam ser fechados. Eu acho que iria bagunçar demais. Ia ter muito paciente, dando sopa por aí, as famílias não tem condições de dar a sustentação para esse paciente em casa. Não ia ficar... essa história de leva pra atendimento em hospital dia de manhã busca a tarde. Não vai funcionar, não funciona. A família já deixa o paciente... err, jogado dentro de uma instituição psiquiátrica. Peca com isso? Peca. A gente procura fazer um trabalho com a família pra ela se conscientizar, mas agora, longe, seríamos muito pretensiosos achando que a família iria absorver tudo isso que está sendo dito, ou vai mudar sua forma de se portar e se conduzir com o paciente. Olha acho que é um pecado.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Delgado?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não. Não detalhadamente, né? O que a gente sabe é o que se diz. O que se discute, aqui dentro. Na verdade não há uma ignorância completa (rindo). A gente está, assim, conversando, discutindo alguma coisa, com os profissionais da área. Mesmo fora. Mas eu não sei exatamente do que trata, do que aborda, assim, na íntegra. Não posso dizer que seja conhecedora a fundo.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não também, não sei. Estou por fora.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

03) PSICÓLOGO, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: A minha experiência com hospital psiquiátrico, assim, apesar de estar há pouco tempo formada, vem há algum tempo desde o momento que entrei na universidade e comecei a fazer estágio em hospital psiquiátrico. Minha experiência foi então em unidades e alas onde os pacientes são do SUS. Eeee..., dificuldades, assim em termos... de hospital, eu tive uma experiência maior, pelo pouco tempo que eu ainda estou aqui neste hospital, foi no Hospital Bom Retiro, né? com pacientes masculinos e femininos. Em termos de... benefícios, eu acho, do estado do SUS..., eu acho que fica assim muito a desejar, né? Isso eu acho que toda a questão do nosso país. Mas, por outro lado eu acho que dependeria do profissional, o que a gente se dispõe. Eu acho que depende do que o profissional se dispõe, também, a fazer aí, né? no seu trabalho..., né? Naquilo que ele acredita. É difícil? É difícil por causa das condições, né? que se oferece, né? em termos de SUS. Mas se a gente tem algum objetivo mais definido do que quer, com os pacientes, e também do..., e eu vejo muito pelo meu lado, muito esse desejo desse trabalho. Então o pouco empenho que existe aí. Claro que a gente vai enfrentar, assim, os pacientes que vem de uma faixa que tem muitas outras dificuldades. Que além do problema mental tem toda uma série de dificuldades sociais, com a família. Muitas vezes a família não consegue nem visitar..., a família interna no hospital, justamente até por, claro, não que vá se internar sem necessidade, mas chega aquele momento que a família não aguenta mais, e põem lá dentro do hospital e fica..., ali, o paciente fica ali abandonado, né? Isso é..., são algumas coisas assim que eu acho que impedem um pouco quando a gente quer fazer um trabalho mais..., aaaa, envolvendo mais aaaa... família assim, mais o todo. Não ficando só no paciente, esse que tá lá. Claro que é aquela pessoa que a gente vai poder, né? trabalhar, ou talvez é por ali que a gente vá começar as coisas..., né? Tratar é poder se manter um pouco mais fora. Porque eu vejo, pelo que eu tenho observado, muito reinternamento de pacientes, né? do hospital pro outro. Tem uns pacientes que ficam girando de um hospital pro outro. Sai dum e vai pro outro. Que não tá conseguindo se manter muito fora. Então... isso é uma coisa que eu fico me questionando muito, né? no trabalho aí. Que será que tá sendo feito... até onde a gente tem que lidar com a impotência da gente, nesse trabalho todo? Né? En... tão esse é um dos fatores que influencia bastante. Eu tive uma pequena experiência num hospital da França onde existia um sistema de saúde diferente. Onde lá o paciente, o doente mental, ele tem uma ajuda de custo do Estado. E eu vejo como isso faz diferença, uma ajuda de custo que realmente, assim, tem um certo peso aí, né? Então tem mais condições, né? financeiras até, pro próprio trabalho, os recursos eu acho e das pessoas que trabalham..., com eles. Então, um dos

impedimentos maiores que eu acho que tem, é esse. As condições financeiras..., né? da onde a pessoa vem..., as dificuldades pros familiares chegar no hospital, visitar, e até dar uma ajuda extra no tratamento.

Quanto ao diagnóstico, assim, em meu trabalho, eu acho que isso é uma outra coisa que me preocupa assim é a de fechar muito os diagnósticos. Outra coisa assim, que eu observo, é quando o paciente é internado e que vai direto olhar o diagnóstico que está ali. E daí se fechar muito naquele, naquilo que tá escrito no prontuário, e deixar de até de conseguir ver outras coisas, ou de questionar mesmo. Será que é isso, ou será que é aquele outro diagnóstico, se pode ser mudado. Eu vejo muitos psicólogos, que pegam o prontuário com o diagnóstico médico e se fecha naquilo ali, em cima do diagnóstico médico. E esquece de ver o seu quadro, né? a sua função ali, o diagnóstico psicológico ali, né? O que que tá envolvido emocionalmente? O que que fez...? O que que aconteceu...? O que que desencadeou...? Né? Um surto, ou uma agressão... O que que trouxe aquele paciente, né? pra dentro do hospital Nunca..., pode classificar, sei lá, é um paciente paranóico, é um paciente histérico. Enfim, acho assim que isso não é o mais importante aí. Mas é ver o que que pode fazer pra ajudar?... esse paciente... junto com a família. Se vai atender o paciente junto com a família ou não. Depende daí do funcionamento de cada um. O que que pode ajudar pra que essa pessoa melhore e talvez possa se integrar na sociedade sem ter que tá se internando. Então esse é um aspecto que eu acho importante, e que deve ser observado. Como vai fazer se vai ser com atendimentos individuais se vai ser em grupo... isso aí eu acho que é uma consequência que depende do jeito de cada um. Mas eu acho assim, a primeira coisa que eu levo em conta é que ali tem um sujeito... e que dá pra fazer alguma coisa. E assim com todas essas dificuldades que a gente vê..., de SUS..., e de..., né? todas essas carências, mas a primeira coisa que a gente vê é que ali tem um sujeito. A própria barreira, assim, que eu percebo, assim..., "ah, psicóloga...", "não tem...", "não, o remédio ajuda", o que eu canso de ouvir: " não o remédio ajuda", "eu tou aqui pra tomar remédio" "eu não tou aqui pra falar". E daí, uma coisa que eu coloco muito pros pacientes, até exemplificando assim, "você pode não falar, e vai guardando coisas, vai guardando coisas..., né? Vai tomar o remédio que vai ajudar, mas sempre em algum momento estoura em alguma coisa. Quando você não fala acaba quebrando uma vidraça, agredindo uma pessoa. Talvez se conseguindo falar um pouco mais evitasse algumas coisas nesse sentido." Acho que a questão cultural é ainda muito forte. Claro, eeee aqui eu tou muito pouco tempo ainda aqui nesse hospital. Então eu tenho muita referência de um outro hospital que tinha psicólogos e médicos que tinham um trabalho em equipe muito grande. Então eu acho esse, trabalho, eu posso falar mais disso, porque minha experiência maior é lá. E, então existe um trabalho em equipe aonde a gente tinha um valor muito grande, o psicólogo, ali. O psicólogo faz um um trabalho de grupo aonde o grupo é dele. O médico faz mais a função da medicação mesmo. Não que ele também não faça grupos terapêuticos. Têm até psiquiatras que fazem grupos terapêuticos. Mas o grupo é do psicólogo. O psicólogo tem, éééé..., ajuda na alta... por exemplo. Ele define a alta. Ele discute junto com o médico a medicação. "Como esse paciente tá?" por exemplo "Ah!, ele tá mais agressivo, agora ele está um pouco mais impregnado. Parece, será que teve alguma coisa? ele foi de licença, fez uma receita, não voltou bem". Toda...toda essa função que o psicólogo faz, né? nesse caso. Daí as reuniões de equipe são com o psiquiatra, com a psicóloga, com a servente, com a enfermeira. Com todas as pessoas que tão envolvidas nesse tratamento como um todo, do..., paciente, né? Então eu..., parece que funciona bastante, porque daí não existe uma atuação, assim, muito de poder..., né? O médico é o que pode, o psicólogo pode um pouco menos, porque isso eu acho que não é muito comum. Exatamente eu vejo o contrário, né? Pelas experiências que eu tive, o, o trabalho do psicólogo fica bastante truncado. Pelo descrédito mesmo. E daí eu não eu diria que esse descrédito lá porque o médico fala. Eu acho que é uma coisa de o psicólogo ocupar o seu espaço e mostrar o seu trabalho. Então eu acho que nesse sentido, funciona muito, ajuda muito, esse trabalho de equipe pro..., pra melhora do paciente. Aonde é feito grupos terapêuticos..., aonde tem atendimentos individuais com familiares. Isso tudo é uma função do psicólogo nesse hospital. Fazem grupos informativos com familiares. Pra informar as coisas mais gerais do combinado do hospital. Aonde..., tem assistente social. Mas é um trabalho que funciona muito em equipe. Eu acho assim, pra esse trabalho funcionar em equipe só tendo reuniões como tem, né? nesse caso. Porque senão..., eu me lembro quando comecei, né? nessa instituição, quer dizer: "como tem reunião aqui!". Daí eu comecei a perceber, que realmente, só funcionava daquele jeito porque tinha muito..., porque tinha essas reuniões. Pra poder integrar e colocar mais com prioridade o paciente. Tudo em função da melhora desse paciente. Através de comissões, das atividades em gerais. Então existe uma valorização, eu acho assim, bem grande do trabalho terapêutico. Assim, por todas as pessoas, desde o médico, até a enfermeira..., e aonde tem, assim, um trabalho bem eficaz..., em termos de enfermagem, também, apesar da rotatividade. E eu vejo muita preocupação mesmo com a melhora do paciente, né?. E os grup..., esse trabalho de grupo..., é aonde o paciente se coloca muito. E começa a ver que ali tem outras pessoas, que ele não é o único que tem os seus problemas. Que tem outras pessoas também com problemas semelhantes, né? É um trabalho interdisciplinar. O psicólogo não medica. Isso é uma coisa que tem que ficar bem claro. Porque, pra mim não é função do psicólogo medicar. Eu acho que realmente essa é uma função do médico. Eu acho assim..., conheci alguns psiquiatras, que, até alguns eu conheço que fizeram psicologia também, ou que fazem psicoterapia por opção por terem feito também alguma coisa nesse sentido. Como tem algum que não, né? Mas eu acho assim, realmente, função de medicar é função de médico. Eu acho que realmente a função do psicólogo é fazer grupos, terapêuticos mesmo, de falar. O fato de discutir assim... Mesmo que o psicólogo não tem conhecimento de medicação. Eu venho de uma faculdade onde a gente, aonde eu iniciei, aonde nós tínhamos essas disciplinas de farmacologia..., enfim, muita psicopatologia..., tinha estágio, nisso daí. Era uma coisa que a gente estudava muito. Mas eu acho que isso tem que se definir. Nessa instituição a alta é determinada em conjunto. Eles tinham uma reunião de medicamento, aonde é feito esse grupo com os pacientes. Então é assim: o médico vai vendo como está o paciente, como é que está aquela medicação. O psicólogo tá junto ali. Ele acompanha porque ele tem o contato praticamente todos os dias com o paciente. Tem o contato maior, né? Ali com o paciente. Mas não que o psicólogo vá definir a medicação não. Quanto a gratificação é uma coisa muito minha assim. Eu..., sempre preferi, nas minhas escolhas de estágio, durante a faculdade, trabalhar em unidades do SUS. Fazer estágios nessas. Desde quando fiz no Hospital São Pedro, em Porto Alegre, , eu nunca escolhi, unidades particulares. Porque eu acho que tenho mais ganho em minha aprendizagem, trabalhando como agente do SUS. Então é uma questão pessoal minha. Tanto que..., claro que estou insatisfeita, mas com o salário. Ganho 500 reais, por 5 horas por dia de 2ª a 6ª feira. Se eu dissesse que estou satisfeita, eu diria que ia mentir (rindo). Não, eu acho que não, eu acho eu preferia ganhar mais. Eu vejo assim: quando eu me dispus a entrar aqui pra trabalhar, eu sabia do valor. Eu penso, então, eu vim já por outros motivos, aí que pra mim..., preciso desse dinheiro, mas não só por isso. Porque eu acho assim que eu tenho muitas gratificações nesse trabalho, daí, pessoais, mesmo sabendo da diferença. Eu não tou falando desse hospital eu não estou falando porque lá é bom, melhor, não, porque a instituição é diferente. Eu não sei se lá era mais fácil trabalhar. Eu até..., algumas pessoas me perguntaram isso. Eu coloquei: não é que seja mais fácil eu vejo que aqui parece que eu tenho mais liberdade de fazer o meu trabalho, exatamente como eu quero. Lá existiam combinados muito rígidos, assim. Coisas que..., por isso que eu digo assim, não é que era uma maravilha não. Eu acho assim que..., talvez tivesse uma valorização maior, assim, em termos gerais do hospital, pelo psicólogo. Mas eu

vejo que aqui você tem mais liberdade pra realmente fazer um trabalho como você quer, independente da linha que você segue no caso do psicólogo, psicanalista, psicodramatista, né? enfim a linha que for. Eu vejo que aqui você tem um espaço pra fazer isso. Aqui não se trabalha de maneira interdisciplinar, apenas algumas pessoas se juntam pra trabalhar, mas não o hospital como um todo.

Em relação as características da clientela, eu vejo assim, o sexo: até comentando com pessoas aqui quando eu cheguei: "ah eu não vou entrar na unidade feminina porque eu tenho pavor daquelas mulheres, elas são pegajosas" "faz tempo que eu não vou praquela ala mas se você quiser ir pra te mostrar eu vou". Os homens, o masculino é mais reservado. Podem ser um pouco mais paranóicos. As mulheres são mais maníacas, mais pegajosas. Eu não senti dificuldades em lidar com elas.

Idade: a dificuldade que eu observei, é onde colocar esse adolescente. Numa idade em que ele não pode nem ir para a escola e nem se adaptam ao hospital psiquiátricos. Essa é uma dificuldade que eu vejo aqui em Curitiba. É uma dificuldade, não tem lugar pra isso. Parece que o Adauto Botelho recebe, mas só drogadito e não psicóticos.

Quanto a procedência, eu vejo que tem bastante gente que vem de fora, Santa Catarina do interior do Estado do Paraná, do meio rural também.

A renda familiar: nossa clientela é pobre mas eu não vejo aí dificuldade. Tenho 60 pacientes e tudo corre bem.

Quanto as entrevistas eu necessitaria ter mais tempo. Eu sou obrigada a administrar com o que eu tenho aí. Vai de acordo com cada profissional. Eu acho que devíamos fazer um tempo menor. Porque quer queira ou não é pesado, é estressante. Deveria aumentar o número de profissionais.

Por vezes eu uso testes psicológicos. Mas o material é meu.

Quanto à conflitos com os demais profissionais, eu não sei dizer. No outro serviço o que havia era psicólogos disputando com psicólogos. Aqui o que me chama atenção é o fato de psicólogos não falarem mal de psiquiatras, e nem psiquiatras de psicólogos. Quanto a questão interdisciplinar, tem vantagens e desvantagens. As vezes há disputas, em outras não. Eu acho que o terapeuta ocupacional fica no meio, entre psiquiatras e psicólogos, tentando ocupar o seu espaço. Não trabalhar de maneira interdisciplinar, e só multiprofissional, também tem suas vantagens. Como eu disse, não há tanto controle, havendo mais liberdade.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual é a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Essa é uma questão que tem muita importância para mim porque eu me lembro, no início da faculdade, mesmo antes de começar a fazer estágios quando eu fiz as primeiras leituras de leituras sobre o antimanicômio. Antes de entrar nas instituições, eu achava assim: "Ah, realmente, eu acho que tem que acabar com isso, tem que abrir as portas do São Pedro — que eu peguei um movimento mais ou menos assim em Porto Alegre — eeee, qual foi minha surpresa, a primeira vez que eu fui fazer um passeio com alguns pacientes na redenção em Porto Alegre achava que todos estariam prontos. Mas não muitos estavam muito assustados e não quiseram sair. Os poucos que eram vistos, eram vistos como num zoológicos. Uma senhora propôs a um paciente: "você não quer a sua casa?" o paciente respondeu "a minha casa é o São Pedro, e é lá que eu quero continuar morando." Isso foi uma coisa que... Depois no decorrer com toda minha experiência, assim de estágios, eu fui repensando do quanto as vezes as leis chegam assim de cima... Eu acho assim que no Brasil se tem mania mesmo de querer as coisas de fora, e achar que, por que lá deu certo aqui também. Sem questionar muito, sem ver. Daí pegar e "não tem que acabar com os hospitais psiquiátricos, não sei o que..." E, eu acho que não é por aí. Eu acho que tem que pensar bem, tem que avaliar. Talvez, seria o ideal que não existisse, mas entre o ideal e o real tem uma distância. Eu tive também uma experiência também, aonde fiz todo um projeto pro NAPS. Inclusive fui pra Argentina, ver algumas coisas lá. Foi um trabalho do 5º ano da faculdade e também ligado a uma instituição aqui, com o qual acabou se montando um NAPS lá. Daí a gente começa ver assim: que com algumas pessoas é possível. De ir pra fora de fazer esse atendimento psicossocial. De ser reintegrado na sociedade, sim. Mas acho que as coisas não podem ser desse jeito. Eu não consigo ver, pelo menos por enquanto, essa coisa do fechar as portas do hospital psiquiátrico. Eu acho que é necessário. Eu acho assim, que deve ter todo o outro trabalho de embasamento por que daí entra o lado cultural... das pessoas. Existe muito preconceito mesmo que agora seja um pouco menos. O que se vai fazer, vamos supor, se se fechasse os hospitais psiquiátricos. O que iria acontecer com essas pessoas dentro dum ônibus, por exemplo, no momento que entrasse em crise, ou tivesse um surto? A polícia ia pegar, ia ser preso. Então assim, eu não consigo ver ainda assim. Eu acho que as coisas devem ser devagar, aos poucos, uma coisa muito bem pensada, ver o que é possível. Porque é assim, eu, claro, o ideal é não ter que ficar no hospital. Mas o real não é bem assim. Então eu vejo assim, eu não consigo ver assim, acabar. Na França há ambientes abertos. Mas é escolhido. É uma outra realidade. Onde há dinheiro do Estado que sustenta essas coisas. Em Curitiba não tem recursos para ficar sem hospitais.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Delgado?

R: Não. Eu ouvi falar, mas não conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

P: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

04) PSICÓLOGO, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: A respeito de situações, assim, impeditivas, no trabalho, né? no diagnóstico e tratamento... assim, a principal dificuldade que eu sinto, tá? no meu trabalho, é não ter uma reunião clínica, tá? a interdisciplinaridade, porque? Ainda que a gente est..., éééé, esteja assim, cada um na sua área, na sua formação, por exemplo, éééé, eu preciso, eu preciso, eu pelo menos tenho uma visão, que eu preciso de algumas informações técnicas orgânicas do paciente, porque muitas vezes um quadro éééé, causado pelo efeito de uma medicação, uma intoxicação, no caso eu que trabalho com substâncias, né? Éééé, são muito semelhantes a um estado psíquicos como um delírio uma alucinação. Então assim, éééé, aí eu já me pergunto o que que seria? importante? Você não ficar procurando chifres na cabeça de cavalo. Você entende? Então as vezes isso..., eu penso que as vezes assim... você não fica invasiva com o paciente, você espera um tempo pra fazer colocações, pra convidá-lo a falar sobre si. Uma outra dificuldade..., éééé..., é sobre assim..., enquanto a gente tá em SUS, parece que a gente fica tão ilhado, isolado, que eu sinto... uma característica do trabalho, mesmo com esse pequeno tempo de prática, que é assim, a gente acaba trabalhando muito isoladamente porque os profissionais parece que eles circulam. Fazem um itinerário sobre as várias instituições. Exatamente talvez pelos baixos salários..., né? então assim, você não faz um vínculo de trabalho com uma instituição somente. Isso o psicólogo. Então o que acontece? São, é assim... você tem..., um dos impeditivos bem grandes eu acho que é: éééé, uma grande quantidade de pacientes, tá? No caso, eu atendo 80, aqui, com 30 horas semanais. Dão 6 horas diárias. Isso é assim: é impossível que você possa acompanhar todos os pacientes. Uma evolução clínica que seja, assim, tão fidedigna, porque que você se vale de, de anotações, registros que você faz informalmente com papeizinhos pra passar pro prontuário, mas assim: um dos pontos importantes, além dessa falta de rigor, a questão de salários, é o número de pacientes. Então é a reunião clínica, que não tem, né? que não temos interdisciplinaridade, pra condução do caso. Eu chamo assim, de interdisciplinaridade quando o mesmo caso é visto por profissionais de outras áreas, e cada um dá o seu respaldo técnico sobre aquele caso. Então, nós com suas visões suas técnicas, recursos técnicos, formação, como o caso aqui, psicóloga, tem médico, assistente social, como é o caso aqui, temos cada um posicionamento diante daquele paciente, de acordo com a sua técnica, tá? Então nós vamos nos somar, em termos de conhecimento, em benefício daquele caso, tá? A impressão que eu tenho do multi, disciplinar, é assim: vários profissionais atuando juntos. É o que tem aqui. Mas nós não temos interdisciplinaridade. A gente não tem contato sobre o mesmo caso, com várias visões, que vem se somar. Por exemplo: com o assistente social, errr..., como ele se detém, e eu não sou dessa área, assim, a história familiar do paciente..., vínculo impregatório..., condições, né? éééé, financeira, tudo isso..., de moradia..., condições materiais de vida, né? vamos dizer assim. Você sabendo disso, você, assim, parece, abre um leque maior de como essa pessoa foi se constituindo..., como foi o desenvolvimento dela..., como foi que foi criada..., qual que é a condição..., né? No caso aqui muitos pacientes tem muito uma característica assim de um regime, éééé, asilar, né? Vários pacientes vem aqui assim, muitos relatam pra mim que não tem pra onde ir. Alguns porque já perderam muito do que tinham, né? e outros porque nunca tiveram. Então, quer dizer, não perderam, nunca tiveram. Né? Então, eu penso essa falta de contato é a principal dificuldade que eu sinto pro meu trabalho, não é? Assim..., um outro aspecto que é de funcionamento dentro do hospital que essa é uma coisa de rotina, éééé..., que é um aspecto eu acho assim, é até polêmico, é o trabalho com a enfermagem, tá? Por que? Nós temos aqui, assim, na minha experiência, os enfermeiros padrões. Tá? Então..., tem o enfermeiro padrão de manhã, um a tarde, no caso só a tarde, só trabalho a tarde, e a gente tem pouco contato com a enfermagem, tá? Enfermeiro que tenha formação superior, tá? Tem o 3º grau. Nós temos aqui, éééé, num dos postos que eu trabalho, duas técnica, lá embaixo não tem nenhuma. Então a maioria, ou é assim, tem um auxiliar de enfermagem ou é um atendente. Então o que acontece? Qual é o problema? Tá aqui dentro, tá trabalhando, tá fazendo, foi contratada não tem nada a ver com isso. Só que, existem..., éééé, as vezes..., éééé, cuidados com os pacientes que..., são feitos muitas vezes pelos enfermeiros. Então, as vezes, é um enfermeiro que tá, no seu turno de 12 horas, num contato constante com o paciente. E parece que, eu me defronto com uma questão assim problemática que é: o baixo nível técnico de formação do pessoal da enfermagem as vezes acaba prejudicando no seu trabalho, porque, assim, é como se, eu acho que é uma questão de política dentro, é como eles tem um contato direto com o paciente é como se eles soubessem mais sobre ele. Né? Porque..., de alguma forma, na verdade, estou dizendo, aquele vínculo, quer dizer, estar mais próximo do paciente, no caso. Né? Quer dizer, isso também significa redução do número de pacientes, né? pouco profissional, errr, faz com que parece que você vai construir um... conhecimento, um saber sobre aquele, aquela prática, aquele paciente. Como a gente não tem isso, as vezes, a gente..., se vale, as vezes, da informação da enfermagem: "olha, aquele paciente, você sabe dele? ele, eu o vi na enfermagem, ele não está mais.". Se você vê na ocorrência e não há registro, você pede informação e ele responde "Ah, não. tá confuso, tá precisando de medicação.". Então você vê as vezes a enfermagem, assim, éééé..., a enfermagem, pelo menos na área de medicação, "não vou chamar avaliação porque já tem medicação". Então eu vejo, aqui pelo menos nessa realidade, uma..., como se fosse um impedimento do processo, como assim: parece que o paciente está quase na mão da enfermagem. Então, se a enfermagem for éééé, consciente, vamos dizer, e profissional naquele momento e realmente chama um clínico, chama o médico assistente para avaliar um caso, ou troca uma idéia sobre assim: "bom o paciente está confuso por causa disso ou daquilo". As vezes não há nem possibilidade de troca de idéias, porque é assim, é como se a gente falasse línguas diferentes. Né? Então fica uma situação ruim, que não vem acrescentar. Parece que a gente se exclui. Eu, na minha forma de trabalhar, de pensar a interdisciplinaridade, a necessidade disso, eu acho também, um grande impeditivo pro o alcance de meu objetivo, né? de trabalho, assim. Que eu penso, assim... não... errr... não acho que seja..., vamos dizer assim..., (silêncio) não sei se é eficiente... uma prática onde você está sozinho... né? A gente se vale do estudo, dos eventos dos congressos. Mas isso são, errr, como os nomes dizem, né? o próprio nome diz: eventos. Não é uma coisa do cotidiano. Eu acho que inserir isso no cotidiano seria muito importante... né?

Questões físicas do hospital, por exemplo. Você tem... eu aqui até tenho privilégios: eu tenho consultórios em cada um dos postos onde eu atendo, onde eu faço atendimento individual, né? Então o que a gente tem é assim, as horas em que a gente trabalha tromba as vezes, as rotinas do hospital, é horário de fila, horário de banho. Então assim, de manhã, não se tem espaço físico para atender. É como se a estrutura física não fosse preparada para atender uma oferta terapêutica, né? É como se errr, alguém visse o paciente de maneira totalmente distorcida. As vezes, a impressão que a gente tem, que o paciente quando procura uma instituição de saúde, ele vem porque procura achando que ele vai ter melhor condições do que estivesse lá fora, né? Como, eu penso assim, nós somos SUS. Então o SUS ele unifica desde quem paga impostos, né? até aquele um que não tem registro em carteira. Quer dizer, todo mundo está pagando, né? Aqueles que tem a previdência sendo paga, ou os que não tem e todo mundo. Retifico, né? não são todos, mas todo mundo usa. Assim, quem tem um nível melhor financeiro acaba se valendo de planos de saúde. Mas o que acontece com isso,

o que que a realidade mostra? Se a gente não tem um atendimento individualizado, caso a caso, tá? Eeee, você..., fica difícil você trabalhar com as nuances que existem. Então eu recebo aqui: desde médicos até andarilhos. Então tudo no mesmo lugar recebendo o mesmo tratamento. Então faz questionar a teoria. Se... onde fica a constituição social do paciente, a história dele... como é que se insere..., os problemas... Eu acho que isso dificulta também, éééé, não que deveria ficar separando por nível social. Já que estamos no sistema único de saúde, temos que nos valer da igualdade de direitos, dar assistência a todos. Né? Eu penso que isso passa ser um agravante, por que? Err, pros pacientes que tem pouco lá fora, não tem quase nenhum tipo de assistência até de sobrevivência, ele tem mais que o mínimo aqui, durante o tratamento. Tá? Mas o paciente que ele tem muito mais que isso, parece que ele..., você desoportuniza o tratamento para ele. As vezes... uma coisa assim, eu já recebi paciente, já discordei da internação. Sabe? Pacientes assim que não... no meu caso de substâncias químicas... claro, quem, por isso que eu digo da necessidade do atendimento interdisciplinar, que é assim, do que eu estudei DSM-3, DSM-4, assim sobre síndrome de abstinência... das drogas usadas... o álcool..., tá? Quer dizer, não tão apresentando, visivelmente, nenhum sintoma de abstinência e, assim, não precisaria tá internados. Penso eu que as vezes um paciente quando interna, no meu caso, ele as vezes pode se valer do grupo que a gente faz no hospital, do seminário que é dado, que as vezes se ele tivesse lá fora, no ambulatório, não tivesse. Tá? Mas assim, será que todos precisariam mesmo uma internação pra desintoxicar? Né? Então assim, eu acho que uma... triagem bem mais minuciosa, interdisciplinar, onde o médico não estivesse sozinho quem sabe a gente tivesse também um psicólogo de plantão lá na frente. Sabe? E um outro aspecto que não é o caso que você me pede, que é assim... tem uma questão do internar. Quando se faz necessária uma internação? Quando esse paciente nesse momento não tem recurso nenhum de ficar sozinho. Por que? Porque ele não tem recurso, ele tá fora de si, ele tá oscilando, ele tá em surto, ele tá agressivo, ele vai se machucar, não tem condições nenhuma de, de responder por suas atitudes..., ou ele não tá assim mas ele não tem família, tá sozinho no mundo, né? ou a família tá pior do que ele. Então acho (rindo) tirar ele da família um pouco, deixar..., Então assim, há que se avaliar porque que se interna. Né? Porque eu acho que a realidade da internação err, eu vejo muito como uma passagem, apesar que acontece muito reincidências, né? Sempre tem pacientes que vão fazendo história, vão fazendo séries com a gente, né? Vão se seriando. Uma vez, outra vez, né? Então a gente vai se alternando entre os dois profissionais daqui, uma vez interna pra mim, outra vez interna pro outro, e assim vão fazendo história aqui dentro. Por causa das reinternações. Né? Mas... muitas vezes, assim, a internação pede passagem, penso eu. E acho que ela deveria ser lugar de passagem mais como um lugar útil. Uma passagem pra voltar ao convívio social. Tá? Reinserção, ao trabalho... se é em benefício da saúde, porque a pessoa está em invalidez, que seja. Então, me parece que está de ponta cabeça a coisa. Parece que primeiro se interna, bom, agora se pensa no que faz. Né? Na verdade quando chega aqui dentro, a gente, nos falta recurso. Por exemplo um paciente meu vai sair daqui, muitas vezes eu encaminho, né? pro ambulatório, pro CPM, onde eu atendo também, recursos outros, né? mas assim: vários pacientes não chegam, alguns chegam como gatos pingados aí a gente tem toda aquela questão da referência, central de vagas, né? pela, pra marcação de consulta, então, agendamento. Então são questões todas complicadas, então, se esse procedimento fosse o final, o paciente já viria aqui com uma história de tratamento anterior que não fosse internação. Né? Ou seja, uma outra postura. Se me pede então, quais são os impedimentos dentro do meu trabalho enquanto internação, eu diria assim: é exatamente..., é como você recebesse muita carga num espaço que é uma passagem, né?. Uma internação é um procedimento de, de, de tratamento de acompanhamento e se espera uma evolução do paciente. Não que seja um tempo que ele fique aqui. Né? Se não acaba acontecendo... não tempo fica aqui, né? Por exemplo, éééé... baixas condições de hotelaria, então as vezes os pacientes vem te perguntar, não só porque ele tá angustiado, que ele não tem roupa, que ele não tem família, porque é agora que ele voltou da intoxicação, que ele tá lúcido, ele vê que ele não tem chinelo, que ele não tem roupa, que ele não tem..., né? Então, claro que o paciente pode tá angustiado, mas não há que se interpretar, nesse momento. Tem coisas reais! Né? Que assim as vezes em outras condições de hotelaria poderia amenizar essa situação. Eu penso que..., poucas roupas pros pacientes, tá? Então, por exemplo assim: aqui na, na, onde trabalho os pacientes pode internar com 2 mudas de roupa, tá? Bom! Então o paciente meu, em média aqui, fica 45 dias. Que acontece? Ele tem por semana, às 3ª feiras, 10 requisições pra lavagem de roupa. Essa ala tem 132 leitos. Eu já peguei, você vai até rir, escabiose 4 vezes. Tá? Porque, assim, não tem como, a gente tá exposta, por mais que me cuide. Você imagina eu, que posso trocar minha roupa, que estou num ambiente externo, aqui. Tá? Em termos profiláticos e necessários mesmos..., fico com, com, com um surto de escabiose, imagine o paciente que não tem uma roupa a ser lavada. Quer dizer, como é que você vai combater uma coisa que, nos princípios, já está morta a condição, tá? de tratamento. Né? E isso eu acho é uma coisa muito séria. Né? E eu acho assim... tem... errr, tem a condição de, de alterar... eu sei que nós temos num hospital psiquiátrico, aqui tem violência, tem agressões, tem pacientes assim que são psicóticos, que não são só dependentes químicos, e tal, mas assim, a gente tem esses pratos plásticos. Sabe? Colheres, esse tipo de coisas. Eles não tem bebedouro, então aquela caneca... é um absurdo, você ficar observando meia hora ali, como as pessoas assim, não tem, a gente não tem, parece, uma rotina de inserção do paciente. Por exemplo, eu assumi a coordenação da comissão de recepção 6 meses. Tá? E tentei me valer exatamente do nome da comissão de recepção, a comissão que recepciona as novas admissões aqui na minha ala. Tá? Então sempre enfatizando que que é recepcionar o paciente? Que que é acompanhar? Que que vocês são no grupo? Trabalhando em termos de grupo operativo com eles, não é? Fazendo que as reuniões sejam terapêuticas. Os movimentos do grupo. Quem sai, quem se boicota, quem não trabalha, quem vai, quem não vai nas reuniões, né? quem se agita, quem usa aquilo pra descarga da sua própria violência. Então vão seguindo as reuniões semanais. Mas assim, sempre enfatizando o que que é receber um paciente. Então, assim, pra dizer pra você quando você percebe que um paciente tá confuso ou não... você se oferecer como alguém que é um colega da ala..., pra dizer..., de repente o paciente nunca veio aqui. Onde é o banheiro dele, que aqui os quartos chamam enfermaria. As vezes se vê paciente gritando "onde que é meu quarto, só me falam de enfermaria" Bom aqui enfermaria é igual a quarto. São coisas aparentemente bobas, mas assim, não é..., quando você insere o paciente, quando você recebe ele, né? éééé, de uma forma diferente, dizendo da rotina do hospital, isso ajuda, tá?. Só que acontece... penso eu que isso... é inviabilizado também, porque assim, não se pode, você não pode oferecer uma coisa de recepção onde você não dá condições. Onde não tem material de higiene, né? onde, eu penso, em termos de hotelaria, também, eu acho que são poucas as refeições que eles fazem. Acho que..., o paciente não toma leite aqui, não come carne, sabe? Muitas vezes o paciente não tem toalha e se enxuga com fronha de outro, aí vira aquela troca. Eles tem muita... comércio de roupas entre eles. Então, eu acho que isso, a nível de, de, de hotelaria, isso é uma, vamos dizer, é uma lástima, tá? E não é só, eu acho que a hotelaria, ela revela a forma de funcionamento do local. Que, realmente, eu digo assim, com toda a anti ética que possa parecer não sinto no meu trabalho que a proposta da minha instituição, seja de terapia. Não é uma proposta terapêutica. Não dá subsídios pra que o profissional, com a quantidade de pacientes que ele tem, com os baixos salários que ele possa fazer supervisão, possa participar de eventos. Não dá. Eu ganho bruto 653, por 30 horas semanais, 6 horas ao dia. É muito paciente pra pouco profissional. Se eu não me engano, eu posso até me

enganar agora, que eu saiba os NAPS, parece que eles tem, por profissional, né?, da psicologia, 60 pacientes. Eu não sei como realmente tá a internação.

Eu até estou satisfeita com o tempo de entrevista. Eu não estou satisfeita éééé, com o volume disso que eu tenho que fazer. Eu me dou, eu faço os tempos da entrevista. Né então, o paciente tem o primeiro contato, depois eu vejo ele outras vezes, então, muitas vezes ou eu o chamo ou ele vem me procurar. Mas muitos pacientes eu perco contato ao longo da internação. Pelo volume de pacientes.

Acompanhamento do paciente: Ele vai ter sim. Se ele for uma pessoa que estiver interessada no tratamento dele, que tiver um limiar de frustração (rindo) que possa esperar agendas, tá? Que tenha assim,... se ele não tiver tanta condição de ir atrás do tratamento dele, que tenha algum familiar que o acompanhe, que o auxilie no tratamento, que vá lá marque junto, vá nas consultas, ele tem sim. Porque as vezes a rotatividade no ambulatório é alta, acaba oportunizando pelo menos o acesso.

Essa instituição trabalha isolada dos demais serviços. Não é integrada. Eu encaminho particularmente, pra Clínica Ômega, tá, que também está pelo SUS em convênio com o SUS pela iniciativa privada, totalmente credenciada pelo SUS. Ambulatório de psicologia clínica. Eu trabalho lá, já vai fazer 2 anos incompletos. Eu encaminho muito pro ambulatório do CPM.

No ambulatório: Esse ambulatório é uma clínica privada, totalmente credenciada pelo SUS. Quer dizer assim, que acontece? Eu trabalho lá, meu vínculo com o profissional que é o dono do lugar, responde pelo lugar. É um vínculo autônomo, então o meu nome é registrado nos computadores do Estado como uma profissional que presta serviços a este lugar que é credenciado. Quer dizer, é como se eu, éééé..., se aquilo me encaminhasse clientela, só que ao invés de eu tá no meu consultório, eu uso o consultório por eles montados, credenciado pelo SUS, tá? Então, quando o meu nome aparece na central de vagas, que é uma central do Estado, eu não tenho vínculo empregatício com o Estado e nem com quem combina, o contrato também, é verbal, tá? Então, assim, qualquer declaração que eu precise do meu trabalho, ele dá, deixa como trabalho autônomo e a experiência da clínica. É isso daí. Então, qual que é o combinado: o SUS repassa, agora, 2,04 reais por consulta. Eu comecei ganhando 1,02 reais. 1 real e 2 centavos, a metade. Então ele repassa 50% da produtividade. Dos atendimentos que eu fiz. Mas o que acontece, qual que é minha dificuldade lá? Como é centralizado o agendamento por consultas, eu tenho a minha agenda particular lá dentro pra eu saber quem eu atendi, se tá voltando pro retorno ou não, onde eu anoto o nome do paciente e o número do prontuário dele. Que acontece? Eu chego lá e sempre é uma caixa de surpresas, porque eu nunca sei quem veio. Tá? Então mesmo que eu peça o agendamento semanal pra aquele paciente eu não sei se ele vai conseguir marcar no posto dele. Porque o nome da..., dos postos que ligam pra central de vagas estão ligados com os computadores da central de vagas. Então ali vai aparecer a agenda do computador. Tá? Quem chegou antes, quantas já vezes ouvi de pacientes, eles deixam pra amanhã e acabam perdendo. porque o cliente é com referência no verso, é aquela primeira folha é levada, o paciente com retorno. Cada retorno é uma nova consulta. Tá? Então nós temos um esquema assim que pudesse se programar para acompanhamento dos casos. E eu tenho, como eu entrei lá em junho de 96, eu tenho um caso de uma criança que está desde a primeira semana que eu estou lá na clínica. Então, são casos raríssimos. Eu acho ainda que são esses casos que fomentam ainda. Que o SUS ainda dá certo..., que a prática ambulatorial dá certo..., não é? De repente é assim, eu não digo que não tem dificuldade. A dificuldade é assim: você nunca sabe que prontuário você vai pegar na mão. As vezes você tem 10 triagens no dia. Tá? O teto no número de atendimento é de 18 consultas, quer dizer, nós somos autorizados a fazer uma consulta de 15 minutos com o paciente. Eu nunca atendi mais que 17 numa manhã. Tá? Nunca. Éééé... é agendado na..., é uma coisa absurda. Eu fiquei sabendo só este ano, né? A Clínica é pra funcionar das 7 as 7. Só que por uma questão empregatícia, a secretária da clínica trabalha 8 horas por dia. Então a Clínica abre as 8. Simplificando, eu já estou em defasagem, porque se virem os 18 eu já não tenho 15 minutos pra cada um, eu tenho menos. Porque é contado das 7 ao meio dia, né? 4 pacientes por hora. Então já começa torto, né? Eu nunca atendi mais que 17 numa manhã, né? Atualmente é 10 por manhã. Eu faço assim: éééé, eu não chego nesse horário de 8 horas, 8 horas e quinze, até 8 e meia, porque? as vezes você vai e tem 10 pacientes, as vezes tem 6, as vezes tem 3. Você nunca tem uma rotina. Então não tem necessidade de você ficar lá, fazendo plantão. Antes eu ficava, eu esperava, as vezes tinha paciente chegava tarde. A proposta dos postos é assim: eles são instruídos os pacientes, a comparecerem cedo. Tem posto que marca as 8, tem posto que marca as 7, tem posto que marca as 6. É por ordem de chegada. Então assim, as vezes eu atendo em meia hora, as vezes eu atendo 40 minutos. Porque eu não marco outras coisas nas minhas manhãs que eu estou lá. Então tendo tempo eu faço, eu faço na clínica como se estivesse dentro do meu consultório. Então só com essas dificuldades, paciente de baixo nível financeiro. Se vem 10 pacientes, eu dou 20 25 minutos para cada um. É um calcanhar de aquiles dizer se vale a pena (rindo). Mesmo que eu tenha me inserido recentemente em saúde pública, sempre gostei disso. Eu fiz estágio em hospital psiquiátrico, sempre em hospital público, nunca em hospital privado. Quer dizer, essa convivência com pessoal de baixa renda, gente que te diz assim, "eu não posso voltar", como ela diz que não pode voltar? Não é resistência. É que ela não tem dinheiro mesmo.. Ou se não, se ela faz faxina, ela perde no trabalho. Que acontece, mas assim. Eu sempre tive um propósito assim, até por ideologia mesmo, de que assim: quem quer trabalhar tem que começar por onde chega gente. Não adianta você sentar e ficar estudando teoria. Isso ajuda? Ajuda, mas você precisa ter prática. Então um princípio fundamental é ter prática. A saúde daqui não é a Ômega que tá assim, a saúde está assim também. Certo? Não sou só eu. Né? Acarreta numa desvalorização bem grande. Começo a fazer um questionamento. Nesse momento de minha vida começo a fazer nesses quase 2 anos, né? É como eu pudesse dizer assim, "já aprendi um pouco, já posso ir embora." o que eu acho bastante difícil dizer isso. Você acaba fazendo o que eu disse. A rotatividade dos profissionais é alta. O profissional mais jovem está pagando para aprender. É um estágio mal remunerado. Eu já recebi casos em que a pessoa foi encaminhada pelo posto de saúde pro profissional da psicologia, com problema trabalhista, tá? Era um problema de bursite no braço direito, não sei o que, trouxe um laudo não sei o que, e pra ela ganhar a causa tinha que ter um laudo de um psicólogo. "Mas por que que veio aqui?" "Porque o posto mandou." Então é assim, onde tem psicólogo, é como assim..., como se não soubesse o tipo de oferece. Eu já recebi paciente pra eu fazer laudo do SINDACTA pra tirar breve de aviação. Eu encaminho por que não tenho condições de teste, não tenho formação pra isso, não cabe esse tipo de serviço lá. E ultimamente recebi um mandato de um juiz, tá? Que um paciente veio com a filha, uma questão assim..., um mandato assim de 3 páginas, imagine eu ler isso aí em 15 minutos, fazendo uma declaração lacrada pra mandar. Ainda sem se me comprometer, e ainda poder fazer e tinha dois dias pra levar isso pela pessoa. Eu fiz uma declaração, que tinha comparecida, que não tinha como fazer. Encaminhei pra profissionais contratados pela justiça. São coisas que você tem que que pensar em pouco tempo. Parece um estágio mal remunerado. Paga-se para trabalhar e ter uma prática. Só que assim, isso é muito complicado, porque está seu CRP ali, seu carimbo ali, você responde por um CID que você tem que por na contrareferência. Então assim, é uma coisa bem complicada. Né? Se, ao mesmo tempo, você..., se você ganha 1,02, que compromisso tem com o paciente. Mas se alguma coisa der errado o teu nome está ali. Realmente nesse momento estou avaliando se vale pelo preço, pela prática vale. Pelo que se ganha..., eu sou bem fatalista, chega uma hora que você se desliga. Gasto cerca de 2 horas e meia para atender os pacientes. Faço uma média de 70 consultas por mês. 35 a 40

são os mesmos, são retornos. Dá menos de 100 reais por mês. Se quiser pode atender mais. Tem profissional que atende um paciente em 3 minutos. Atendo dois períodos, duas manhãs por semana. Não é o que eu esperava antes de me formar. Não gratifica, o fator principal é claro, é o financeiro, é aviltante. Já um emprego é melhor. Tem o respaldo, tem o FGTS, tem INSS, que tem, de uma certa forma uma garantia para a inserção social. Autoriza um pouco mais estar empregado. Os responsáveis são os políticos e os técnicos ao mesmo tempo. Eu acho que as pessoas boas que vão trabalhar não se submetem a esse tipo de coisa, tá? acabam saindo disso (rindo). Político, porque é assim, parece que nós estamos numa política do pode ser. A política institucional tem muita a característica assim "Ah tem!" é igual plano de saúde, se eu ponho um monte de itens, tem isso, tem... ah se você vai no outro de mesmo preço, tem ecografia, você vai naquele. Quer dizer, se funciona, se as máquinas são boas, não importa. Parece que pra instituição tudo que é instituído, parece que é assim, tem é isso que importa como funciona. Então eu acho que é uma questão política e técnica. Eu penso que a questão política é que determina. Os técnicos não são consultados. Eu acho que nós técnicos deveríamos ter o poder político de decisão.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:

P: Qual é a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Na verdade, a desinstitucionalização, éééé, é tirar o hospital como centro da intervenção. Quer dizer, né? tirar... a descentralização do hospital. Aquele modelo hospitalocêntrico que a gente diz, para uma outra forma de assistência. Eu acho isso, éééé, uma medida muito séria. Por que? Se por um lado eu coloquei antes que eu acredite que tem pacientes que internam aqui sem precisarem tá internados, tá? Por um lado, eu vejo, também, que tem pacientes que não tem condições nenhuma de convívio que não seja num lugar assim. Por exemplo pacientes em que a família inteira é de psicóticos, tá? Pessoas que não trabalham, as vezes pessoas assim, agressivas..., criminosas... Aonde vão ficar. Isso... vem um problema social diante disso. E nós temos uma história de não terapêutico o trabalho. Então assim, o que você faz? Em vez de ajudar a tratar, você cronifica, ele vem com 5 doenças e sai com 15. Então você não ajuda ele a se tornar independente, no convívio lá fora. Você programa para que ele fique cada vez mais dependente. Então isso me assusta, a ideia de fechamentos de hospitais... ou redução de leitos... ou não só necessariamente só fechamento mas a ideia principal me parece que é a redução de leitos e não abertura de novos, né? sistemas assim. Mas eu penso, primeiro pensar na triagem, por que se interna o paciente? Tá? Eu acho que nós não podemos extinguir os hospitais psiquiátricos. Eu acho isso assim, uma lesão social muito grave. Por que? Porque eu entendo que há pessoas que necessitam de um tratamento especializado e não tem condições. Assim é só vivendo na realidade psiquiátrica é que a gente vê assim, criaturas que assim, que tem que ter uma assistência 24 horas com a equipe em cima mesmo. Que não tem condições nenhuma de convívio lá fora, né? Então eu sou meio pessimista se a ideia for só extinguir. Eu acho que você tem que extinguir aos poucos mas vendo qual que é o recurso que você está dando e se isso tá sendo efetivo. Quando eu digo da prática ambulatorial, a gente está vendo o que acontece. Se o ambulatório não está acontecendo, vai por aonde? Eu acho que não há recurso ambulatorial que possa substituir o hospital. A Lei de Delgado, numa maneira geral, parece coerente. Mas, sendo mais específico é irrealista. Eu só tenho 3 páginas do projeto. Mas parece que não atenta para o que já temos, que já estão funcionando, se estão funcionando. Coloca como hipótese que outras modalidades são melhores, sem verificar se o que se tem é efetivo. Veja Santa Catarina, de onde mais vem paciente de fora. Lá pelo visto não tem hospital. Internam todos aqui.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não, eu fui procurar.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Delgado?

R: Conheço

P: Alguém lhe enviou o texto?

P: Não, eu também fui procurar.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: A 11189? Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Tudo eu que fui atrás.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

05) PSICÓLOGO, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: São várias as dificuldades com que a gente se esbarra diariamente. Eu acho que a primeira, assim, a mais gritante, é o número de pacientes a ser atendido. Eu atendo sempre 15 pacientes. Agora este ano já atendi 230, aqui dentro. É o primeiro fator dificultante de um trabalho mais profundo com os pacientes, né? É o número. Então, a gente acaba tendo que fazer uma terapia de massa, e que acaba... impedindo que um indivíduo seja visto, que... que se aprofunde na história daquele indivíduo e, que se consiga algo de mais significativo no tratamento. É o primeiro fator, assim, gritante. O modelo... o modelo de tratamento, de filosofia da casa... Embora se tenha toda essa movimentação pra desospitalização, filosofia, a nossa instituição é ainda muito tradicional, no que diz respeito ao atendimento. A nossa filosofia é um pouco... entende? É um pouco complicado, entender a filosofia. Então a gente não trabalha em cima... digamos que, a gente tem uma equipe toda montada para o atendimento daquele paciente, mas o objetivo de cada um nem sempre (rindo) é o mesmo. Então a gente está sempre se esbarrando nessa dificuldade de que as vezes a filosofia, o objetivo que eu tenho para o paciente, é diferente do objetivo do médico. Em relação àquele paciente. A realidade social dos nossos pacientes, também, é um fator de impedimento. Vamos dizer: chega um paciente em uma crise aguda. Em pouco tempo daria pra deixar ele inteirinho pra voltar pra casa, mas a família não tem dinheiro pra comprar haíldor, né? E aí acaba se prolongando uma internação. Muitas vezes isso

coincide, assim, com o paciente regedir, com tudo aquilo que ele conquistou em pouco tempo, pra sair. As vezes cai na coisa da hospitalização, não sai mais, né? E vai ficando... e uma internação que deveria durar 30 dias acaba durando 2 ou 3 anos... por fatores sociais, né? Então fica assim, a frustração, é uma coisa que as vezes vai desmotivando um pouco a gente. A impotência, né? de fazer alguma coisa, ou de ter algum lugar pra onde encaminhar, ou a quem recorrer. É uma dificuldade, eu diria, crônica. A onipotência médica, também é um fator que dificulta o trabalho (rindo) do psicólogo, né? porque, não se pode, de repente, falar de algum caso em nível de igualdade por mais que você conheça mais um caso do que o médico, não é? Por mais que você esteja o dia inteiro com o paciente, com a família, que saiba tudo que acontece, cada reação, você sempre tem que chegar numa atitude que o dono supremo da história (rindo) é o psiquiatra. Aqui a gente se esbarra muito com isso. Há algumas exceções. Geralmente a gente precisa refrear a queixa, né? como é que vai diluir, como é que vai intervir, no paciente. Então isso gera muita frustração. As vezes a gente tem trocas com os outros profissionais, não só psicólogos, mas outros profissionais, também, ficam frustrados daí, sabe? bate aquela vontade de largar tudo e (rindo) ir embora: afinal o que a gente está fazendo aqui? Não é? Se o meu trabalho não é reconhecido, não é respeitado, embora a gente tenha formação, eu tenho especialização, busco muito, porque sou apaixonada pela psiquiatria. Vou atrás até por coisas que não são de minha competência, não é da minha área. Vamos dizer, medicação. Eu me interesso muito, né? pela fármaco. Então eu to atrás, eu tou atrás da fisiologia. Então eu vou a fundo assim. Não gosto de ficar só no psicologismo da coisa, da explicação, na psicanálise (rindo). Gosto de ver as causas orgânicas do que está acontecendo. Então sempre que há exames eu vou atrás. Eu vou atrás do médico, eu quero saber, eu quero explicações da base fisiológica da doença. Surge uma droga nova no mercado, eu sou a primeira a estar atrás, eu estou atrás dos representantes. Eu quero saber tudo a respeito. Então se a droga é prescrita pro paciente, eu começo observar ele, cada reação. Eu gosto de trabalhar com pesquisa, então eu anoto muito, né? Eu tenho dados anotados. Eu sou meia obsessiva, assim, na coisa, então se o paciente começou a tomar uma droga nova, eu diariamente olho ele, eu vejo que reação está apresentando, que reação ele tinha antes com a outra. Estou sempre, assim, buscando esse intercâmbio até porque a minha formação, né? eu tenho especialização em bioenergética, e estou fazendo especialização em biosíntese. Se trabalha muito com a coisa fisiológica mesmo. Fisiologia das emoções. Tento ir atrás pra ver alguma ponte entre o psíquico e o soma, né? Então estou sempre correndo atrás disso. Mas a gente se esbarra com a dificuldade, assim, você vai atrás e consegue algum conhecimento do caso, e algumas bases até para o seu diagnóstico. Conseguir alguma coisa com esse diagnóstico. Por exemplo nas esquizofrenias e nas esquizoafetivas. Sempre que se encontra com um paciente que a gente, sabendo que um carbolitium seria bom. Então fico meio engasgada quando vejo que não está sendo dado. Ele continua maníaco. A gente sutilmente tenta sugerir, argumenta, cientificamente, porque que acha, mas, dificilmente, se aceita a opinião de uma (rindo) psicóloga: o que uma psicóloga está querendo intervir, me ensinar. Pô você quer me dizer qual a medicação? Então surge umas paranóias. A minha gratificação, então, não é financeira, com certeza, entende? Eu aprendo muito com esses pacientes. Eu tenho um retorno muito grande, né? Em termos, assim, de aprendizado, de crescimento. Profissional e pessoal, também. Eu aprendo muito com eles, né? E, assim, eu estou me transformando aqui dentro, né? E eu sinto... nesses 6 anos de casa... eu sou uma outra pessoa. Inclusive nas minhas relações lá fora, tem tudo a ver com que acontece aqui dentro. Então, eu... eu (rindo), eu me gratifico com muito pouco (rindo) sabe (rindo). Com qualquer resultado, por mínimo que seja eu já me considero gratificada. O andamento do atendimento em saúde mental em Curitiba, SUS, eu acho um horror. Porque... eu tenho minha filosofia de vida. Então, pra mim, por exemplo, eu não trabalho por dinheiro, eu tenho, aqui, não é só por dinheiro. Eu tenho outras fontes de renda, e vou atrás, mas, se pensando em termos do que o SUS nos paga. Pelo que a gente dá pra esses pacientes, entende? é uma coisa vergonhosa, né? Eu acho assim, no retorno financeiro, não tem nenhum retorno, não é? Não tem um investimento maior. Se fala em desospitalização, mas a gente vai mandar eles pra onde? Tem hospitais-dia? Tem, mas tem o mínimo. Hoje, por exemplo, se a gente fosse fechar o hospital, a gente mandaria seiscentas e poucas pessoas pra rua. Não é possível que esses pacientes fossem absorvidos pelos NAPS e hospitais-dia, mesmo que houvesse disponibilidade. Não é possível, e eu corro atrás. Nem todos os pacientes. Tem muitos que poderiam ser atendidos. Voltar pras suas casas e voltar a serem cidadãos, e é isso... eu trabalho pra isso, né? Pra que eles consigam voltar a ser cidadãos atuantes e integrados. E é nesse objetivo que eu estou, sabe independente de qual objetivo de quem for, o meu objetivo é esse. E muitas vezes eu brigo por causa disso. O paciente, acham que não tem que sair, que não pode sair. Eu tou brigando, lutando, pra levar ele pra casa. Mas tem pacientes que não se beneficiariam, sabe? Eu não sei de uma outra forma que não o hospital, entende? Pelo grau de violência, de deterioração, e também por não ter mais nenhum recurso social, família, nada, nenhuma referência. Gente que por 50 anos não tem mais contato com ninguém, está completamente desagregado. Que não tem nem uma aposentadoria, e que é extremamente violento. Não sei em qual outro modelo que... não é? Eu por exemplo atendo, também, ambulatório do SUS, né? Eu resisto ao máximo de internar alguém, né? Eu sempre tento outro recurso, até que não haja outra coisa a fazer, por risco de vida, uma agressão, uma violência maior lá fora. Então, éééé... sou assim (rindo) contra a hospitalização né? Então eu sempre digo, que eu trabalho contra a casa. Porque pra mim o hospital é o fim do fim, o fim da linha. Mas infelizmente a gente tem pacientes que estão no fim da linha e eu não sei de outra forma.

Característica da clientela:

Sexo: eu trabalho com pacientes do sexo masculino por preferir. Eu tenho uma opinião a respeito e que acaba compartilhada por outros colegas, na minha opinião, que uma mulher louca é bem mais difícil de lidar (rindo), principalmente por uma mulher, né. Eu percebo assim, pra nós terapeutas, mulheres, quando a gente está num pavilhão, numa unidade feminina, a gente se esbarra com uma questão da rivalidade. Que é uma coisa assim bem, de característica das mulheres. Não é? Dependendo de como ela foi criada. De como foi todo aquele processo de desenvolvimento. Então a transferência negativa começa de cara. Na hora que você entra dentro da unidade. E talvez, também, por minha própria loucura. Talvez eu me identifique ali, né? Então eu prefiro lidar com o sexo masculino. Eu consigo mais resultados. Já trabalhei nas unidades femininas, no hospital, também, né? E daí por uma questão minha fui pedindo pra sair, e ficando, quando atendia mais de uma unidade, pedia sempre que fosse masculina, né? Mesmo sendo pacientes mais violentos, mais agressivos eu sempre conseguia um resultado melhor, né? Também com a minha estrutura de personalidade de como lidar com as coisas. Com eles eu acho mais fácil. Também percebo o seguinte: que independente do nível cultural, eles, parece, que mantêm um certo nível intelectual ainda. Parece que elas perdem a coisa intelectual, quando enlouquecem.

Escolaridade: Éééé... o nível, éééé... de escolaridade entre eles sempre é maior do que elas, das nossas pacientes. Mas se for comparar com um paciente que chegou a ter universidade, num atendimento, éééé... sempre é mantido um nível intelectual melhor com o sexo masculino.

Renda familiar: a gente tem mais pessoas humildes. Se constitui em dificuldades, a renda, com o que vai ser feito com eles depois, com os recursos depois. Aqui, há também. Por exemplo o paciente é fumante e a família não tem dinheiro pra trazer cigarro, não trás roupas, não trás calçados, e acaba tem que providenciar tudo isso. Acaba tendo que assumir a função de família, pelo abandono, né? Também, vamos dizer, um paciente que a família é tão pobre que não pode vir visitar porque não tem o dinheiro da passagem pra vim até aqui no dia da visita, né? Então social também, infui no resultado do nosso trabalho. As vezes temos que conseguir outro recurso pra trazer a família, pra visitar, pra conversar com o médico, né? Então isso acaba sendo um fator a mais nessa, pra dificultar.

Idade: Eu atendo pacientes com idade. Eu tenho pacientes já, alguns com idade bastante avançada. Então, além da cronicidade da doença, a idade acaba sendo um fator dificultante. Temos uma unidade que concentra mais velhos. Atende tanto feminino quanto masculino. Tem 2 unidades, uma masculina e outra feminina, que tem mais idosos, né?, em nosso pavilhão. Mas nos outros pavilhões também tem pacientes com idade avançada, né? E a gente está sempre tentando fazer com que eles fiquem mais nessa outra unidade, até como um fator de proteção pra eles. A unidade feminina, pra idade, é uma unidade que tem um cuidados a mais. Acho que na masculina também... Não há então um lugar específico para velhos.

Comorbidade: Por exemplo: Deficientes, mentais. Deficientes que apresentam um surto psicótico, agressividade. Isso é um fator que complica, tá?. Por que, por exemplo, a gente tenta fazer um trabalho dinâmico. E tento fazer um trabalho mais dinâmico, onde eu atendo, grupos operativos, comissões, né?. E esses pacientes deficientes... as vezes eu não tenho aonde colocar eles, né?... Aonde encaixar porque eles acabam não se beneficiando daquele tipo de atendimento. Os outros pacientes são mais avião então acabam roubando a comida dele, acaba agredindo ele. Então quando vêm deficientes mentais pra cá, porque ele tem uma agressividade que ninguém controla e que a gente não sabe o que fazer, não é? Ou ele apanha do outro, então é sempre aquele paciente fica embaixo da asa da equipe, porque... né? Tem por exemplo os alcoolistas os alcoolistas, junto com os quadros psicóticos, que as vezes fica difícil o diagnóstico. Se ele é psicótico mais que alcoolista, ou mais alcoolista. Então a gente tem uma unidade de alcoolismo, então geralmente tem esse intercâmbio. Isso não é pra mim é pra vocês. Primeiro vamos tratar o alcoolismo, depois que desintoxicar, vem pra nós de novo... Mas mais essas doenças orgânicas, mesmo assim... é o paciente que a gente tem que tá o tempo todo ali em cima, cuidando e protegendo ele, né? E aí acaba (rindo) dando ciúmeira nos outros pacientes. É mais isso assim.

O diagnóstico inicial é feito no ambulatório, quando ele é encaminhado, via CPM, então ele já chega com a entrevista pronta, o diagnóstico pronto, e é internado. Mas depois eu, quando chega, eu olho, leio, considero, mas eu chamo pra minha entrevista, pras minhas considerações. Não estou satisfeita com a entrevista é feita pelo médico de plantão. Depende, há pacientes que chegam do ambulatório que a entrevista que vem já dá subsídios suficientes. Ou a família chega na primeira entrevista você já, mais ou menos, tem uma configuração do quadro. Outros vai mais tempo, né? Precisa várias entrevistas, vários encontros. E o meu processo de diagnóstico, então eu chamo ele pra conversar e gente fica uma hora ou mais. Eu dou esse tempo. Como eu tenho muitos pacientes crônicos, então os que chegam fresquinhos (rindo) assim, né? Eu invisto mais. Eu tenho pacientes que é assim. Nesse momento não se têm perspectivas de alta ou de qualquer coisa diferente. Né? Então como é um número bem grande e requer manutenção, quando chega um novo eu invisto bastante.

Organização funcional incluindo estrutura física: Eu tive vários queixumes e junto com a equipe da unidade de trabalho tivemos conquistas. Hoje a estrutura da unidade de trabalho é muito boa, né? Inclusive se tomou modelo da instituição e está todo mundo brigando pra ter a mesma (rindo) coisa, né?. Eu não tinha sala pra atender, eu não tinha privacidade pro atendimento. Eu tinha que ficar com eles no pátio ou o canto que encontrasse. Hoje eu tenho espaço. A gente conseguiu reformar toda uma unidade. Reformar totalmente a cara dela, né? Transformamos os antigos cubículos em refeitórios, então derrubamos as paredes, as grades, então transformamos. Foi conseguido uma verba do SUS, politicamente articulado. Houve acertos e trocas, e foi conseguida uma verba pra isso. Então conseguimos uma estrutura legal e é a unidade onde eu atendo. Eu não tenho muito recurso material disponível. O meu recurso é minha criatividade, a minha percepção, e o que eu estudo em cima do caso. Eu não tenho dificuldade com isso. Os testes não são utilizados de rotina. No SUS, os testes não são utilizados. Os testes, vamos dizer, mais específicos e que dariam realmente algum subsídios, são extremamente caros. Eu não sou especialista nesses testes. Pra mim encaminha o paciente pra pagar 400 reais pra fazer uma testagem...

Em relação ao posterior acompanhamento do paciente: Olha eu consegui fazer alguma continuidade. Muitos eu encaminhei. Mas eu diria que 90 por cento, ou mais, acabam voltando a se internar na mesma unidade onde internaram antes (rindo) porque não tiveram continuidade

Conflitos: Conflitos com a administração: surge conflitos em relação a objetivos, a administração nem sempre está indo junto com a gente. Então tem uma visão administrativa da coisa e não consegue conceber porque você está tendo aquele manejo, então as vezes tem que para a conversa e dizer "pera aí". Interfere, "espera aí" "não é por aí" (rindo) então vamos conversar porque está surgindo alguma coisa. Mais assim, na coisa até do desconhecimento, mais profundo, do que é a psiquiatria, do que é o paciente psiquiátrico. Porque se faz isso com esse paciente e com aquele não entende?. Então, as vezes, surgem algumas interferências, né? Algumas pessoas são mais objetivas mais, assim, assertivas, conseguem resolver isso e outras ficam engasgadas, né? Eu dificilmente fico engasgada com alguma coisa. Então, geralmente, consigo resolver a situação. Tem o pessoal auxiliar. Surge a dificuldade, também, do desconhecimento, do despreparo, né? O salário que se oferece então, geralmente... a gente acaba contratando pessoas não muito qualificadas, né? E daí acaba redundando em questões administrativas com o profissional. Com os colegas da profissão, as vezes surge diferença de opiniões. As vezes... não brigas, maiores dificuldades... já tive alguma problema nesse aspecto, divergência de opiniões de postura. Eu mesmo já fui foco (rindo) de muitas divergências. Eu sou uma pessoa bastante assertiva e nem sempre isso é fácil para os demais. Mas, assim... algumas vezes no manejo com o paciente, alguma divergência. Atualmente a gente está num momento mais leve do setor. Onde o referencial teórico não está sendo mais um incômodo, e sim num enriquecimento. Aprendendo um com um outro. Com os psiquiatras, esbarram mais em questões pessoais. O referencial teórico não é problema. A maioria é só remédio. Com o serviço social as vezes a gente se esbarra nos espaços de atuação, no referencial, na filosofia. A coisa assistencialista... Pra mim isso incomoda muito, porque, eu acho que, quando você adota a linha assistencialista, você já está dizendo que o outro é incapaz de se virar sozinho, né? Você já vendo nele uma incapacidade. Então eu as vezes eu discuto muito isso: dar roupas, calçados, é contribuir para o abandono, né? Fazer um papel que não é da gente é contribuir para que ele fique abandonado e a família não apareça muito, né? E a coisa, assim, também, de repente, também, a família do assistente social do psicólogo... surge as vezes e a gente vai tentando amenizar. Com o terapia ocupacional já tivemos alguma dificuldade. Hoje estamos aprendendo a trabalhar juntos. Nessa coisa de que o psicólogo não pode trabalhar o concreto. O que eu questiono sempre. Então se de repente eu estou ensinando a escovar os dentes. Estou fazendo TO?

Não é por aí, é outro enfoque, outro jeito, e tal. Tem a musicoterapia que a gente tem por aqui. Eu consegui conquistar um espaço, assim, através de algumas brigas, entendimento, hoje eu uso o que quiser e achar que devo sem estar com isso invadindo a área do outro e sem estar incomodando os outros. Música. Toda vez que estava fazendo exercício corporal: "não pode fazer..." Nem todos os meus colegas não podem fazer tudo o que quiser pra ajudar os pacientes. Tem uns que chegaram agora e ainda estão conquistando (rindo) o direito de usar as técnicas que eram de outros. A enfermagem: as vezes pelo despreparo, pelo entendimento de como lidar com os pacientes.

Integração dos profissionais do mesmo serviço: A gente se diz inter (rindo), a gente se diz inter, né? (rindo), mas eu questiono isso. Nós estamos multi mas nos dizemos inter. Eu acho que é até uma expectativa da gente que isso aconteça, né? Que venha a ser inter. Mas... assim... depende, não é uma coisa assim, de uma filosofia da casa, ou uma regra. Depende. Por exemplo eu me dou muito bem com o psiquiatra X, e trabalho super bem com ele, e discuto e troco numa boooa. E daí meu dou muito bem com tal TO, ou tal... e a gente troca e combina o trabalho. Mas... se for com o Dr. Fulaaano (rindo) que tem um pé atrás comigo, a coisa já não vai. Entende? Então não é de filosofia que seja com todo mundo. É coisa muito pessoal isso. Muito pessoal.

Em relação à integração com os demais serviços: Nós somos bem isolados. E a gente, não sei, acho que acaba adoecendo. A gente acaba ficando muito desligado do que acontece lá fora. As vezes somos convidados. Mas na maior parte das vezes, esquecem de nos convidar para os eventos. Daí a gente fica sabendo um tempão depois que a coisa aconteceu. Então, eu acho, então que a gente é meio sozinho. Alguns de nós buscam, assim, intercâmbio, saber o que está acontecendo lá fora. Ligam pro conselho, ou pra secretaria. Né? Pra buscar alguma coisa, assim, em termos de recursos lá fora. Têm alguns de nós que participam, assim, de fórum, e tal, e daí nos trazem alguma coisa.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:

P: Qual é a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Ora! Eu acho assim: essa coisa né?... de tirar o doente do hospital eu acho fantástico. Mas você tem que ter critérios e tem que ser uma coisa muito séria, porque não é simplesmente abrir a porta do hospício e mandar o ele lá pra fora, porque a sociedade não está preparada pra isso. Nós vivemos num país preconceituoso, não é? Não tem... essa abertura lá fora. Então tem que ser feito um trabalho sério de conscientização. Tem que ser uma coisa realmente do cidadão lá fora querer ajudar, porque o louco soltinho lá fora ele não vai se recuperar só porque saiu do hospício. Ele precisa de apoio de amparo de ser realmente um cidadão. Eu acho que os movimentos anti psiquiatria tão em cima assim de uma filosofia muito jóia, tratando Tratado de Caracas e tal. Muito legal! Mas eu acho que estamos vivendo um momento político delicado em que eles estão servindo de massa de manobra. A partir do momento em que o governo, em que o Brasil quer reduzir verbas pra saúde, eu acho que esse movimento está servindo pra justificar esse corte no orçamento. Eles estão usando um discursos filosófico pra mais uma sujeira da nossa política. Eu sinto assim. Porque eu acho que não é por decreto que a gente vai tirar alguém do hospital. Não é dizendo "não pago mais a internação" que alguém vai se curar. Acho que essas pessoas tem o direito de estar lá fora. Mas não vejo um movimento do Estado nesse sentido de realmente garantir um cidadão lá fora. É só um corte da verba. Não é? E acho assim, lamentável que de repente grupos politizados se deixem usar desse jeito. Acho perigoso tudo isso. Porque como outros modelos lá fora como Itália e tal, que simplesmente abriram as portas e tá repensando tudo isso. Porque eu acho que ninguém se cura só por ser jogado (rindo) lá fora, precisa ter acompanhamento, precisa ter medicação, precisa ter onde vai moraaar, quem vai cuidaaar. Como é que vai ser. Né? Eu vou te citar um exemplo até de um paciente assim: meu que... meu não, (rindo) nosso, aqui, que a gente atende que acaba ficando meu porque há tantos atendo aqui. Era um crônico e tava muitos anos aqui antes de eu chegar. Eu consegui fazer um trabalho junto com o médico e outras pessoas e a gente trabalhou fundo esse paciente. E ele saiu de alta. E era um paciente que já estava desenganado e saiu de alta. E eu continuei fazendo o atendimento lá fora, filantrópico, (rindo) pra garantir essa coisa desse retorno. Outro dia ele foi no banco abrir uma caderneta de poupança e foi escoraçado de dentro do banco. Então aí eu te pergunto né? Ele teve toda estrutura, tá tendo todo o suporte, mas abrir uma caderneta de poupança foi escoraçado do bando e teve uma crise. Se não fosse eu estar lá, ir na casa, atender e tentar ajudar, ele teria voltado pra cá. Né? Então eu acho que a nossa sociedade ainda não tá pronta. A desinstitucionalização não está sendo bem conduzida (rindo) eu acho que não. Os catarinenses desinstitucionalizaram mas internam (rindo) aqui.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Eu fui atrás.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado?

R: Sim

P: Alguém lhe encaminhou o texto?

P: Não. Eu fui atrás.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Eu fui atrás. Ao saber da existência por comentários.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Eu fui atrás

06) PSICÓLOGO, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Bem...a primeira questão que eu acho importante, fundamental, né? é a desinformação do que que é a psicologia, né? Éééé... éééé... junto a isso, é a própria desinformação com a equipe. Éééé... o trabalho de psicologia é muito visto assim: hãl, vocês não fazem

muita coisa...! vocês não trabalham...! a próxima vez eu quero ser psicóloga! Né? ...pra não precisar trabalhar! Então, em primeiro lugar seria a desinformação e também a questão de um trabalho em equipe, no hospital. A gente tenta até fazer um trabalho razoável aqui, mas ainda com muita dificuldade. Principalmente com a mão de obra operacional. Que seria serventes e auxiliar de enfermagem. Porque eles não tem noção do que é um trabalho em psiquiatria, doença mental. Seria basicamente isso que interfere muito no trabalho da gente. Porque há uma desvalorização e também há uma assim, ééé... uma desvalorização e descrença. Principalmente com esse pessoal operacional, mais com esse pessoal operacional, e também tem alguns outros profissionais que não conhece o trabalho da psicologia. Então seria: desorienta a equipe e o despreparo desse pessoal auxiliar, com o trabalho com o doente mental. Muitas vezes é até a condição física, né? pelo fato de ser um hospital pobre, né? nos falta até ambiente de trabalho, né? e até, as vezes, condições tipo assim, até muito pobre chega a faltar comida, roupas. Condições mesmo de primeira necessidade, as vezes chega a faltar, né? Mais essa questão da dificuldade de trabalho, né? Apesar que eu ainda me sinto uma privilegiada, porque dentro do hospital, nós ainda formamos um grupo. Nosso pessoal, na realidade, pode se considerar uma das melhores equipes aqui dentro. Eu vejo assim, também, essa questão de a gente se especializar, eu acho que fica uma questão que o alcoolista põem, também, no hospital, né? Então se... se faz especialização, eu acabo fazendo, também, por livre e espontânea vontade. Pois faz parte da informação. Eu já... é o tipo de coisa que o hospital deveria estimular a fazer. E, até ajudar pra que a gente cresça, né? E essa busca geralmente acaba sendo uma coisa particular. Tem muito de realização profissional, né? Apesar de, hoje em dia, a grande maioria das profissões não tem uma remuneração financeira, a gente tem que levar em conta que tem que se trabalhar numa coisa que você gosta, né? Eu gosto do que faço, néééé? Eu, éééé... me sinto realizada no que... dentro do que eu trabalho, e, eeee... né? Eu, eu... não é por acaso que a gente (rindo) faz uma opção, né? Éééé... mas eu gosto, dessa parte com doença mental. Mais direcionada a distúrbio de comportamento mental, mais psicótico. Mas a remuneração deixa a desejar, né? Veja, é um salário... praticamente (rindo) é um salário bem baixo, né? 500 reais por mês, 20 horas por semana. É realmente bem irrisório, porque qualquer curso de pós graduação... esse que terminei agora, no final... no começo desse ano, eu ainda estou pagando ele. Estou pagando 218 reais, quer dizer, pouco menos que a metade do meu salário. Se for bruto, porque se for líquido (rindo) acaba dando mais que a metade, né? Vai pra minha formação, que eu acho que foi necessária. Me acrescentou bastante, como profissional. O que me gratifica na profissão, é cumprir de alguma forma... éééé... não é no sentido de ajudar, mas de ver alguma evolução no paciente. Isso me gratifica muito. Não que... ele se ajuda sozinho. Mas a questão da evolução mesmo. De você estar fazendo alguma coisa de bom, né? Não uma questão de bondade, mas uma questão de que você consegue, de alguma forma, mobilizar alguém, uma família.

Integração dos profissionais do mesmo serviço: Olha é como eu falei no início, né? A gente ainda consegue interagir com alguns profissionais. Mas são em determinadas áreas. Tipo: nós temos uma reunião, de uma equipe onde vai o psiquiatra, o psicólogo, o terapeuta ocupacional, estagiários de terapia ocupacional, infelizmente não temos em psicologia, estagiários de psicologia, que se faz uma reunião. Pra manter interação, né? Mas, essa ainda é uma... a gente tinha uma equipe que não interagiam entre si. Agora, realmente, deixa a desejar a partir de que as outras áreas não participam. É uma falta de mostrar que é necessário: quer dizer, a enfermagem tem que estar junto. Éééé... mesmo a servente tinha que estar junto, porque ela tem que saber se a postura dela está adequada diante daquele paciente, ou não está, né? Nós temos problemas bem básicos: a servente, de repente é cantada por um paciente, invade ela, faz contato físico com ela, e ela não chama nem grupo de oito, não pede socorro, ela... ela acaba se inferiorizando, achando que não tem direito... sabe? Então são esses problemas bem básicos é que incomodam a gente, no sentido de... não é a equipe... quer dizer, é uma mini equipe... é uma equipe de técnicos... né? Só... É só da unidade. Estamos reformulando o sistema. Já há uma perspectiva de mudança. Então o médico psiquiatra atende o posto 1, a terapeuta ocupacional atende o posto 1. Então, nós deste posto é que fazemos essa reunião. Não é obrigatório para os demais.

Comorbidade: o problema maior é o retardo mental com doença mental.

Tipo de patologia: interfere no sentido de que a grande maioria dos pacientes com que a gente consegue trabalhar é o portador de psicose afetiva. É mais fácil do que com pacientes com esquizofrenia catatônica. Eu particularmente tenho mais facilidade, né? com esquizo afetivo pelo fato de... tentar encontrar esse equilíbrio que é mais possível do que com paciente muito crônico, ou muito deteriorado. E fica difícil de você trabalhar mais a nível concreto. Já que no hospital tem (rindo) todas essas patologias, né? juntas, então a gente acaba fazendo opções de trabalho, e, conseqüentemente, acaba, na maior parte dos grupos, vendo esse tipo de patologia. Os esquizos mais crônicos eles vão ficar de lado porque não se beneficiam da psicologia. Pacientes que necessitam de maternagem, não vão pra grupo terapêutico. Basicamente ele precisa de um trabalho mais individualizado, intenso. O meu trabalho é abrangente, porque veja, em 20 horas semanais, eu não posso me dar ao luxo. Há muitos pacientes em atendimento não individual. Alguns pacientes em atendimento individual. A grande maioria é em grupo para tentar abranger uma quantidade maior de pacientes.

Procedência: Algumas dificuldades no sentido das reuniões de família, né? Nossos pacientes... vem bastante pacientes de Santa Catarina, de fora de Curitiba. Vem bastante paciente de Santa Catarina. As famílias as vezes não tem condições. Ou elas vem pra visita, ou elas vem pra atendimento familiar. Porque, nem sempre, o dia de visita... Apesar que as pessoas de fora podem visitar os pacientes a hora que elas quiserem. Então na realidade não teria a ver com as visitas. Eu tenho um trabalho feito na parte da psicologia social. Fica difícil. Com as pessoas de fora fica muito difícil.

Idade: Uma pessoa muito idosa, geralmente... A gente acaba fazendo uma seleção de não colocar pessoas novas, porque o adolescente, é uma situação diferenciada, com que a gente trabalha. Só acaba se colocando menores quando existe uma intervenção, política, judicial. Mas é muito complicado tudo isso porque não se adapta ao tipo de trabalho que a gente faz. E também o idoso, também, fica, né? pega (rindo) a idade média, assim né?...

Escolaridade: baixíssima, passa a ser um problema a partir do momento em que a maior parte das atividades são intelectuais, e como a escolaridade é muito baixa, éééé... é bastante baixa a escolaridade. É interessante que a procedência é as vezes urbana. São pessoas que moram na cidade e tem escolaridade baixíssima. Então é pior que na área rural (rindo) é onde o analfabetismo impera, né? Então atividades intelectuais, geralmente são descartáveis. Então geralmente tem que estar trabalhando no concreto, mesmo. A maioria dos pacientes são trabalhadas no concreto. É questão realmente, que acabam que as pessoas que tem um pouquinho mais de escolaridade acabam participando muito mais do que aquelas... né? Elas acabam... Quanto mais tem, mais consegue, mais aproveitam o tratamento, infelizmente.

Tempo de entrevista: é pouco tempo, né?. Na realidade, veja, um diagnóstico um diagnóstico a gente não faz em uma, duas, três sessões, as vezes se leva até um mês pra fazer. E também tem a questão do material que é caro. A gente deveria usar testes. Aqui a gente não usa testes. Porque justamente nessa questão de caro, né? A gente acaba se baseando, fazendo um diagnóstico meio conjunto

com o médico, mas a nível de verbalização. E faz um diagnóstico fechado mesmo: é isso, é aquilo. Só se usa a entrevista. O paciente é diagnosticado pelo médico de plantão. É ele que entrevista e é ele que faz o diagnóstico. Eles tem também tem essa dificuldade, tem um pequeno tempo de entrevista. Não é uma entrevista, como se fala, eles fazem na realidade uma triagem. Na realidade é isso, não é? E a gente também tem pouco tempo... eeee... veja, são 108 paciente, né? Eu trabalharia com 60 pacientes, porque eu faço 20 horas. 60 pacientes para fazer um diagnóstico, em 20 horas semanais de trabalho, praticamente, quando eu estou fechando o diagnóstico de um paciente, ainda tenho mais (rindo) 59 para diagnosticar. Uma avaliação diagnóstica leva em torno de um mês. Pra ser bem feita. Apesar que ela é aberta. Eu trabalho com uma avaliação diagnóstica aberta ela é...

Organização funcional, incluindo estrutura física: É um problema. Eu já coloquei a questão. Eu trabalho com o paciente e com familiares. Há dias em que tenho que brigar por espaço até mesmo com colegas psicólogas. Eu inclusive divido salas com outros profissionais pra tentar fazer uma harmonia. Mas, é complicado. A organização funcional não é do meu gosto. Porque muitas vezes, parece, falta mais técnicos, mais profissionais, mais auxiliares. Porque é uma coisa muito básico: musicoterapia, enfermagem. De funcionamento mesmo, de equipe, isso deixa a desejar.

Recursos disponíveis: O grupo é um recurso de possibilidade. Atender o máximo de pessoas. A forma que eu consigo de atender o máximo de pessoas, pacientes e familiares, é o grupo. A questão de atender individual é no aquecimento para o grupo. O atendimento é inicialmente individual para prepará-lo para o grupo. Mas se a proposta é a inclusão do paciente na sociedade, é importante se trabalhar em grupo mesmo.

Conflito com os demais integrantes da equipe: Não há problemas além daqueles que eu já falei. Eu sou a única psicóloga da minha unidade. Eu sou comportamentalista as demais da linha analítica. Com os psiquiatras eu não tenho muita dificuldade. O que eu nota é mais problema de comunicação. Mas com aqueles que eu trabalho diretamente, eu não tenho dificuldade não. Assistentes sociais, sem conflitos. Terapeutas sem problemas, tendo inclusive trabalho em conjunto.

Comunicação com os demais serviços: Eu acho assim que a comunicação tem que partir de você. Você tem que buscar. Essa intercomunicação entre os serviços... eu sempre trabalhe em equipe, desde a formação de meu estágio. E é essa idéia que eu pretendo passar para os outros. Muitas vezes eu não sei onde é tal serviço. Vivemos mais isolados.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual é a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Eu acho que essa idéia da inclusão... essa idéia da inclusão, né? O doente mental na sociedade é uma coisa assim, interessante. Ela é importante. É importante porque éeee, não afasta o doente mental da família. A importância da família pro paciente, é uma coisa que contribui a favorece-lo na evolução. Uma maneira de minorar o sofrimento. Hoje o que eu vejo é assim: vamos fazer uma desinstitucionalização, tá? "vamos fechar todos os hospitais psiquiátricos". Eu acho extremamente errado. Eu acho que o trabalho tem que ser feito, tá? Só que precisa um mediador pra isso, né? Não sei se o NAPS seria o mediador, porque eu acho que o trabalho... hospital psiquiátrico e NAPS (rindo) quaaaaase a mesma coisa, né? A única diferença é que o paciente vai pra casa a noite. Mas de tratamento continua tão arcaico quanto o nosso. Porque eu acho o nosso tratamento psiquiátrico desatualizado, arcaico, éeee... é uma coisa que a gente vê... eu vejo, né? particularmente como uma coisa até mesmo ultrapassada. Eu acho realmente importante a gente incluir esse paciente na sociedade, né? A gente percebe que existem outras sociedades, né? fora do país em que hoje... oooo... psicótico desenvolve atividades e é um elemento contribuidor da sociedade, né? A gente de repente trabalhando com o paciente aqui dentro a gente vê um paciente compondo um quadro. Fazendo um trabalho lindo de artista, e que... fica por aí mesmo, né? Ninguém dá valor. Não se expõe um trabalho desse, não dá méritos. Acho que a inclusão é importante sim. Mas não no sentido radical de realmente acabar com os hospitais psiquiátricos. Acabar hoje com os hospitais hoje seria uma grande loucura, né? Porque o paciente quando tá em surto ele realmente precisa ter uma proteção maior, precisa ter uma limitação maior, né? tem que falar "não" mesmo pra ele. Eu acho que tem até uma preocupação de tá sendo feito, né? algum tipo de trabalho. Mas ainda está na, na, naquela tentativa de ensaio mesmo, né? Está se experimentando coisas. É importante eu acho que é um caminho, tem que ser feito as coisas mudaram, as coisas estão mudando. Eu acho que as coisas, daqui pra frente entram num processo de mudança. Não dá mais pra ser como era há três anos atrás porque as coisas mudaram, né? Mas... é o tipo da coisa, mas sugestão eu não teria... Eu acho que há uma boa intenção atrás disso. Pelo menos éeee, uma tentativa de que as coisas mudem. É por aí. É o caminho certo. Mas acredito que haja também algo de política partidária atrás disso. E é uma coisa negativa. Porque saúde não é uma coisa de política. Saúde é uma coisa básica, né? que é necessária. Até uma saúde preventiva é muito (rindo) mais necessária, é muito mais barato ter uma saúde preventiva do que ter uma saúde curativa, né? Eu acredito realmente acabe, infelizmente, no Brasil, tudo muito movimentado por política.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Não

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Paulo Paulo Delgado?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

P: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Sim. Alguma coisa, mas superficialmente.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não (rindo)

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

07) PSICÓLOGO, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: A principal situação com que a gente se defronta é a falta de informações. Principalmente por parte de familiares que acompanham, os responsáveis. Nos trazem o paciente com muito poucos dados. Simplesmente dizem: que precisa internar mas não conseguem fazer o histórico do paciente. Não conseguem detalhar, sabe? Ou, muitas vezes, trazem assim: estava tudo normal até 1 mês atrás. De repente você vai começar analisando, mas esse normal não é o normal que a gente colocaria como normal. A dificuldade já vinha acontecendo. E um outro, situação que ocorre, também, muitas vezes, é com relação a pessoa que faz a entrevista. Ela é muito... ela está preocupada com a situação de agressividade que está acontecendo, então, ela também... não é só a família que trás poucas informações. Ela transcreve uma coisa muito sucinta. E daí a gente não tem um referencial maior. Nós temos, também, situações que a gente tem dificuldade diagnóstica melhor... de poder até ter um tratamento mais eficiente, por falta de uma ajuda dessa família, por não ter um acompanhamento depois, no tratamento, que seria necessário. Por essa família não cuidar da parte da medicação, então a gente tem muita reincidência no tratamento. E para o que o paciente tenha uma evolução boa, dentro do hospital onde está regularmente tomando a medicação a gente trabalha isso com a família. Mas, chega o momento da alta e isso se rompe. E vai ter que se cuidar sozinho do tratamento dele. Essa família não vai olhando muito por ele. Não comparece no ambulatório. Não comparece ao tratamento. Daqui a pouco está internado de novo. Ele já vem mais complicado. E a família sem disposição de investir. Então você tem um programa, você tem uma vontade de que as coisas possam melhorar, mas você esbarra. Ai isso limita mais. "Quanto mais você posar ficar aqui com ele é melhor". Muitas vezes eles chegam pedindo. "Deixe ele num tratamento longo" Mas por que? "Não porque ele não aguenta em casa, ele não para em casa" "Tem que ser internado" Daí parece que quanto mais tempo ficar ele tem mais chance. Mas depois a gente percebe que a família não vem, não comparece. Eles querem que você cuide e eles caem fora. Falta cuidados. Falta colaboração da família. Muitas vezes... é uma questão de tempo. Isso particularmente comigo. Eu tenho 20 aos meus cuidados. Mas eu estou numa ala com 50. Eu tenho uma responsabilidade maior com esses 20, mas a situação envolve todos. Esse tempo, muitas vezes, é restrito. Você tem que vê a parte da equipe que trabalha com você, você tem que fazer o atendimento. O número de pessoas... a gente sente falta, de... de uma equipe maior, de um grupo de profissionais maior. Se o número de pacientes fosse menor, daria mais tempo. Você teria mais chances de aprofundar. Tenho 20 horas de trabalho semanal para atender 58 pacientes. Considero muitos pacientes para pouco tempo. Então são essas as situações assim. Muitas vezes o despreparo das pessoas porque a gente refere enfermeiro que muitas vezes que vem com uma postura agressiva com o paciente. Você se depara com uma dificuldade enorme. Porque ele acha que é o dono da verdade. Porque ele é enfermeiro. Ele pode estar fazendo até uma coisa até muito errada mas ele se julga que ele está certo, porque o paciente não tem direito a reclamar daquilo que ele está fazendo. O enfermeiro que eu me refiro é o auxiliar de enfermagem. Não a chefia. A enfermagem padrão, a chefia são sempre pessoas que sempre é tranqüilo o trato com elas. Mas o pessoal de base, serventes, são pessoas que você tem que levar com cuidado. Muitas vezes você tem que levar... facilmente eles articulam pro sexo. Por isso a gente tem que ter esse tempo com eles também, pra facilitar. A dificuldade financeira do paciente pesa bastante, né? Você muitas vezes pega situações assim que você não sabe o que fazer. O que vai ser lá fora. Você tem uma perspectiva, uma expectativa. Você tem que baixar um pouco. Isso frustra. Você gostaria que aquelas pessoas de repente comessem a produzir na vida. A ter uma porta aberta pra elas. Nem sempre elas vão conseguir. Isso é difícil. Eu escuto muito, que gratifica muito quando há o retorno do paciente. Quando o paciente nos diz que eu estive em tal e tal lugar, só davam medicação e não era conversado com ele. Sabe onde não havia esse espaço de grupo. É gratificante pois se vê resultados. Eu acho melhor trabalhar com pacientes de SUS do que com particulares. É um paciente que na maioria das vezes ele vem procurar você pedindo essa tua ajuda. Já tem sofrido muito com o que a doença já causou nele. Então quando ele encontra pessoas que dão atenção pra ele, que vão tentar ajudar ele a tentar resolver aquilo ali. Com todas as implicações que possa ter. Sabe? Ele se sente bem. Ele te agradece por você estar tentando ajudar ele. Você vê... nós temos visto muitos casos, principalmente agora que nosso ambulatório está funcionando... a todo vapor assim... né? então... eu tenho muitos pacientes... eu sou do ambulatório também. Eu vejo, eu acompanho a sequência... Não é propriamente do SUS, sabe? Mas por ser, assim, um preço bem acessível, você consegue ter um acompanhamento. Você consegue ver muitas pessoas, que... que eram... no histórico de internamento, um segundo internamento, hoje conseguindo sair disso. Hoje vindo éééé... procurar de novo o hospital numa situação de crise, dizendo: "foi bom, eu gostei... eu gostei como você me ajudou". Já não vem tão... naquele internamento, tão difícil, né? Porque quando é primeira vez que tá chegando, é super difícil pra entrar, pra aceitar... Então depois... com esse esquema de tratamento não sai tão assustado. Isso deixa muito... Mas deveria ser mais valorizado o nosso trabalho.

[Sexo]: Não tem problemas.

[Idade]: Tem, em nossa realidade, pacientes muito idosos. Nós recebemos, pelo SUS a gente acaba recebendo. Isso causa dificuldades tremendas para o pessoal que tem que atender. Exige cuidados especiais e sempre tem alguém da enfermagem que é deslocado pra cuidar dessa pessoa. Causa um problema porque rouba tempo. Pra atender a grande maioria dela

[Procedência]: O que nós causa problemas é o paciente procedente do FAS. Muitas vezes é aquela pessoa encontrada na rua, e ninguém sabe nada sobre ela. Então, eles nos trazem. Muito pouco dado. Muito pouco... A procedência de outros estados, como Santa Catarina, que tem muito, mas não causa problema. Dificulta muitas vezes o comparecimento de familiares. Os familiares aqui da cidade estão mais próximos. O paciente em si não tem problema.

[Escolaridade]: Não tem problema.

[Renda familiar]: Quando a renda é muito baixa dificulta o comparecimento. Não tem material de higiene. Não suprem as necessidades básicas do paciente.

[Comorbidade]: Difícilmente deixa de entrar. Porque já é detectado na triagem é encaminhado fora.

[Tipos de patologia]: Não temos problemas mais graves.

[Em relação ao processo diagnóstico]:

[Tempo de entrevista]: Não, não tem problema. Quem realiza a entrevista é o médico de plantão. Fazem boas entrevistas, a não ser que o movimento seja muito grande.

[Tempo disponível]: Se fosse maior a gente colhia mais dados.

[Testes psicológicos]: Não se costuma fazer.

[Organização funcional, inclusive estrutura física]: Funciona... ajuda a detectar uma dificuldade logo no início. Várias pessoas estão atentas para aquela pessoa que não está trabalhando bem. "o que que está acontecendo com ela? A estrutura física nossa é um

pouco pequena. Ela poderia ser mais servida de área verde. Mas não tem... Ela tem uma área verde muito boa que a gente utiliza para os pacientes do hospital. Mas poderia ser maior. Mas dentro do possível está todo mundo bem acomodado. A gente não tem maior.

[Fase terapêutica] Tempo de entrevista. Temos tempo disponível. Trabalhamos em grupo. O tratamento em grupo, o atendimento em grupo é vantajoso tanto para os pacientes quanto para os terapeutas. Você tem muitos mais dados. Das outras pessoas que estão junto com o paciente, trazendo muitas informações que te auxiliam até você entender o que está se passando com aquele paciente. Quando se entende a necessidade de um atendimento individual por uma situação ou por solicitação do paciente, você encontra o ambiente onde você vai fazer. Não que isso seja feito sistematicamente, como uma terapia individual. É um atendimento individual. Então o atendimento em grupo permite uma avaliação, como é que está o paciente? O grupo ajuda na fase diagnóstica, mas ajuda também na fase terapêutica. Porque você trabalha a atitude e... você tenta... e o outro paciente dá a opinião ali. O paciente que está sendo visto... porque esse grupo trabalha com uma agenda. Só as pessoas tem os direitos a trazer os assuntos. Ouve-se muito as opiniões. Sabe?

[Em relação ao acompanhamento posterior]: A gente encontra dificuldade sim. A família diz "a eu não preciso, preciso só do remédio. Não precisa da terapia". Temos os ambulatórios para encaminhar. A necessidade maior é o remédio. O atendimento deve ser feito o melhor possível. Acho que tem o Nossa da Luz, o CPM, e os NAPS. A nível de ambulatório tem pouco. Antigamente tinha a Gradiva, o Instituto Freud, a Mellanie e o Psicopar. Hoje em dia com a situação o nível do atendimento está mais acessível pro paciente. Com a criação desses ambulatórios com os preços do hospital tem o atendimento conforme o que pode pagar. Quanto ele pode pagar? Existe uma taxa. Ele vai pagar quanto ele puder. Então você consegue cativar, porque um pouquinho sempre pode, na maioria dos casos. Quem não pode pagar é o atendimento do SUS, a gente encaminha. Agora, o que eles nos trazem é assim: as dificuldades resolvem-se com uma quantia bem irrisória. Mas a gente tem dificuldade sim.

[Em relação com os demais integrantes da equipe]

[Pessoal administração]: Não temos problema. Temos um diálogo aberto, eles acabam entendendo.

[Pessoal auxiliar, de manutenção]: Não entendem a filosofia, nem entendem a forma de você trabalhar. Então você tem mais dificuldades. No manejo das situações. Pela forma deles tratar. Então isso trás dificuldades. Mas todo mundo é terapeuta. Todo mundo. Quando ela vem com a cabeça só pra limpar o chão, ela não vai ficar. Ela tem que estar olhando tudo.

[Psicólogos]: Não tem problemas.

[Psiquiatras]: Não. Já foi o tempo. Hoje as trocas são muito grandes. Cada um vê de sua forma. Com os demais não tem problemas.

[Integração funcional entre os profissionais do mesmo serviço]: Interdisciplinaridade: O paciente é visto por todos. E é aberta a discussão, sabe? Nós temos reuniões clínicas dessa discussão a respeito do paciente, como é que o médico tá vendo, como é que o psicólogo está vendo. Então cria... ali criam-se dúvidas, ali criam-se opiniões diferentes. Tentando se chegar a um denominador comum. E nunca entrando em atrito: "não, eu tou certo, você não tá". É uma equipe multidisciplinar, que trabalha numa forma interdisciplinar e que agora estão tratando de se trazer pra nós o "transdisciplinar". Que seria acrescentando a parte espiritual.

[intercomunicação entre os serviços]: Sinto que falta, uma boa comunicação. Depende da minha iniciativa. Não recebemos informações do que está sendo ofertado. O paciente... hoje em dia, há uma informação que a gente dá. Dificilmente a gente recebe.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO:

P: Qual é a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Quanto a fechar hospitais eu vejo como uma situação difícil. Porque envolve... o paciente tem o hospital como um recurso no momento da... crise. E os recursos que ele tem fora ainda não são suficientes muitas das vezes. Pra gente pensar... a gente teria primeiro pensar em incrementar esse atendimento fora, incrementar o número de locais em que se possa atender esse paciente, difundir isso, sabe? Como esse paciente... porque muitos pacientes muitas vezes vão nos hospitais, sem ser necessário. Estou falando no geral, assim. Então esse paciente uma vez poderia ser um paciente de um Hospital Dia. Não seria um hospital. Seria um local onde ele passaria parte do dia. Num NAPS. Agora isso não está aí. É uma cultura que está nascendo. Agora, sabe? E daí quando... eu entendo... daí se eu pensar em hospital eu não penso só... só numa realidade... é preciso pensar algo maior, em outros hospitais que você ouve o paciente fica muito parado lá dentro, sem uma atividade, sem um estímulo, sem tentar mexer com a motivação, pouco pode se fazer pela doença dele. Tem que ter uma estrutura fora modificada, teria que ter um trabalho de apoio pra essas famílias que também teriam que entender. Você tenta fazer enquanto ele está internado, compreender essa família. Mas muitas vezes essa família não consegue segurar, depois fora também se ela não tivesse uma sequência de acompanhamento porque ela está no dia-a-dia, ela está sofrendo tudo direto com o paciente. Se acabarem com os hospitais vamos ter que ir para as emergência, e vão ter que aumentar o nível de atendimento a nível de SUS. Particular tem recursos. Agora a nível de SUS, o paciente tem que ir lá longe pra ser atendido.. Na outra vez tem que ir de novo. Temos que facilitar pra essa gente Temos que orientar as pessoas a procurar outros recursos antes de internar. Agora não existe, tem que criar. É preciso discutir mais. É preciso debater. A maioria não participa. Tem alguma politicagem no meio disso. Eu não sei se as pessoas que encabeçam esse movimento também... se elas tem... realmente o conhecimento das dificuldades do paciente, como é que é as limitações do paciente. Então, daí também, me passa, pensei assim, "vamos fechar os hospitais e vamos por aonde todo mundo que tá assim?". Sabe, não querem voltar pra casa, muitas vezes. Porque sabem o que passa com o paciente de difícil, que não aceita. Mesmo aqui é difícil de agente conter esse paciente. Então nós... sabe? porque e aquele que tem várias internações na vida dele. Mas eu acho que tem um grupo de pessoas que estão estudando e tentando encontrar uma boa forma.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim. Se é o que eu penso, sim, por cima.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado?

R: Sim, já tive contato.

P: Alguém lhe enviou o texto?

P: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

ASSISTENTES SOCIAIS – AMBULATÓRIOS

01) ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Eu acho que é a indefinição... né?... das políticas de base em relação à saúde mental. O que se pretende. Enfim, parâmetros melhores para que hajam objetivos claros e definidos. A questão da saúde mental pública, eu acho também, está bastante deficitária. A gente se depara com problemas a nível de encaminhamento, tanto para Hospitais Dias quanto para ambulatorios existe uma dificuldade muito grande. E o CPM está no meio disso tudo. Mediando essa dificuldades e tentando o famoso jeitinho brasileiro. Bem...eu considero que basicamente a falta de políticas claras e definidas, né...O que se pretende, o que se quer, em saúde mental, envolvendo toda a sociedade. A falta de... éééé... instituições ou locais para encaminhamento. O seja, Hospitais Dias, NAPS, né?...Ambulatórios, e até mesmo nos casos mais graves, é a situação dos Hospitais, também, que estão com poucas vagas. Essa, encaminhar para Hospitais, é uma dificuldade não só do serviço social mas do CPM como um todo. No dia a dia de trabalho, também, o que é dificuldade é a falta de treinamento. A gente acaba ficando dentro de uma sala A equipe sem treinamento. A gente acaba ficando meio isolada das coisas atuais né...Do que está acontecendo. Já faz um tempo que a gente não tem cursos aqui também. Já faz uma série de meses. Eu não lembro de o ano passado de ter tido cursos aqui.

Em relação as características da clientela: há mais dificuldades em encaminhar mulheres. Há menos vagas em hospitais. O mercado está ofertando menos vagas.

Em relação à idade: Adolescentes, né?... Tem aí um problema sério em relação aos adolescentes, que o próprio estatuto da criança e do adolescente prevê que haja uma equipe formada com algumas características para trabalhar com adolescentes. E os hospitais dizem que não dispõem dessa equipe. Por outro lado o próprio Estatuto não deixa claro quais são essa equipe. Há uma controvérsia em relação a isso. Os hospitais tem assim um receio bastante grande de internar adolescentes. São informações da central de vagas. O paciente acaba vindo para cá. A gente liga para o hospital, tenta conseguir uma vaga, né?... É uma dificuldade que se tem. Não se deixa muito claro como que é essa internação de adolescentes. Temos essa questão legal então.

Quanto a questão de velhos, pouco chega ao serviço social. A gente tenta orientar a família responsabilizando-a a cuidar deles em casa, principalmente aqueles mais debilitados.

A procedência, a gente tá atendendo toda a região metropolitana. Vem muitos pacientes de fora, Mato Grosso, Santa Catarina. A nível de Serviço Social isso não se constitui um problema. Há sim, a nível de internamento.

São de nível econômico e escolaridade bastante baixa. Acaba sendo um problema. Acaba sendo difícil ao paciente se vincular ao ambulatorio. Acaba interferindo no tratamento. Quando falta remédio, falta meios para ele vir ao ambulatorio. Acaba o remédio, não tem dinheiro, e não tem vale transporte para ele vir. Acaba não vindo mais. É de uma extrema dificuldade também.

E relação ao processo diagnóstico, enquanto Serviço Social, a gente tem local impróprio para entrevista...o tempo de entrevista éééé... não é respeitado pelos outros profissionais, a gente vive gritando e esmerando para garantir um espaço...é uma dificuldade muito grande... não se tem muito apoio da direção...da direção geral e da direção clínica em relação à isso. Existem coisas em relação às muitas atividades que o Serviço Social poderia até implantar mas não está conseguindo espaço para isso, nesse momento. O Serviço Social realiza a entrevista. Temos estagiários que acompanham. O local é inadequado. O tempo é pouco. O tempo varia de acordo com a demanda do paciente. Não satisfaz totalmente as nossas necessidades. É mais emergencial. Apagando fogo que já está meio aceso.

O ambulatorio não atende toda a demanda. Nós não atingimos objetivos porque não existem normas claras. Já se tentou colocar no papel, avaliar juntos, mas não deu eco. Daí a gente está trabalhando mais a nível emergencial, principalmente em PA. Em média é uns 20 minutos que considero pouco para fazer todo um levantamento da vida do paciente, da vida familiar, da história familiar. O médico tem que atender rápido, a família está cansada, o paciente geralmente em surto. Não dá pra se colher muitos dados. Muitas vezes a gente que sair daqui do serviço e levar os pacientes pros hospitais. Porque legalmente ainda não se tem claro aquela lei já deveria estar vigorando que todos os pacientes tem o direito a se internar. Que as famílias posteriormente, ou a FAS vai assumir esses pacientes, ainda não está funcionando essa lei. Então o que acaba ocorrendo é o seguinte é que se o paciente vem sem família, nós temos que sair do setor, ir ao hospital internar ele e se responsabilizar pela alta do paciente. A gente vai na ambulância. Algumas vezes o paciente vai em viatura policial e a gente vai na ambulância. Nisso há muita dificuldade. Eu fiz um documento dizendo que nossa ambulância está totalmente precária sabe, inclusive acabei me queimando com as pessoas que não conseguiram entender o que era aquilo. Está sem equipamentos, enfim. Está sem sirene, está sem buzina, está sem extintor, está sem cinto de segurança. Uma situação muito precária.

Existem dificuldades até em acompanhar o paciente. Porque pra fazer o acompanhamento eu entendo que listar no ambulatorio, vinculado até ao ambulatorio. As vagas que se tem no ambulatorio são poucas, não se abre vagas. São muito poucas. Ontem mesmo procurei e não havia nenhum profissional que pudesse atender o paciente, que estava ele mesmo pedindo o ambulatorio. "Eu quero continuar, eu quero vir aqui, eu quero ter um controle da minha doença". Eu procurei e não encontrei, daí fiz uma guia de referência, contra-referência e pedi pra que ele procurasse uma unidade de saúde pra ver se lá consegue. Mas a gente também já sabe da dificuldade da unidade de saúde, em relação a central de vagas os serviços disponíveis por aí.

Não há muita troca entre os psiquiatras, e entre os psicólogos e o Serviço Social, né. Entre as outras funções até uma troca... até uma troca razoável. Seria o pessoal administrativo, pessoal dos serviços gerais. É justamente a interdisciplinaridade que não se vê aqui. A troca é mais com a psiquiatria. Não há muita troca. Não há tempo também pra se fazer essa troca. Não se tem reuniões, não se tem grupos de estudo onde se possa estudar os casos. No ambulatorio existe já um espaço mais garantido. Mas não no PA. Em termos de equipe, seria a delimitação das funções. O que o Serviço Social faz. Alguns médicos dão abertura. Alguns eles mesmos encaminham. Fazem o trabalho do Serviço Social. Pacientes que vem em viatura da polícia, eles dizem "leva pra FAZ" Encaminham sem avaliação, sem nada. O Trabalho do serviço social não está bem claro para os profissionais. Para o povo até (ri) está claro. Eles procuram os recursos. Uma série de coisas de paternalismo mesmo, de assistencialismo, vale transporte, alimentação, enfim. Mas não é só essa parte de assistencialismo. O povo vem procurar... a demanda é bastante grande a nível jurídico, eles procuram. A nível de recursos eles vem ao serviço social.

Entre os membros da equipe do Serviço Social existe assim uma desmotivação bastante grande, até pela falta de definição do que é o CPM, pra onde vai. Existe uma desmotivação bastante séria que a gente não consegue mais caminhar. Fica sempre no mesmo lugar. Surgem idéias: "vamos fazer isso, vamos fazer aquilo", mas as pessoas não conseguem mais se movimentar.

Acredito que quando se planeja no serviço público o fator que mais atua, eu acredito é mais o político mesmo. O que rende votos, que rende IBOPE, o que rende alguma coisa... Eu acho que a gestão da própria comunidade, a nível associações... O fator técnico é que vai dar base para tudo com o envolvimento dos outros seguimentos. Eu acredito que a ciência é que vai fundamentar todo o trabalho.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

Eu acho que a moderna psiquiatria fala, né? do não isolamento do paciente. De colocar o paciente mais em seu meio social. Na família e na comunidade. A esse nível eu acho bastante interessante. Mas, como tudo na vida a gente não deve regulamentar. Não existe só isso. Eu acho que existem pacientes que tem que ter uma certa contenção. Que a família não consegue conter. Nem mesmo a sociedade. Dai ele vai ter que ficar um período internado. Mas, num período assim, o mínimo possível, né? Para que ele já volte as suas funções e já consiga se estabilizar em seu meio. Eu acredito que tem pacientes realmente precisam de internamento e a parte de medicamentos de Hospital Dia não vai conseguir controlar eles. Se fecharem os Hospitais deverá existir alguma outra coisa. Talvez medicamentos, novos, diferentes, possam vir a resolver o problemas. Atualmente, porém, eu acho impossível, inviável que os hospitais possam ser fechados e os pacientes tratados fora. Ficariam muitos pacientes por aí sem tratamento. Essa população está a margem de toda política de saúde mental. Não conheço experiência similar que tenha dado certo. Tratar os pacientes em hospitais clínicos seria uma boa. Diminuiria os estigmas.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Conheço por cima.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

02) ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Na verdade aqui a gente faz muito atendimento de... de pacientes, familiares, de... psicóticos, alcoolistas, usuários de drogas, assim. E as grandes dificuldades que a gente tem são múltiplas. As vezes até fazer com que a família consiga entender as suas dificuldades apresentadas, as famílias entender... sabe? Então... outras dificuldades até assim... pra onde encaminhar determinadas situações, sabe? Porque... éééé... em geral os recursos comunitários são poucos. Por exemplo se você tem uma situação de... você tem... se você tem... um paciente que ele não tem muito... desprovido de família, desprovido de... ainda mais que ele é um doente mental, você não tem pra onde encaminhar. Não existem casas que... que abriguem esse tipo de paciente. Já que o coitado é bem mais problemático que qualquer outro, né? Éééé... o próprio paciente alcoolista, sabe? aaaa... ooooo... os recursos comunitários, assim, tem um serviço da FAS (Fundação de Assistência Social) que abriga alguns deles. Mas é o único serviço. Então é pouco. Tem algumas casas... chácaras, também, comunidades terapêuticas, que não são muito terapêuticas (ri), também, né? Mas você também tem muita dificuldade em encaminhar nesse tipo de coisas, tipo de situação, assim. Mas mesmo o fato de você conseguir fazer com que..., mesmo que o paciente tenha família, você conseguir vir fazer com que essa família entenda, que o máximo da responsabilidade do paciente é dela. Não é do Estado, não é da... sabe? é do... Primeira, a responsabilidade primeira é da família, não é? E as vezes você se defronta com situações assim. Você procura, não tem... conversa... eu quero um lugar onde possa deixar ele porque não agüento mais". Seja ele um paciente alcoolista ou um paciente psicótico, sabe? Então, aquela vontade, assim, de querer se livrar do paciente, sabe? Tentar trabalhar, tentar fazer entender que a responsabilidade primeira é deles. Que a família é a principal responsável, não é? Que o paciente não tem que ser largado, simplesmente jogado num lugar, né? Que a política agora não é mais simplesmente.. asilar em algum canto o paciente doente mental, o alcoolista, seja lá a doença que for, né? E as famílias não entendem isso. Elas acham que se o paciente causa problemas pra elas, então elas tem que simplesmente achar algum lugar onde eles possam ficar, e não incomodem mais. Então, a gente tem muita dificuldade nesse sentido. Em nossa situação social atual, as vezes... é quase impraticável mas você até... te... tenta fazer o máximo que você pode, entende?. Porque, o ideal seria uma... um outro tipo de..., sabe? Uma política de incentivo, mesmo, à família, à... permanecer com esse paciente. Existe até agora uma certa... uma certa pensão, aí, um benefício que... é... é um tipo de incentivo só que é uma coisa, assim, que abrange muito pouca, sabe? Abrange uma parte muito pequena do, sabe?... que não é pequena, mas... é muito restrito, sabe? Porque esse benefício aí que era chamado... benefício de prestação continuada, né? É um benefício que é oferecido à família que tenha renda per capita inferior a 1/4 do salário mínimo. Então [rindo] é uma coisa assim que... As vezes... o senhor sabe que um paciente que seja doente mental... ele custa caro... né? E... se você já tem uma... uma renda... de 1 salário mínimo com 3 pessoas em casa, a pessoa já não encaixa, né? E é uma renda que... muuuuito pequena. Então eu acho que poderia até ser repensada essa situação, tá? no sentido de... de incentivar mais. E são, acho, basicamente essas as dificuldades, né? que a gente... E a dificuldade também grande que a gente vê, éééé... com relação ao adolescente, usuário de drogas. A dificuldade da família aceitar... então quando o menino começa... começa a cheirar cola, de repente o menino está fumando maconha, daí de repente está cheirando cocaína, né? E... a família

tem muita dificuldade de...de tentar ver, de enxergar, que as vezes o que levou o adolescente a praticar esse tipo de atitude, está dentro de casa... Né? Então... eles acham que não. Que a dificuldade está no adolescente... e na sociedade. Mas, o problema dele... tentar enxergar... tentar fazer o diagnóstico junto com a família dentro... dentro do ambiente familiar é muito difícil. Então, são essas características culturais que dificultam bastante o diagnóstico. Quando se pensa em tratar o que se verifica é a falta de instituições. Agora, essa questão, até, do adolescente é... com relação a instituições é um pouco mais séria. Porque, a gente praticamente não tem instituições de... de... hospitais psiquiátricos. Se for falar de hospitais psiquiátricos não há que atendam adolescentes. O Hospital Adauto Botelho atende adolescente doente mental, mas usuário de drogas não. Para os pacientes psicóticos o que se observa é a falta de recursos hospitalares. Nós temos dificuldades tremendas para encaminhar pacientes por falta de vagas, para internamento. Até eu não sou contra a essa situação de se fechar os hospitais, desde que se fechem essas internações mais eletivas, sabe? e se mantenham as internações emergenciais, né? Desde que exista um suporte, que possa garantir esse paciente fora do hospital. Porque não tem. Se falar em termos de ambulatório de psiquiatria,... são muito poucos. Aqui em Curitiba nós temos, aqui, tá?, que atende um grande número de pacientes. Os profissionais aqui estão hiper lotados, o ambulatório está sempre lotado, e você nunca consegue encaixar um paciente aqui. Nem os próprios pacientes daqui do atendimento, nem os que vem de fora. E pra você conseguir um agendamento nos ambulatórios fora, é uma dificuldade tremenda. São os do Hospital Dom Alberto [Nossa Senhora da Luz], o ambulatório do Hospital Dom Alberto [ambulatório, da Santa Casa de Misericórdia, em convênio com o SUS]. Tem um ambulatório pequeno no CRE- Kennedy [ambulatório municipal: Centro Regional de Especialidades - Kennedy] que parece ter psiquiatra, parece que um só agora, e outra na Ômega[Clínica que comporta NAPS e ambulatório, em convênio com o SUS]. São esses os ambulatório. Não dá conta... não dá conta mesmo. Acaba ficando muito paciente que poderia ser... O que... acaba formando um círculo vicioso, não é?: o paciente... interna, sai do hospital em condições de acompanhamento ambulatorial. Como não encontra ambulatório, não tem médico que acompanhe, não tem a medicação disponível, e 90 por cento deles tem uma renda tão baixa que não tem condições financeiras pra adquirir essa... essa medicação, embora a gente saiba que a medicação psiquiátrica seja uma medicação relativamente barata, né? mas o paciente sai do hospital, não toma a medicação, fica sem ter o acompanhamento médico... o que acontece? Ele vai surtar de novo, fazer outro difícil internamento... Eu acho que existe muita interferência política (ri) quando a gente planeja as coisas pra saúde mental. Eu acho um absurdo. A saúde mental, SUS, está muito mal cuidada.

Bom, em relação a clientela a gente atende cliente de ambos os sexos... As dificuldades maiores com relação à sexo teria o internamento de... de pacientes do sexo feminino. Tem um menor número de hospitais que tem... com leitos disponíveis pra sexo feminino, né?. A maioria tem leitos disponíveis pra sexo masculino.

A dificuldade que gente encontra com relação à idade que a gente tem é... o idoso mesmo, né? com mais de setenta anos, que aí você não interna mesmo em lugar nenhum. Principalmente porque agora depois que surgiu a... central de leitos na rede metropolitana, né? que os hospitais são credenciados assim, a maioria de 18 a 70 anos, ou a 60 anos. Então, fica aquela faixa etária... fica uma faixa etária descoberta: menores de 18 e os acima dos 60, 70 anos. Existem casos... existem casos, em que a... não é porque é uma criança que não vai ter um problema mental, ou porque é um velho vai, sabe? Por exemplo, um paciente que foi um psicótico crônico a vida inteira que depois que completa 70 ele vai deixar de ser um psicótico?

Procedência, a gente tem muita dificuldade com paciente procedente de outras cidades, de outros estados, né?. De Santa Catarina, São Paulo,... e até... sabe? Mato Grosso do Sul, e (rindo)... a gente tem muita dificuldade com esse tipo de pacientes. Santa Catarina manda horrores de pacientes. O que acontece lá é que Santa Catarina não tem (rindo) atendimento nenhum pro paciente doente mental. Provavelmente desinstitucionalizaram lá (rindo) e jogaram tudo pra cá. Quer dizer, pra eles provavelmente é mais fácil éééé, investir em ambulâncias, pra trazer o povo pra aqui, pra Curitiba, do que investir em tratamento local, não é?

Eeee...renda familiar o que a gente tem é...população de renda muuuito baixa, né? Dai fica dentro das dificuldades que eu já comentei, né.

A gente com tempo de entrevista a gente... éééé, não, não fixa tempo de entrevista pra trabalho, sabe? porque, no caso gente trabalha aqui o dia inteiro, você pode ficar 15 minutos, 10 , 5, ou as vezes até 1 hora. Porque é uma coisa assim...quando se fala na questão social é uma coisa que você não tem como delimitar... né? As vezes você acaba tendo que extrapolar muito e a gente tem...tem até uma certa dificuldade com relação à isso.

Bom, em relação ao tratamento...essa organização funcional do serviço, a gente questiona muito, aqui (ri), sabe? porque organização... fica muito a desejar,... sabe? Tem muitos problemas... eeee, até pulando aqui pros recursos farmacológicos, sabe? Éééé... medicação é outro problema sério, porque, a nossa farmácia aqui é a única farmácia, em Curitiba, que fornece medicação psiquiátrica. Quer dizer, tem alguém, nas unidades de 24 horas que tem poucas, uma coisa assim mais básica de medicação. Mas medicação psiquiátrica mesmo, quem fornece gratuitamente à população, o nosso é o único. Então, a procura é grande... agora, você não tem condições de atender pacientes de fora... aí quando você atender...mesmo pra atender o próprios pacientes daí, as vezes você acaba... por ser um um serviço público, né?... você acaba tendo dificuldade... a demora de, de medicamentos...aí o paciente... Tudo, tudo que acontece na unidade acaba vindo parar no serviço social. O paciente não tem não tem, não tem muita vaga, não tendo também medicação acaba vindo pro serviço social. A gente tem todo um trabalho de orientar, de... Isso é uma dificuldade muito grande. Se você não... se você tem a medicação o paciente acaba não se tomando um problema. A gente chega, entrega pra ele e ele vai embora. Se tem vaga é a mesma coisa, né? Ele chega, é encaminhado ao hospital, vai embora. Se tem se tem médico, se tem psicólogo, tudo isso fica mais fácil. Então, até essa questão do médico, de...sabe? a dificuldade que a gente tem de agendamento do médico pra continuidade do tratamento, éééé...de indisponibilidade do médico de atender, sabe?...do psicólogo mesmo. De as vezes você ter até que...sabe? ficar cobrindo furos e tal e naquela postura cínica, pondo panos quentes. Justamente pra tentar... Porque o que eu procuro muito fazer é assim: eu...começa que ...começa que a gente as vezes não tenha tantas condições de fazer isso, não deixar que o paciente saia, ou que a família saia daqui sem ter tido um atendimento, sem ter tido pelos menos uma conversa com ele, que... oriente, que encaminhe, alguma coisa...Sem procurar fazer joguete com o paciente. "O médico não está aqui hoje, volta daqui um mês, então você volta daqui um mês" Então este joguete não é adequado. Eu acho. O paciente não busca o serviço por prazer, busca por dificuldades.

Dificuldades com o pessoal do serviço: Pessoal da enfermagem, sabe? o pessoal assim, em geral. Em geral o pessoal administrativo, o pessoal de enfermagem. Até mesmo entre nós, assistentes sociais Em geral o pessoal que vem trabalhar na psiquiatria simplesmente é jogado. Eu mesmo quando vim pra cá vim nessa situação. Eu vim... trabalhei 7 anos numa maternidade. Aí você sai de uma maternidade e vem trabalhar num lugar psiquiátrico. Você tem noção do que é isso, né? E você não tem um treinamento pra isso. Pra iniciar um trabalho. Pra... se quer conhecer psiquiatria, vai conhecer por conta própria. Tá? Ou vai conhecer no dia-a-dia... ou vai

estudar... ou vai buscar, ou vai... Então o próprio pessoal de enfermagem, o pessoal administrativo não tem um treinamento pra lidar com o paciente psiquiátrico, pra lidar com as situações que aparecem. Então é um pessoal muito mal preparado, sabe? Eu acho que realmente tem dificuldades com... com, vamos dizer assim, o preparo de pessoal de... Até, porque, eu acho, quando se lida..., quando se trata de psiquiatria, até o pessoal de manutenção, de serviços gerais têm que estar preparados. E não estão. Não estão. Então o Serviço funciona chegando até a absurdos... tendo que chamar o fulano "olha, vamos tentar ver..." Tem coisas que não cabe a gente fazer enquanto profissional estar orientando. Enquanto se o pessoal fosse mais bem preparado, sabe? a situação seria melhor. Até a gente aqui até encontra aspectos até de relacionamento de pessoal. Até com médicos com psicólogos. Pessoas assim que se acham muito donos da situação. Porque, me desculpe você, que é médico, (rindo) mas o médico se acha assim: "o meu paciente", o dono do paciente. E na verdade o paciente deveria ser da equipe, ou melhor, não deveria ser de ninguém, deveria ser dele mesmo até, né?

E a questão do trabalho em equipe, você as vezes consegue trabalhar bem com um ou outro profissional mas, com vários deles isso você não consegue trabalhar. Médico, assim, existe uma idéia, talvez propagando na cabeça dos médicos, que o Serviço Social existe como Serviço Social médico, né? E o assistente social é quase um auxiliar do médico. E eu acho que não é por aí, que nós somos profissionais. Que nós temos que ser respeitados como tal, né? e que fazemos um trabalho que tem que ser respeitado. É uma questão de saber o que o médico quer consultar.

Sinceramente, não trabalhamos de maneira interdisciplinar. É eu acho que, sabe... você... é como eu já falei agora há pouco. Talvez até com alguns profissionais se consegue. Com a maioria não. Não existe espírito interdisciplinar aqui no serviço. Se há depende do relacionamento pessoal.

A comunicação com outros serviços tem que ser buscada. Se não buscar não vem, sabe? Então...as vezes a gente tem dificuldades com o hospital, por exemplo, encaminhamento de paciente, de aceitação de paciente. Então muitas vezes tem que fazer... procurar política de boa vizinhança, e tal. Ter muito jogo de cintura (rindo). Usar os dotes pessoais.

Quanto a recursos materiais, (rindo) na verdade, você veja: esta questão de... de... a gente tem bastante dificuldade com recursos. Primeiro você pode falar na ambulância, por exemplo, estamos muito mal. De veículos em geral. Talvez até não precisa nem ser uma ambulância você precisa de um carro comum pra visita domiciliar, pra fazer uma abordagem fora da unidade. Há uma dificuldade em conseguir, e quando você consegue os veículos não tem quase condições de andar na rua, sabe? Então isso...isso é muito difícil mesmo. É... se você for falar em recursos financeiros, o Serviço Social não tem. Isso não existe. A gente tem até uma promessa de vale transporte, promessa...vem uma quantidade, após burocracia. Ai acaba... O paciente não tem vale transporte, sem condições de vir ao ambulatorio. Dizem que daqui há 2 meses vai vir, daí o paciente fica 2 meses sem vir a consulta...

Sinto-me frustrada com o trabalho. A causa é justamente a falta de recursos, sabe? falta de organização... falta desse interdisciplinar, e por ai a fora. Na verdade o dinheiro não é tão importante. Pode até ser. Mas no meu caso não seria o dinheiro o mais importante. No meu caso seria mais a satisfação pessoal de você estar.... Eu gosto de Serviço Social, sabe? O fato de as coisas funcionarem de acordo seria muito mais gratificante que um salário alto, por exemplo. Material de trabalho eu tenho, os doentes, mas a solução dos problemas é que é difícil e frustrante.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Eu não sou contra. Só que eu acho que antes dessa desinstitucionalização tem que acontecer muita coisa. Uma virada muito grande, sabe?. Principalmente... se você for falar em termos de NAPS, CAPS, é uma coisa muito boa. Só que existe uma grande gama de pacientes ai que não...você diz assim... "eu vou tratar no hospital dia..." e a noite, ele vai pra onde? Se ele não tem casa, ele não tem família, não tem... né? Quando existe estatísticas de pacientes abandonados é grande, também, sabe?. Então o que acontece é... como é que você vai manter? Então pra manter esse tipo de paciente, que além de...a política de desinstitucionalização tinha que pensar na...na maneira geral, em toda a situação social do paciente. Né? Não é questão de pensar, no tratamento na medicação ou o que vai acontecer com ele. Tem que pensar, éééé, no geral... porque, se... eu até tinha, tenho assim, as vezes eu até tenho insônia, sabe? (rindo). Eu chamo de insônia. Assim, em pensar num local onde que se possa... éééé... manter esses pacientes, éééé... que fosse até talvez durante a noite, sabe? Seria...um albergue não é o lugar desse paciente, porque ele está sujeito de fazer um surto durante a noite. Inclusive é esse o motivo que faz com que os albergues rejeitem esses pacientes. As vezes a gente faz assim tipo... acordados. O nosso, o nosso NAPS tem assim um acordo com a FAS [Fundação de Serviço Social], tem muitos pacientes que não tem pra onde ser encaminhados, dormem em albergues durante a noite, ai durante o dia vem pra cá. Mas... essa, essa questão da desinstitucionalização ela tem que ser vista assim de uma forma muito mais abrangente, sabe? Tem que ser vista com muito carinho, eu acho.... sabe?. Não é simplesmente assim "fechamos os hospitais psiquiátricos, criamos NAPS e CAPS e resolve a situação". Eu acho... se acontecer dessa forma vai acabar piorando e não resolvendo nada. Eu imagino que a questão começa a ser pensada mais da base. Se fechar os hospitais agora vai virar o caos. No futuro, se começar a pensar éééé... mais assim na questão de como se encaminhar a situação geral e não só médica, possa acontecer de forma correta. Eu acho que substituir cem por cento nunca vai substituir, quando você pensa em serviços extra hospitalares. De qualquer forma existem as situações emergenciais que precisam de um internamento, de uma contenção total, né? Eu penso ter...tenho visto ai, na experiência do dia-a-dia, que o paciente as vezes com família bem estruturada, que se mantém bem, de repente, sem lógica, sem aviso, volta a fazer um surto. Numa determinada situação ele vai precisar de uma contenção hospitalar. O hospital de longa duração eu acredito que possa ser abolido. Pode se abolir o internamento, desde que se deixe uma abertura pra que o paciente possa ficar até que ele tenha condições de ser encaminhado, né?. Sem limite de tempo pra internamento.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Eu tenho o texto porque fui atrás.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Delgado?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Esse eu não fui atrás (rindo) Mas ainda pretendo ir.(rindo)

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Também eu fui atrás.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não. Essa eu não tive ainda a oportunidade de ler.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Também não.

03) ASSISTENTE SOCIAL, AMBULATÓRIO

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: O que eu acho...o que eu acho não. O que eu constato, né? é que as famílias, é... tem poucos conhecimentos de seus direitos...dos seus deveres, né? Quando um paciente, éééé sai de alta de um hospital, que ele retoma pra casa, ele deveria fazer um acompanhamento, éééé... ambulatorial, ou até mesmo na própria unidade de saúde, né? e ter...eles participar da política de saúde. Porque hoje eles tem isso tem essa abertura, com... com os Conselhos de Saúde, onde o usuário é onde eles fazem parte éééé dessa parcela. Onde eles podem reivindicar os seus direitos, né? Então, muitas vezes eles chegam até aqui no AMBulatório em desespero, né? que não sabem o que que eles vão fazer. É... o paciente saiu do internamento, acabou a medicação, eles não tem como comprar, eles não tem condições de andar de ônibus. Sendo um doente mental ele tem que ter, éééé... conhecimento, né? que sendo uma pessoa carente ele pode ter... a carteirinha pra ele andar de ônibus. Com acompanhante... se caso necessário. Eeee, e a medida que a gente vai... conseguindo trabalhar isso, né?... só que eu não trabalho com grupo, né? eu trabalho, né? individual... né? orientação social individual. Então que ele venha até aqui ao ambulatorio, ou passa por mim direto, né? ou o médico éééé pede pra vir pra mim ou o até mesmo o psicólogo pede pra retomar ao serviço social, que eles precisam de orientação pra pensão continuada, aposentadorias éééé dar continuidade com um hospital dia...né?...então...tudo isso. Tudo isso impede, impede por exemplo: éééé, o paciente não tem condições de comprar as medicações, determinadas medicações. Que o SUS por exemplo ele dá o Haldol, éééé, Diazepam, éééé... essas medicaçõeszinhas básicas, né? mas as fortes eles não dão pros pacientes, as mais caras, né? Então o que que acarreta? O paciente daí não pode tomar essas medicações. Daí o que que acontece? O paciente vai pra casa, a família não tem condições de comprar, o paciente tem que ser internado. Muitas vezes ele tem que ser internado só pra tomar a medicação, né? E...e uma coisa que eu poderia orientar: "você vai lá no teu posto de saúde..." ou eu entro em contato muitas vezes, né? com o trabalho do...da unidade de saúde...peço pra eles ir fazer uma visita domiciliar, porque muitas vezes eu não posso fazer essa visita domiciliar... Eu solicito, né? que a unidade de saúde vá ver o que está acontecendo. Daí... só que o paciente não pode. Até a gente conseguir, né? uma pensão continuada pra esse paciente, ou uma aposentadoria, o paciente já passou por vários internamentos. O que eles poderiam fazer é ter um cadastro dos pacientes pro paciente não ficar...pega uma medicação aqui outra acolá, né? Mas sim ter um lugar onde o paciente receba essa medicação e fique registrado, né? Isso seria um... fator... né? importante, né? que daí não perdia o controle, né? daí não faltaria medicação e o paciente não ficaria... Na minha opinião a causa disso é a política de saúde, né? Porque a política de saúde... não sei se os profissionais não tão... né? não querem se comprometer... o médico por que ganha pouco... o assistente social, "há! isso é assim mesmo..." o psicólogo "ah! Vam..." sabe como? Cada um faz o seu necessário e não se compromete com essa política. Então se você não estiver interagido também das políticas, não adianta nada. Né? Você não pode só culpar os outros, se você não atua. O assistente ele social trabalha com a orientação, com o encaminhamento, com o desenvolvimento das políticas... né? da... em si... né? Então gera assim... um...é...é que a problemática social... você tem que ta interagido... dos acontecimentos, do que está se passando. Pra você poder encaminhar o paciente, pra você poder dar uma resposta... pra você poder dar uma continuidade no seu trabalho. Eu não tenho acesso a administração do SUS. Daí eu encontro problema quando... Está vindo muito paciente aqui a procura direta sem a gente dar essas condições, né? O paciente daí "mas eu não tenho condições, de fica vindo, eles ficam mandando eu ir pra lá e pra cá". Eu ligo... converso com a pessoa responsável do SUS "o que que está acontecendo com esses pacientes?" E retorno eles pro local de origem. Encaminho, oriento. Eu tenho um telefone de reclamações. Eu passo esse telefone de reclamações pra eles, né: "é um direito de vocês então vocês podem ir, né?" e reivindicar junto ao SUS, ao conselho de saúde. Por exemplo, também, transporte. Nós não temos transporte pra poder transportar os pacientes, né? Então eu não posso mandar um paciente surtado dentro de um ônibus, né? Porque eu estou pondo em risco a... o paciente, a minha profissão e a instituição, né? Então eu... eu não posso fazer isso, e se o paciente agride alguém dentro de um ônibus?, né? Isso não é preconceito, isso é realidade, né? Então você éééé... tem... tem que comunicar a família, tem chamar a polícia pra levar esse paciente, sabe? ...oooo... aaaa... a administração do SUS, eles não querem que os policiais façam esse trabalho. Dizem que não. Que é muito agressivo para o paciente. Mas eu questiono isso. É agressivo pro paciente, mas o paciente, no momento em que ele está surtado ele é agressivo com a família, ele agressivo com os vizinhos, não é? Então qual... o que que é prioridade no momento? O policial não vai agredir o paciente surtado. Vai agredir se a família disser...se o paciente é... é psicótico eles vão pegar o paciente colocar, né? no... noooo... carro e levar pro CPM ou pro local onde foi solicitado o internamento. Então isso é uma dificuldade junto... tem que resolver isso. Tem lugar onde internar... mas falta vagas. Apesar que eles tão querendo diminuir, né? Por exemplo, o nosso mesmo já diminuiu um pavilhão, né? Então, o que que acontece? Eles querem que... diminua... vá acho que pra 250 leitos, né?. mas só que eu não sei até quando. Eu acho que só daqui há uns... 20, 30 anos é que eles vão conseguir isso, né? Porque nosso é tido como... tem asilamento, né? Mas não é bem isso. Façam um estudo da realidade desses pacientes aí dentro. Vão fazer uma visita domiciliar pra constatar, né?. Tem família que não quer nem saber do paciente. Porque a doença mental, ainda continua, digamos assim, cooooo... éééé... Então ter um doente em casa é como... antigamente tivesse um leproso, ou tivesse um tuberculoso em casa, né? Então isso... e daí... você vai... aquela família tem toda uma cultura, né?... ela tem todo um desenvolvimento, como que você "você vai ter que aceitar essa pessoa", né? Vai demorar isso. Porque em outros países, né? que a gente já leu, já estudou, estão fazendo. Só que os doentes mentais já foram pra debaixo da ponte, e tudo. Só que eles tão querendo fazer implantação aqui agora, né? Então eu não sei como que vai ser isso, no futuro.

Quanto ao sexo, a dificuldade é conseguir internamento pra mulher, não tem vaga. Poucos hospitais internam mulher alcoólatras porque não tem setor próprio, né? pra tratamento de alcoolismo. Pra mim problema são os moradores de rua, maioria homens. Eles não

tem referencial, né? Então esse referencial... daí eles se apegam muito na gente "há assistente social de lá" Eles não tem uma família. A assistente social é que vira família. Só que isso...tem que estudar pra não criar aquele vínculo patológico.

Idade, é adoltescente. Pra internamento é uma... tristeza. Porque não tem... o juiz diz que não dá mais autorização pra internamento, porque ele tem uma genitora acompanhante. E por sua vez o hospital tem suas regras suas normas que não aceitam menor porque não tem um setor que atendam só menor adolescente, né?, criança e adolescente.

Procedência... é os paciente que vem do interior, né? Então muitas vezes eles vem sem AIH, sem um diagnóstico médico, eles ligam pedindo vaga, solicitando vaga, daí até gente consegue vaga. Daí o paciente chega e não tem nada. O médico não manda nada. Só manda o paciente... né? Isso dificulta também, né?

Escolaridade. Os nossos pacientes, também, não saber a ler. Por exemplo eu encaminho um apaciente... ou ele vem sozinho ou ele vem acompanhado de uma outra pessoa. Só que ele sabe vir de sua residência. É difícil porque muitos não sabem ler, pra se orientar.

Renda familiar. Também é uma outra situação. Eles ganham uma média... eu fiz uma pesquisa e... 80% eles tem uma renda de 115 reais... né? Então daí como que eles vão comprar medicação, como que eles vão vir...né? Então, muitas vezes eles telefonam pra mim com uma ficha ou pedem numa casa de alguém, que eles tem consulta marcada... né? Daí então eu tenho que dizer pra eles " olha empresta vizinho daí amanhã a gente ve o que que faz". Ai são aqueles pacientes já... da gente há tempo, né? O senhor entende, né? que a gente já constata a situação. Já fez toda uma leitura da realidade dele, né?

Comorbidade: é uma grande dificuldade. Ainda a gente consegue internar um paciente deficiente visual. Paralisia... com cadeiras de roda, as vezes se consegue internar. Mas quando as vezes o paciente não tem mesmo condição nenhuma é difícil. Tanto aqui quanto nos outros encaminhamentos, noutras instituição.

O tempo não é difícil É uma coisa que eu tenho que fazer mesmo. Eu tenho que desenvolver esse trabalho com a entrevista mesmo.

Aqui na função eu graças a Deus eu trabalho bem com os médicos. Assim eles trabalham bem comigo. Sabe por que? Um depende do outro. Ninguém é único, né. Então eles precisam pros pacientes dele. Até mesmo pros pacientes que eles atendem lá fora. O paciente tem uma situação econômica... né? Daí eles conversam comigo, encaminham pra mim, daí... "você faz um estudo, um encaminhamento social" Não tem problema nenhum. Eu faço. Não tem... Eles também comigo. Eu preciso deles. Nunca assim a gente... É uma atividade multidisciplinar. É multi... é unitário, com cada médico, com cada psicólogo. Aqui é um serviço social. O médico é prestador de serviço pelo SUS. O psicólogo também. A assistente social é contratada. Não tem encrenca. Cada um na sua função. Cada um sabe o que está fazendo. Por exemplo... éééé... o psicólogo, se ele atende só 5 ou 6 paciente... ele não pode querer... que eu fique aqui todos os dias. Então é diferente... um médico que atende 400 pacientes por mês...

A comunicação com os outros serviços é fácil. Eu entro em contato com eles tranquilo.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual a sua opinião a respeito das mudanças no atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: A desospitalização, né? [rindo]. A minha opinião a respeito disso é que tem que ser feito um estudo... tem que as pessoas estarem preparadas tanto médico quanto o serviço social, quanto o psicólogo, né? o terapeuta ocupacional. Os profissionais e a família. Porque não adianta falar que vai desospitalizar [rindo] o paciente [rindo] né? e vamos por o paciente na casa... né? Não vamos dar nem uma... nem um suporte pra família, né? Isso é uma demagogia, né? Porque o que a gente ve. Não é fácil uma família ter uma pessoa surtada em casa. Um doente mental em casa, né? E também não é justo o paciente vir e ficar a vida inteira num hospital psiquiátrico... né? Então tem que ser feito um estudo da realidade... têm que ser pessoas comprometidas... não pode começar com um programa e de repente parar... tem que dar um suporte. Porque pra fazer... pra fazer...pra falar que a gente está fazendo uma coisa de primeiro mundo, isso é querer enganar a gente próprio. E daí o que vai acontecer? Vai acontecer acúmulos de pacientes éééé... na rua... éééé, famílias né?... Nós temos famílias, que eles internam, né? que a gente tem que fazer tipo, uma investigação mesmo, uma entrevista de investigação, porque quer mais deixar aqui o paciente e sumir. Eles mudam de endereço. Cada vez que o Serviço Social éééé... sabe onde eles estão morando, eles mudam de interesse

Olha... eu... gostaria assim que tivesse mais participação. De todos os trabalhadores na área de serviço mental. Principalmente os trabalhadores das unidades de saúde. Eu enxergo zero se fecharem os hospitais hoje, eles vão botar os pacientes na rua, né? . Eles fecharam os asilos. Não existe mais asilo. Vai ter que existir casas de repouso pros pacientes. Porque tem uns que eles mesmos não gostam de conviver na família. Vai ter que ser respeitado esse lado, né? Porque senão nós não estamos respeitando o paciente, né? Se ele não se adapta com a família, ele não quer a família, nós temos que ter uma instituição pra ele, né? Éééé... nós temos que ter...éééé, a população também tem que ter... consciência dessa realidade..., né? Porque senão vai ter o que que acontecer? É policia pra cima e pra baixo. Isso já está acontecendo, não vejo com bons olhos. Não está bem conduzida. Porque se tivesse já bem conduzida não estaria já dando esses problemas. Já estão gerando problemas. Mesmo eu sou a favor da reforma psiquiátrica, desde que seja bem conduzida. Eu tenho uma amiga que é assistente social na Itália. [rindo.], justamente é onde começou. [rindo], né? E o que ela me passou, no ano passado, que o doente mental na Itália continua nas ruas... continua... sabe? o doente mental, só muda de... de... de estado, né? Mas o que ela me passou, de lá, o diagnóstico social de lá com o daqui. A única coisa é que o assistente social de lá trabalha diferente, né?, ele trabalha com menos pessoas, com menos família... né? E a evolução é outra, né? O paciente retoma dos internamento ou volta pra casa. Santa Catarina não tem hospital psiquiátrico mas eles vivem pedindo vagas aqui e trazendo paciente pra cá. E empurrando paciente. Que antes vinha ambulância com motorista e tudo e eu tinha que falar com eles que não. Que não era mais pra trazer o paciente aqui. Que eu saiba, lá não tem mais hospital pra atender a população. Santa Catarina é um horror. Mas vem gente de Mato Grosso, Acre, Amapá, me telefonaram. Eles me telefonaram pedindo vagas mas eu não sei como é lá.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Conheço. Eu leio, mas não aprofundado

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Aqui a gente vai atrás.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Deputado Delgado?

R: Sim. Já li

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Nós nos reunimos e fomos atrás.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: O Dr. Rosinha me deu o texto. Voto nele mas cobro. Eu voto em que posso cobrar.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Sim

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Eu, sim, eu vou na secretaria, falo com o Wirmon.

ASSISTENTES SOCIAIS – HOSPITAIS

01) ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: O maior impedimento pra desenvolver uma entrevista e conseguir um diagnóstico social, pra nós é a resistência familiar. A não aceitação da família, aaaa... do quadro da doença..., da necessidade de mudança. Isso se configura em real impedimento, quando em SUS. Outro impedimento do SUS que é muito comum é a falta de condições econômicas pra essa família acompanhar o tratamento. Nós oferecemos um tratamento que basicamente exige a participação da família, esses familiares as vezes são muito carentes. Tem condições limitantes também..., situação intelectual familiar, cultural familiar. Muitas vezes vem do interior do estado, de outros estados. Dificuldade de locomoção. Particularmente Santa Catarina, uma busca muito grande. Não existem dificuldades que não sejam contornadas mesmo que..., quer dizer, as dificuldades que estejam no ambiente, são as dificuldades da rotina do trabalho. Né? São as dificuldades normais que o profissional tem que..., tem que se manter aberto pra poder eliminar no momento mesmo. Faz parte do trabalho, mas não está relacionado diretamente ao SUS e sim ao fluxo de trabalho. Talvez algumas interrupções no momento da entrevista..., éééé, alguma outra situação que deva ser atendida ao mesmo tempo..., coisas que a gente..., foge ao controle de qualquer... Quanto a gratificação no trabalho, essa é uma grande dificuldade. Se falar em termos de remuneração temos que ver uma realidade brasileira. A minha remuneração, não vou falar valores, mas digo que poderia ser melhor remunerada. Levando em consideração a realidade brasileira, a realidade salarial brasileira, entendo que todos os profissionais estão passando pela mesma crise. Seja..., devido..., na área da saúde..., outras afins ou não. A necessidade de aumento salarial, sem dúvida existe. Mas, [rindo] é um contexto total, não é só com nós. Acredito também que pelas condições, né? pelo tipo de trabalho que desenvolvemos deveríamos ter... algum outro tipo de compensação, e não só o salarial. Alguma coisa que pudesse proporcionar ao profissional, horas de..., não diria nem supervisão, mas horas de, de, de reciclagem. Não é? Poderia o SUS, também, fornecer isso, através de cursos, de coisas..., qualquer coisa que você vai fazer é o valor do seu salário. Então, com a remuneração não estou gratificada. Não é algo que possa se dizer, que se trabalha se sustenta e se mantém com esse salário. Não! Não se pode ter uma independência financeira com esse valor. Já com o meu trabalho sim!... O meu trabalho sim!... O retorno que eu recebo, no desempenho da minha função, pra mim é gratificante. É gratificante! O retorno econômico e financeiro deixa a desejar. A necessidade..., nós nunca conseguimos um intercâmbio, eu diria assim, em termos de transporte..., éééé... há um... preconceito muito grande de instituições... clínicas receberem pacientes psiquiátricos. Éééé, nós lidamos muito com o sofrimento de um familiar, carente, que precisa vir ver a vida, o estado clínico do seu familiar, em risco..., que os primeiros atendimentos clínicos do hospital não tão dando resultado com doenças um pouco mais graves que exigiriam, talvez, um recurso maior e teriam uma coisa assim. E nós não temos, éééé, retorno..., favorável disso. O familiar se vê pressionado muitas vezes pra pagar diárias particulares em hospitais clínicos, ou consultas particulares pra poder ver o seu... o seu paciente atendido. Sem contar o preconceito muito grande. Fica um dia internado, equilibra-se o quadro e dizem "é alta porque a situação é psiquiátrica, não é comigo". O que nós fazemos é justamente procurar éééé... enxergar as situações sociais da família do paciente. O contexto social em que eles vivem..., e, é claro, dentro da realidade da saúde mental, trazer dados que possam ajudar a esse tratamento. Tratamento médico, tratamento da equipe de... psicólogos, terapeuta ocupacional... No hospital integral, não fazemos visitas domiciliares. O fluxo é muito grande. Nós trabalhamos no sistema de plantão. Tantos quantos cheguem no nosso horário de trabalho serão atendidos. Temos sob nossa responsabilidade 58 pacientes cada assistente social. Tem as famílias que nós atendemos. Centramos o atendimento nessa bifurcação, família, equipe terapêutica.

Em relação as características da clientela:

O sexo normalmente não é problema

A idade, quando tem mais idade fica difícil. Porque as pessoas..., os pacientes que chegam com mais idade exigem cuidados muito mais atentos, coisa que devido ao..., ao número..., quer dizer aaaa, ao requisito básico do SUS não é..., não se permite, não é? designar um funcionário pra atender uma pessoa, um paciente, por limitações de... deambulação..., que vem da idade e que precisa... Há procura, há procura, tem uma procura..., muitas vezes nós não conseguimos manter uma estrutura para que ele possa ficar. Em Curitiba, não há lugar apropriado. Na verdade aqui até nós podemos oferecer, desde que eles possam ter alguma atitude mais independente, para que possa se alimentar... pra ir até... satisfazer as suas necessidades.

A escolaridade também é um problema, porque... oferecemos algo que depende muito da crítica, da consciência da família, em relação à patologia.

Renda familiar, fica difícil também. Muitas vezes recebemos familiares que tem que contar com o apoio da instituição pra poder fornecer vale transporte, pra poder..., acompanhem o tratamento. Então foge ao objetivo... eeee, de apenas servir aquilo que é repassado de verba pelo SUS. O hospital acaba arcando com muitas situações pra poder manter o tratamento que nós temos.

A procedência também fica difícil. A aceitação desse paciente pra um tratamento clínico, também há uma dificuldade muito grande, de controle disso em outros hospitais clínicos. Quando o paciente é de fora também fica mais difícil, embora as prefeituras colaborem bastante, algumas não se acham na obrigação de colaborar, de cooperar. É preciso até..., a maior barreira é o preconceito do profissional. Muitas vezes a instituição não tá respondendo por isso. Quem tá respondendo é o profissional do atendimento. Né? Seja ele de qual área que for ele deve de receber esse paciente como um paciente que tá necessitando de um atendimento clínico. Independente de vindo de um hospital psiquiátrico ou de ter problemas psiquiátricos.

O tempo de entrevista, basicamente é bom. Existem dias de maior movimento que aí temos que contornar a situação. Temos liberdade de administrar o tempo. A maior pressão quem exerce é a própria clientela. Não é? A clientela é que é... exigente.

Em relação ao tratamento:

A estrutura física é boa. Muito boa. A meta é proporcionar o melhor. Pra clientela. Tanto pro paciente quanto pra família. Queixas existem, não é? Mas a meta é o melhor.

Quanto ao posterior atendimento ao paciente:

Ele não consegue através do SUS,.... manter o tratamento dele. A queixa maior dos familiares é onde ter consulta, como marcar essa consulta, quanto tempo esperar por uma consulta. As vezes sai com uma receita pra 30 dias e só consegue consulta pra 60 dias, após a data da alta. Aonde conseguir os remédios? Eles não tem... eles não tem acesso não... as farmácias do SUS não tem a

medicação necessária pra controle dessa crise. Porque, é claro, não passa 30 dias volta pra o internamento porque, sem o remédio, sem a assistência médica ambulatorial voltam as crises e conseqüentemente a necessidade de internamento.

Em relação a conflitos com os demais elementos da equipe:

Não é uma realidade não, não, não dizemos conflitos, não é? Se existem divergências são muito bem administradas pro objetivo que tem que é o tratamento e..., o paciente.

Em relação a integração funcional:

Temos abertura total. Ééé... digamos..., somos interdisciplinares. As decisões são sempre tomadas em grupo. Mas temos muita liberdade. Temos toda..., é claro que cada um dentro de seu conhecimento técnico, não podemos ser invasivos. Não é? Mas existe..., é claro que nosso serviço não tá completamente..., devido a quantidade de pacientes que temos, não temos tempo disponível pra tá presente em todos os momentos da equipe terapêutica. Não é? Conversamos mais sobre os casos que... Aqui no hospital, toda a equipe participa nas decisões de alta. O serviço social não se mantém integralmente, não é? Porque tem..., dividimos essa, esse atendimento das famílias. E como é um atendimento constante, são 170 leitos, né? um atendimento constante ao familiar, nós, éééé, valorizamos a opinião da equipe terapêutica. A equipe terapêutica que é formada por psicólogo, psiquiatra, éééé, enfermagem..., terapeuta ocupacional e clínico geral. Um serviço social é um serviço integrado a equipe, não está de fora, mas integrado a equipe. Os profissionais até fazem questão desse diálogo e dessa abertura. Há resistência de outras instituições, mas no que diz respeito a nós...

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual é sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Quanto a desinstitucionalização eu sinto que a prefeitura de Curitiba está com muito boa vontade. Acredito até que não só a prefeitura, o Estado está com muito boa vontade em tratar isso. Tá em etapas bem definidas. Se existem... quer dizer, se existem nos meios de comunicação algumas divergências, essas divergências estão sendo trabalhadas pra um objetivo comum. É necessário o resgate dos pacientes que ficam institucionalizados. Isso é premente essa necessidade. É necessário que o Estado ofereça recurso pra esses... pacientes até em termos de cidadania. Eles precisam de exercer de alguma outra forma a sua vida em sociedade. Sei, tenho conhecimento de outros estados que também tão começando a fazer isso. Fazem talvez porque já não tinham algo tão institucionalizado, estão fazendo com mais rapidez. O estado do Ceará está avançando bastante. Os municípios eles criando equipes muito boas pro atendimento pros pequenos municípios do interior do estado. Decentralizando o atendimento... O Rio de Janeiro está tentando controlar a bomba que ele carrega, né? São muitos pacientes crônicos, e eles estão num processo de abertura mesmo. Prescindir de hospitais psiquiátricos não. Eeéer... reestruturar sim. Fazer um resgate mesmo. Desde os pacientes da estrutura social desses pacientes. Para que a família também não utilize o hospital como um meio de manter afastado e afastar uma situação que muitas vezes pode ser avaliada dentro da família. Eu encaro tudo, nossa situação legislativa, com muita naturalidade, com uma necessidade mesmo de mudança, algo que... só espero que o resultado seja realmente melhor (rindo) pra melhor. Porque muitas vezes, eeéer... uma lei surge, e dentro de sua aplicabilidade, acaba-se perdendo o... bom senso. Lembrar sempre que a lei é feita através de uma necessidade da sociedade e não ao contrário, a lei serve pra mediar uma necessidade já sentida e algo que esteja precisando de um novo caminho. Não tomo isso como algo que me aflija ou que... Amanhã ou depois (rindo)... acabe a necessidade de... hospitais ou de centros psiquiátricos, ou técnicos... né? pelo contrário, acredito que vai ter despesas cada vez mais sérias, e cada vez mais pessoas vão exigir democratizar a saúde mental. É importante que não sejamos donos da saúde mental, porque trabalhamos na área da saúde mental. Pra que possamos democratizar essas informações para que cada vez mais, maior número de profissionais tenha acesso a isso. E saiba lidar com situações simples que as vezes os postos de saúde não tem condições, ficam apavorados e chegam no pronto socorro psiquiátrico a pedido. É natural, mais do que normal por parte dos familiares, pensar que os pacientes ficarão nas ruas (rindo), porque eles estão trabalhando, também, com o desconhecido pra eles. Uma vez que eles..., sejam... aaar que esses membros da família já se afastaram tanto tempo da família que aumenta o mito que eles são incapazes de conviver novamente com aquela situação, com aquela... Quanto aos profissionais, pensar assim, como uma fantasia. Não faz parte de minha realidade. Eu encaro como uma realidade que está vindo, uma realidade boa.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Enviaram, éééé... busquei, participei de discussões a respeito.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Foi discutido amplamente no nosso meio.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florivaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Através da instituição. Dos fóruns de debates.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Da mesma forma.

02) ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Bom... são situações diversas. É... A situação mais difícil é a problemática social quando a família se nega a apoiar o paciente. É. alegando maus tratos... e, até mesmo, as vezes, a gente percebe que problemas financeiros Éééé... que torna bastante difícil o problema no dia a dia. Também tem a questão das instituições que poderiam as vezes acolher o paciente quando a família não pode

acolher. Alegam que não podem acolher. É problema que ninguém hoje trabalha sem remuneração. A aposentadoria do paciente nem sempre consegue cobrir essa ... o que as instituições pedem. O problema social e financeiro dificulta muito o trabalho hoje. [silêncio]... Bom existem os casos mais assim... éééé... que o próprio paciente não busca uma ajuda. Parece que não quer aceitar a ajuda. Quando o paciente quer se ajudar fica mais fácil o trabalho. Mas, em muitos casos... principalmente... a gente vê... para os casos de drogadição e alcoolismo... não sei... falta ao paciente vontade de se ajudar ou forças pra se ajudar... éééé... éééé... a gente percebe assim uma certa dificuldade nessa ajuda. [silêncio]... Deixe-me ver... eu acho que... não sei... realmente falta isso... [com novo ânimo] por que... eu acho assim... seria interessante quando a família busca o serviço social, é muito mais prático de trabalhar esta questão, porque nós aqui no hospital... a gente não visita a família. Então a gente tem um contato maior com a família quando nós vamos... vemos a família através do atendimento médico. E quando eles estão aí pra um atendimento médico, e quando eles mesmos nos buscam. Então as informações que nos são trazidas através das famílias nos ajudam bastante.

As dificuldades que a gente encontra, no caso quando a família realmente... A maior problemática encontrada é quando a família se recusa a ajudar o paciente. Quando eles próprios... a sensação que a gente tem é que eles estão saturados. Eles estão... eles não querem mais saber do paciente. Então... aí dificulta bastante. Agora, quando a família está querendo ajudar o paciente. Quando a família parece que ama a pessoa, e quer ajudar, mesmo nas dificuldades financeiras, mesmo nas dificuldades sociais, a gente sempre encontra um caminho. [silêncio] Escolaridade. Renda familiar também dificulta bastante. Porque a queixa que a gente... primeiro a escolaridade porque dá a impressão que a pessoa mais esclarecida ela vai mais de encontro aos problemas... está mais preparada para erquer a cabeça e lutar contra a problemática. E... a gente sempre esbarra no problema da renda familiar. A questão financeira é o ponto X de tudo. Então isto também é um grande empecilho. Porque ou a família... pais idosos não trabalham, a aposentadoria é pouca. É... irmãos que ganham pouco não podem ajudar. As vezes a gente esbarra até num auxílio que a gente possa conseguir para esse paciente. O SUS nos cortam. O SUS exige um tempo mínimo de contribuição para poder ajudar o paciente. Primeiro os pacientes consomem com a carteira de trabalho. Eles perdem a documentação toda. Fica difícil uma aposentadoria. As vezes o paciente nunca trabalhou na vida. Então como aposentar esse paciente. Torna-se difícil. O SUS nos oferece uma ajuda que seria uma saúde continuada. Uma prestação de serviço de saúde continuada. Então ele teria direito a receber um auxílio do SUS pra essa saúde. E, no caso, tem um teto X que a família pode ganhar, que seria de 199 reais, me parece. Que é o teto X que deveria ser ganho pela família. Se a família ultrapassar isso, o SUS não fornece esse auxílio. E isso fica difícil porque com 200 reais ninguém consegue sobreviver.(ri) e muito menos sustentar com medicamentos um paciente que se torna um peso morto para a família. [silêncio]

[relacionamento com os demais membros da equipe] Olha eu tenho um relacionamento razoável com a equipe médica. Eu acho que é um relacionamento bom. Eu posso falar o que eu penso. E eu acho que eles também aceitam o que eu digo, o que eu opino a respeito dos pacientes, eu acho que a gente consegue ter um bom relacionamento. Em relação a enfermagem eu acho que é relativo. Existem membros ... né?... que são bastante atenciosos... que procuram dar uma boa assistência ao paciente. Mas também tem aqueles que também não são muito preocupados com o paciente enquanto pessoa enquanto ser.(silêncio).

[Quanto ao acompanhamento do paciente após a alta] Eu acredito que nem exista esse acompanhamento do paciente após a alta, aqui no hospital. Porque o paciente... o acompanhamento que a gente dá é por telefone. Quando eles saem que eu tenho contato com a família... porque com o paciente, na maioria das vezes a gente nem consegue dizer pra ele, e ele não entende o que a gente quer dizer, que ele nos procure. Quando eu tenho um contato com a família eu sempre digo: "olha, quando vocês precisarem de alguma coisa podem nos ligar, podem nos procurar..." se eu puder ajudar eu vou fazer isso. Mas seria, mais assim, ajuda de custo né, quando a gente precisa encaminhar alguma documentação, algum atestado. Esse acompanhamento social, pós alta, não existe.

[Informações sobre o paciente oriundo do ambulatório]: Não. A princípio a gente não recebe nada. Até eu já sugeri isso. Que deveria ter na triagem uma assistente social, pra primeira entrevista. Eu acho muito produtiva essa primeira entrevista com o paciente, com o familiar presente. Só que nós não temos alguém que fique ali e raramente nos chamam para entrevista. Só nos casos de pacientes que são abandonados que a gente deixa uma observação na ficha pra não internarem sem uma entrevista prévia ou em algum caso que o médico solicita a presença de uma assistente social. Do contrário não existe uma entrevista no primeiro momento. Essa entrevista é feita depois que o paciente já foi medicado um ou dois dias depois de seu internamento.

[Conflitos com os integrantes da equipe]: Não. Que a gente perceba, não existe conflito não. Com a coordenação de enfermagem até a gente se entende muito bem. Elas aceitam muito bem aquilo que é proposto. Até a gente faz uma reunião todas as quartas feiras pra discutir os problemas, as necessidades dos pacientes. Elas nos solicitam e vem ao nosso encontro.(Silêncio)... deve existir ... mas eu ... agora ... fica difícil lembrar. Com o que eu ganho não dá nem pra brigar. É muito pouco. Em torno de 800 reais bruto. Oito horas. 8 horas por dia.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual é sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Olha... eu ainda... eu ainda não... não to assim bem por dentro de como é ... acontece essa desinstitucionalização. Eu acredito que o internamento se faz necessário. Só que eu não sou muito a favor de um internamento prolongado em alguns casos. Existem casos de pacientes que se recuperam rápido. Eles saem do surto, ou da crise... eles saem muito rápido. E, eu acho que o ambiente hospitalar é muito deprimente. Pra eles e pra qualquer pessoa que fique muito tempo aqui dentro é deprimente e prejudica muito. Eu acredito que , a partir do momento que o paciente passou aquela crise mais aguda, ele tem o direito de fazer um tratamento ambulatorial, de ter um acompanhamento ambulatorial... ao lado daquele que ele ama. Porque a queixa que a gente ouve é : "to com saudades do meu filho... to com saudade da minha esposa... to com saudade da minha mãe... do meu pai...". Então a gente ouve isso todos os dias. "Eu quero sair daqui... Eu não preciso ficar aqui...". É claro que até certo ponto é negação. Mas até certo ponto também existem aqueles que são bons... que tão falando a verdade. Que realmente este ambiente é deprimente pra eles... em alguns casos.(silêncio). Mesmo assim eu não acredito na necessidade de reduzir os leitos hospitalares. Eu não acredito não. Eu acho que existe uma demanda muito grande.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: (rindo) Não. Não conheço.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Não. (rindo bastante) Também não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Sim, do Dr. Rosinha eu conheço. Não li mas já ouvi comentários a respeito.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

03) ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Em relação aos problemas do dia-a-dia, seria mais ou menos assim: a falta de de um trabalho interdisciplinar, né? com a equipe do... do local onde eu trabalho, que é um hospital psiquiátrico... eeee... Eu vou falar um pouco da clientela que eu acho importante. Nós lidamos com uma clientela de nível socioeconômico e cultural bem baixo. Eeerr... são... São pacientes que são... conveniados com o SUS, e isso são um dos problemas, pela falta de ... errr... como é que eu posso dizer... como é que se diz... o trabalho que é desenvolvido junto com os pacientes é um trabalho que depende de convênio com o SUS. Não é uma estrutura puramente particular. O tratamento é, então diferenciado. São muitos pacientes... e... na verdade, como funciona esse trabalho com os pacientes, é um trabalho precário, né? Então, quando o paciente é internado dentro de um hospital, ele não recebe o atendimento que e deveria receber. Mesmo sendo um... eeee... atendimento público. Há muita quantidade e pouca qualidade. No aspecto econômico, a gente poderia entrar até na questão sócio econômica do país, né?. Eu acho que existe uma limitação do trabalho do Serviço Social em relação às famílias, em relação aos pacientes... errr... porque, a proposta seria uma melhora, né... e uma integração do paciente, né... na vida, né... não só na sociedade mas na própria vida. E isso seria dificultado pela própria questão econômica do país, que não permite. É feito todo um trabalho com o paciente dentro do hospital, de readaptação, ele sai daqui, ele não tem o que comer, ele não tem o que vestir, né? E isso é uma das coisas que dificulta bastante. A renda dos pacientes tem até uma designação que a gente usa: "Os miseráveis". [rindo] Eu acho inclusive que é uma clientela que inclusive não tem um trabalho, né, para o sustento. É abaixo né? a gente não pega uma pessoa de uma empresa, que trabalha, que é assalariada. A nossa clientela, em geral é abaixo disso. Eles não tem o sustento. Eles sobrevivem com a aposentadoria do INSS. Tenho alguma dificuldade em realizar o diagnóstico em função dessa característica. Veja em cima de ... São duas situações: uma é a questão socioeconômica, e a outra a questão do tratamento do paciente. No momento que eu trabalho com o paciente, para que ele possa ter uma vida normal, entre aspas, ele se depara com a questão financeira. Ele não consegue sair do hospital e ter uma vida normal. Nós chamamos a família e, e fazemos um trabalho junto com as famílias, o trabalho não é só com o paciente, conversamos. Dessa entrevista colhemos tudo que precisamos para entender. Eu não consigo atingir todos os paciente, o número é muito grande. De um grupo de 120 pacientes eu consigo atingir 20 pacientes, que é feito todo um trabalho... né? Que é o atendimento com a família, ooo atendimento do paciente. O diagnóstico é feito junto com o médico, é feito junto com o psicólogo. Mas isso dentro de uma população de 120 pacientes você consegue atingir 20 pacientes. Não tem como apenas 1 assistente social fazer mais do que isso.

[Em relação ao tratamento] Ai separa um pouco. Se houvesse dinheiro haveria até mais condições de até melhor encaminhamento. O que acontece muito no hospital é que o Serviço Social é visto muito como assistencialismo. Então você pega o paciente que está de alta, põe numa Kombi, e o leva para casa. E isso não é o trabalho do serviço social dentro da área psiquiátrica. É um outro enfoque. Eu acho que é importante você até chegar até a casa do paciente. Desde que não aja outra maneira de trazer a família ao hospital. Isso só em último caso, né? Porque isso fica muito curativo. Você funciona muito só num nível curativo. Você pega o paciente leva pra casa, quando ele está de alta. Mas, isso não é o trabalho do serviço social. Ele vai além disso.

[Idade] Não interfere tanto no diagnóstico social, já que em qualquer caso trabalhamos com a família. Não há o melhor paciente ou pior paciente quanto a idade para entendermos a situação social. Nem quando a gente executa o trabalho de orientação da família.

[Procedência] O que dificulta muito é a distância de onde procede o paciente. Fica difícil o contato e também fica mais fácil o abandono. Hoje já são menos pacientes abandonados. A maioria são de pacientes procedentes de outras cidades. Isso deixa fácil o abandono. Na verdade existe também um estigma que o doente mental não pode sair do hospital, que não pode ter trabalho, que não pode ter uma função, que ele não pode ter uma vida, né? E isso é um dos trabalhos do serviço social. A gente tem insistido bastante, também, nessa questão, né?. Que ele pode sair daqui, que ele tem de ter um trabalho, que ele tem de ter uma função, né? Pela própria, auto estima que existe no doente mental, que ele não pode fazer nada. Não pode desenvolver qualquer tipo de trabalho. E aí que eu entro nessa questão que você perguntou: por exemplo, pra os pacientes que tem uma família, quer dizer... até isso é uma questão mais... errr, quando eles não conseguem emprego, quando não conseguem trabalhar, eles vão atrás de auxílio doença, né? E um paciente solteiro, um paciente que não tenha essa responsabilidade, por exemplo, familiar, pra ele... aí ele sai do hospital e... sempre tem alguém que... protege, ou alguém que supre essa necessidade, então tem uma diferenciação.

Existe a possibilidade de um trabalho ser bem feito dentro de um hospital psiquiátrico mesmo que a nível de INSS. Desde que haja uma boa vontade dos profissionais que trabalham, de desenvolver esse trabalho. O que acontece, também, bastante, é assim: errr... dentro de um hospital psiquiátrico existe uma população de técnicos e de profissionais que trabalham e que já estão há muitos anos trabalhando. E isso é um problema, porque existe uma certa acomodação, né?. Existe uma certa dificuldade, de luta mesmo, por uma coisa melhor. Então eu acho que uma das coisas que deveria ser feita dentro de um hospital é ser trabalhado a equipe que trabalha com os pacientes. Que as vezes é muito mais doentia que o próprio paciente. Até existe já, até aqui mesmo dentro do hospital, uma experiência de um bom trabalho interdisciplinar. Existe, a gente está vendo resultados. Não só do Serviço Social mas de uma equipe. No momento em que se pode trocar idéias em relação ao diagnóstico social, diagnóstico psicológico e diagnóstico médico, as coisas caminham melhor. Qual é o problema: Nenhum Assistente Social, dentro de um hospital psiquiátrico com 540 pacientes, desenvolve um diagnóstico. Você não faz um diagnóstico. Você só consegue fazer com um número muito restrito de pacientes. Por que? Porque é um

trabalho que exige tempo, dedicação, que você não pode ter com 120 pacientes na tua responsabilidade. Pra eu poder fazer um diagnóstico social precisaria ter o paciente, no momento do internamento, uma entrevista inicial onde eu possa fazer todo um levantamento, err... levantamento de toda a vida do paciente, e isso tomaria o tempo de 1 hora de entrevista com cada família pra poder fazer o diagnóstico social. Então o diagnóstico que é feito dentro de um hospital psiquiátrico é precário por que não é feito nenhum diagnóstico. Funciona como um quebra galho, né? Eu não tenho tempo disponível para fazer um diagnóstico de cada família de cada paciente. Ninguém faz. Não faz, o que existe é...

Em relação ao tratamento eu vejo que é possível desenvolver um bom trabalho. Mas aí nós nos deparamos com outro problema que também é muito grave: que existe uma estrutura hospitalar que não permite uma boa evolução para cada paciente dentro do hospital. Eu falo assim, estrutura hospitalar, que não existe o que possa desenvolver bem o meu trabalho. Não tem como você trabalhar com o paciente em grupo, com a família, com os colegas, sendo tantos os paciente. Existe problemas fora do hospital, fora as condições socioeconômicas e culturais, e dentro do hospital. Que não propiciam uma melhora E são questões básicas. E nem as questões básicas dos pacientes são supridas dentro do hospital. Alimentação... questões básicas.

O ideal seria ter um acompanhamento com o paciente. Com alguns pacientes, aqueles com que se faz um trabalho melhor, com um maior vínculo, eles até voltam e nos procuram, não para internamento, mas até para contar um pouco como estão suas questões fora do hospital. São poucos os pacientes. São aqueles com que se consegue desenvolver um trabalho melhor. Até pra você poder avaliar se aquilo que você está fazendo é ou não é. Agora, existe uma outra possibilidade de você poder avaliar o tratamento do paciente após a alta, que seria o não retorno dele ao hospital, por um tempo grande. E nisso a gente tem tido resultados. Porque não existe um arquivo seguro sobre o endereço do paciente. A única possibilidade é encaminhar para o tratamento ambulatorial, e é só. Acaba aí o nosso trabalho.

[Conflitos entre os demais elementos da equipe] Em primeiro lugar a parte administrativa, financeira mesmo. Quando eles não tem a menor idéia do que se passa com o paciente dentro do hospital. Então eu acho que fica difícil você discutir diagnóstico, tratamento do paciente quando o interesse é única e exclusivamente financeira. O problema administrativo é tal que existe um jogo de interesse financeiro. Aí entra também a qualidade do trabalho, não importa.

Como não existe o conhecimento do trabalho do assistente social ou de qualquer técnico dentro do hospital, o que importa é o financeiro... Vamos dar um exemplo: você está fazendo todo um trabalho com a família do paciente, vem uma ordem: dê alta para o paciente X porque ele está quebrando tudo, ou está incomodando. Não se vê o paciente, ou a instituição como o local em que o paciente está para se tratar. Mas sim é visto que ele está acarretando no momento. Essas são as interferências sobre o trabalho. Quando eu solicito algo, em caso de solicitação financeira, é em último caso, porque não é função assistencialista. Isso porque o trabalho do assistente social não é feita de uma proposta de trabalho. Fica só um ativismo. Dentro do próprio serviço social não há profissionais que trabalhem da mesma forma. Eu, por exemplo, a gente trabalha muito da fenomenologia. Dentro da área existem diferentes enfoques.

Na questão de serviços auxiliares é direto a dificuldade. Por exemplo: falta de água quente. Se resolverem não consertarem não consertam.

O trabalho com o psicólogo está bem integrado. Também é boa a integração com os psiquiatras. Existe, em relação aos psiquiatras, uma mudança de visão em relação ao serviço social. Mas, é diferente o trabalho com cada médico. Trabalho com 3 psiquiatras. Com um deles é fácil. Ele pensa como eu acho que deva ser tratado o doente. Outro vem, faz seu trabalho e vai embora. O outro tem uma visão assistencialista. Em geral existe uma descrença dentro do hospital, por parte dos psiquiatras, que o assistente social não faz um bom trabalho, que o psicólogo não faz um bom trabalho que o terapeuta ocupacional não faz um bom trabalho. Dai no momento que eu consiga trabalhar com o meu paciente o psiquiatra verá. Só que o resultado é a longo prazo. Eu não posso apresentar um resultado concreto, visível.

Já com o terapeuta ocupacional, o trabalho é mais distante. Eles ficam mais isolados. Existe uma proposta de integra-los com a equipe, mas... ficam mais isolados. Desempenham a função deles...

Quanto a enfermagem existe uma precariedade muito grande no trabalho deles. Que na verdade... há uma proposta. Vamos falar em proposta. Até o acompanhamento do trabalho deles. As vezes as dificuldades do atendente é muito maior que as dificuldades dos pacientes. Se igualam. Quando substituírem totalmente os atendentes por técnicos, e auxiliares, e se forem pessoas capacitadas, será muito bom. Existem pessoas boas que entram, que tem uma boa proposta. Mas ao entrarem na estrutura do hospital não agüentam e desistem. Saem e vão procurar outras.

P: Você acha que há integração do hospital com os demais serviços, como o ambulatório.

R: Não, não há integração. Só haverá se as pessoas quiserem.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual é sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Eu acho assim, que essa proposta é maravilhosa é ótima. Mas encaminhar os paciente para onde. Não há uma estrutura que arque com as conseqüências. Não há ambulatórios. Essa seria a melhor alternativa. Preciso dizer mais?

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Por cima (ri).

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvado Fier, o Dep. Rosinha?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

04) ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingir de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Bom... éééé... uma das dificuldades que eu vejo de... de..., de..., de no..., no caso, no meu caso, né? de atingir os objetivos com relação ao diagnóstico, né? acho que em primeiro lugar tá a dificuldade que as famílias têm de..., as famílias dos pacientes, tem de num primeiro contato, né? falar sobre seus problemas sobre suas realidades, né? Isso em SUS. Isso é questão ao diagnóstico e terapêutico. São famílias carentes, a maioria com dificuldade de falar, são pessoas que tem éééé, nível sócio econômico éééé, baixo, né? Então tem toda essa dificuldade. Mas com o tempo, com conversa, com isso, né?, a médio prazo você consegue até ter um diagnóstico mais preciso da questão social, né? Éééé, outra, uma dificuldade é a questão, eu vejo assim, já é uma coisa mais interior, né? que é a impotência de você lidar com aaaa... como aqui é SUS, nós trabalhamos... a maioria das pessoas são pessoas carentes, né? Você esbarra na questão de ordem econômica. Você éééé... as famílias chegam aqui... pessoas humildes, pessoas com dificuldade de moradia. Éééé... liisso dificulta também na, na, na questão do tratamento dos pacientes, né? São, são situações que você, essa impotência, de você profissional do serviço social enfrenta com essa realidade econômica, né? Essa situação social, a pessoa tem aquela casinha pequena. A gente sabe que fatores psicológicos podem advir da promiscuidade, né? A gente sabe que muitos pacientes que moram, dormem no mesmo quarto, com pai, com mãe, com irmãos. Isso é uma situação difícil pra eles, né? Mas éééé... com relação a levantar esse diagnóstico, isso a gente até levanta. O que eu coloco é que pra gente conseguir fazer um trabalho a gente esbarra, você tem um limite com a família, com o paciente. Outra situação é o encaminhamento para outras instituições. Um dos problemas, as instituições estão superlotadas. É claro que o ideal seria não institucionalizar o paciente. Mas existem casos pra nós aqui, pacientes que não tem família. Ou a família está em condições precárias, sem condições de ficar com esse paciente. Então, a nossa, a minha dificuldade, não é só a minha, mas de outros profissionais é encontrar locais pra deixar... locais bons, apropriados. Isto é uma coisa que... agora está existindo por parte do IBIASP, um trabalho nesse sentido de clínicas terapêuticas muito boas, né, o governo repassa os valores para essas clínicas, é um valor alto. Pra adolescentes psiquiátricos. Encaminhamentos para asilos, pacientes com idade avançadas, que não tem condições, ficam aqui dentro. Confinados, porque não tem onde deixá-los, porque não tem onde deixá-los, famílias, né? Aqui no hospital a porcentagem é em torno de 60% de asilados, né?. Eu vejo assim que dificulta muito, éééé, tem claro, tem paciente que poderia viver fora daqui, a maioria poderia viver fora daqui, né?. Ter uma vida quase normal, normal não dá pra dizer (rindo) porque é muito difícil. Mas poderiam ter desde que assessorados, assistido por uma equipe multiprofissional, né? Mas tem um grande número de pacientes asilados aqui que a gente não sabe o que fazer com eles, não é? Então é um problema sério. A dificuldade dos recursos são externos. Aqui interno, vamos supor, bom o serviço social precisa fazer um levantamento de um paciente asilado que exige tal lugar: a nossa dificuldade é mais na cidade. No município onde as pessoas tem dificuldade de colaborar, de dizer, " ah! eu conheço pelo sobrenome " a família, a gente tem uma dificuldade muito grande. Porque a gente percebe que os municípios não querem que as pessoas retornem, não tem interesse que os paciente retornem. Porque dá trabalho pra eles, né? Se as pessoas retornam pro local de origem, éééé... como não tem continuidade no tratamento, é difícil essa continuidade, né? os municípios não tem condições de dar essa continuidade. Os municípios não tem uma estrutura pra trabalhar em psiquiatria. Não têm. Pra eles é muito difícil. Não têm psiquiatras, né? Pode até ser que tenham (rindo) neurologista, nos municípios, mas é muito difícil. Então aquela pessoa não vai ter um tratamento adequado, a nível ambulatorial, que dirá um tratamento a nível psicológico, né?. Vai ter assistência. Realmente, vai ter assistência mas não um tratamento, continuidade de tratamento, não. Essa eu vejo, com a maioria dos pacientes, a dificuldade... Tem muita gente de fora. Tem de Santa Catarina. Eles tem um serviço em Florianópolis. Mas tem cidades próximas daqui, e eles preferem: São Bento, Joinville, Itajaí, etc. Porque o hospital psiquiátrico de Florianópolis, Santana, parece que mudou um tanto a visão deles a nível de internamento. Aqui, éééé... eu vejo assim, aqui o hospital aqui, ele tem muitas falhas em termos de tratamento, né?. No meu pensamento é um tratamento ainda retrógrado. Trata mais a pessoa, o medicamento, né?. É mais a nível medicamentoso. Dai não é... Eu penso que a psiquiatria poderia ser de outra forma. Não é? Não enclausurar um paciente, fechado nas unidades naquelas unidades fechadas a chave. Eu já penso... eu, né? profissional, eu já penso num outro tipo de psiquiatria. Que aqui é muito difícil de desenvolver esse tipo... essa nova psiquiatria. Por causa da classe médica mesmo. Nós, até outros profissionais, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, são profissionais mais abertos para esse tipo de mudanças. A gente esbarra com a classe médica que está há muito tempo aqui e quer manter uma linha de trabalho mais antiga, eu acho. (silêncio) Dificuldade nós temos, né?... Aqui nós temos de encaminhar o paciente. Passamos pela dificuldade com o diretor do hospital, é uma dificuldade muito séria: por que eu acho assim, o assistente social tem que ter autonomia até pra pegar uma condução pra encaminhar o paciente, pra, né? sua casa. As vezes nós temos muitos casos em que a família não comparece aqui. Nós temos que levá-los, as vezes. Até viajamos. Viajamos durante muito tempo. Agora até demos uma parada. Mas na cidade nós temos que fazer isso. O trabalho de levar o paciente embora. A família não vem eeee, quer abandonar aqui. A nossa dificuldade é com uns diretores administrativos, com uma formação péssima, né?, assim, social, a nível de trabalho, mesmo, até em termos de psiquiatria, não entende o trabalho, né? Então nós temos que pedir condução a ele. Ele autoriza a condução. Então isso é um dos problemas. Se ele achar que deve levar, leva, se achar que não, não. Então acho que este tipo de triagem não é um diretor que deva fazer. Somos nós profissionais, nós que acompanhamos o paciente no dia-a-dia. Nós que acompanhamos as famílias... Então, realmente é isso que eu sinto dentro de nosso setor, dentro de nossa atividade, coisa que não deveria acontecer. O serviço social tenta trabalhar dentro de uma equipe, mas está um tanto de fora. Está errado, eu acho que todos tem a sua parcela. Todos são importantes dentro do tratamento. Tem tantas dificuldades, mas, agora, dá um branco. Mas podemos falar do trabalho: Não que eu esteja contente com o meu salário. Mas eu acho... nós... nós fazemos 6 horas, mas na realidade é 5 horas. Por causa do transporte. Dá 20 Km de Curitiba. Essa redução de carga horária foi uma conquista nossa. O serviço social atua também nesse sentido. Nós somos ligados a sindicatos. Nós sempre lutamos pra que tivéssemos um trabalho mais decente. Quando nós chegamos aqui, por exemplo, havia uma divisão muito grande. Quem era de nível superior e quem era de nível médio. As pessoas não almoçam juntas. Existia uma divisão. Pra nós isso era um absurdo. Imagine você chegar num local, teu colega de trabalho que você trabalha na unidade, que você tá junto, você não poder sentar com ele pra almoçar, né. Não importa se é de nível médio... nós acabamos com isso. Nós fizemos muitas mudanças

nesse sentido, até. De valorização do profissional. E uma das conquistas nossas começou a surgir..., porque aqui existe muito o problema da doença ocupacional. Não sei se estou fugindo do assunto, mas acho que é interessante. Doenças ocupacionais sérias, né? Uma coisa que a gente observou, que a gente vê colegas nossos. Até médicos, médicos loqueando, assistentes sociais, psicólogos, pessoal da enfermagem é muito massacrado. Por que não existe uma..., não existe uma supervisão, aqui no hospital. E a nossa batalha foi muito grande por uma supervisão. E não existe, é muito difícil não tem contratação de profissional. O governo não contrata. E isso seria assim fundamental para nós. Eu participei da CIPA por muito tempo. Fizemos uma pesquisa informal, e se observou que nossos colegas estavam adoecendo. Havia muita incidência. Daí que a gente começou a lutar pela carga horária de 6 horas, nós estávamos vendo que outros setores estavam fazendo 6 horas. Fizemos documentos, fizemos... foi uma batalha, com a direção, encontramos resistência desse diretor administrativo, né? Na cabeça dele o funcionário é vagabundo, né?. Então, na cabeça dele, por exemplo, o profissional de nível superior, é a pior raça que tem, né? É aquele que chega atrasado, que fica pouco nas unidades, aquele que não faz nada, e, que ganha mais. Né? Na cabeça dele é isso. Existe é claro. Tem..., né? A gente sabe que em local público nem todo mundo faz 6 horas. (rindo) Principalmente os médicos, porque eles tem outro trabalho. Eles tem outros hospitais. Tem médicos que trabalham em mais 2 hospitais. Além dos hospitais tem o consultório. O nosso caso, assistente social, não. Nós não temos essa variedade de trabalho, trabalhamos em um local só. O salário, o meu salário hoje, está em torno de 1600 reais, né? Na realidade o salário base é baixo, é 790 reais. Ai nós temos uma série de gratificações. Não posso me queixar em vista de colegas que ganham menos. Inclusive os próprios médicos que trabalham em outros hospitais, dizem que estou ganhando uma fortuna. Eu não posso assim me queixar. Não me sinto gratificada. Estou aqui por acaso. Sempre trabalhei como estagiária. Trabalhei em Cascavel, em postos de saúde. Um trabalho totalmente diferente. Vim parar aqui porque fiz um concurso, e aguardei 2 anos. Não é que não me sinto gratificada por inteiro, mas não é a profissão que almejo. A psiquiatria não é a que eu almejo. Esse tipo de psiquiatria, a psiquiatria em geral, não tem um retorno. Eu acho que a psiquiatria em geral não tem um retorno. Diferente de outras doenças onde há cura. Em psiquiatria não tem retorno. Talvez em outras experiências mais avançadas tenha cura. É muito difícil gratificar, porque a gente trabalhar com a miséria do ser humano. Isso frustrante. Já conversei com várias profissionais. É muito frustrante. Porque a miséria você vai até um certo tempo. Você não pode reverter a situação. Até aqui, na psiquiatria, a miséria esbarra com a dificuldade no tratamento. Eu acho que a nossa política de saúde mental eu acho péssima. Eu vejo que comparando com outros estados é um dos piores que tem. Um dos piores porque não tem avanço. Parece que é um dos estados que mais tem hospital psiquiátrico. Porque a tendência hoje é tratar fora do hospital, no convívio com a família, no convívio com a comunidade. Eu acho que é possível tratar fora do hospital. Desde que exista um trabalho conjunto, desde que a prefeitura invista nesse trabalho. Um trabalho multiprofissional. Seriam os NAPS que existem em outros lugares. Aqui em Curitiba tem 3 NAPS. A gente vê a experiência de Santos, Porto Alegre tem um excelente trabalho. Eu não sei mas acho que a maioria dos locais tem um trabalho melhor do que aqui. Até a Bahia deve ter um trabalho mais avançado do que aqui. Eu não sei se é característica da cidade, do estado, nós somos conservadores, né? Não só a nível de psiquiatria, mas a nível de juiz, advogados, profissionais, existe uma formação conservadora desses profissionais. Eu não acredito em fechando os hospitais resolva o problema. Eu acho que tem que ser gradativamente. Não é o que eu acho, é o que eu vejo, vou colocar as experiências que eu vi falar. Essa família tem que ter uma estrutura no seu bairro, pra poder levar... nessas... ter um tratamento, ficar o dia inteiro com uma equipe multiprofissional, né? não é?... fazendo trabalhos que valorizem essa pessoa, né?. Sendo que aqui..., nos hospitais, a maioria não tem trabalhos assim... que valorizem essas pessoas ser um cidadão. Que é um trabalho que tenha um retorno financeiro, que você possa pegar o teu dinheiro, e que você possa, se quiser comprar uma bolacha, comprar um chinelo, comprar uma roupa. Isso tem que ser gradativamente mas com uma infra-estrutura, né? Sem isso..., é claro até pode existir hospitais pra casos breves, curtos. Eu acho que a maioria, saindo do surto, podem viver fora do hospital. A gente tem experiência em outros lugares, onde eles formaram uma casa. Uma casa com pessoas, essas pessoas até recebem. Hoje em dia as pessoas tem o direito de receber do governo. Inclusive eles não recebem aqui, e é um direito deles. Isso é uma batalha nossa. Uma dificuldade nossa com a direção. Eles tem o direito de receber e a direção acha que não precisa, porque tem tudo aqui. Atrapalham porque é um trabalho burocrático, que é dificultado.

Aqui, por exemplo, não existe trabalho pra alcoolismo para o sexo feminino. Muitas vezes temos que encaminhar. Chega aqui sem nada, sem dinheiro. Esbarra no senhor diretor que acha que a pessoa tem que voltar. Daí temos que mandar embora e isso é dificuldade par o serviço social.

A dificuldade quanto a procedência, já comentei. É a dificuldade de acompanhamento por parte de familiares.

A comorbidade é um problema para nós. Temos que encaminhar. As vezes tem problemas gravíssimos, como hepatite, em que todo mundo sentiu-se doente.

Quanto a entrevista, não é problema. Temos tempo a vontade.

Quanto a exames, estamos começando a ter problemas, porque estão cortando os convênios. Ajuda o nosso laboratório.

Em relação ao tratamento:

Quanto aos recursos terapêuticos, eu lembro que se começou um trabalho com adolescente. Teve que parar porque não tinha fio, não tinha agulha... (rindo).

Em relação ao posterior acompanhamento do paciente.

Transporte é o problema. Já fiz comentários anteriormente.

Em relação a conflitos com os demais integrantes da equipe.

A não ser com a direção administrativa, não há problemas.

Com relação aos auxiliares. Como o pessoal é antigo, a coisa vai meio devagar, a manutenção. A limpeza a princípio é boa, a não ser quando a firma resolve não pagar, daí eles não trabalham (lesing)

Com os psiquiatras pode existir algum problema, porque existe uma linha de pensamento e cada um tem a sua. Esbarra muito.

Com psicólogos, tudo vai bem.

Com os assistentes sociais, trabalha-se em harmonia.

Integração funcional entre os elementos do serviço:

Cada unidade tem sua equipe, tem seu tipo de tratamento. Não é uniforme. Adolescente é um tipo, o adolescente masculino é outro tipo. Na unidade 6 falta psicólogos, falta terapeuta ocupacional, não existe uma equipe multiprofissional. É uma unidade de pacientes crônicos. Ninguém quer trabalhar com pacientes crônicos. Por isso essa dificuldades de os profissionais trabalharem com pacientes crônicos. Assim é variável, uns como multiprofissionais, outros como interprofissionais.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual é sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

R: Bom! Como eu já falei. Eu acho que a nível de Curitiba, a nível de prefeitura, né? os órgãos aí, que deveria atender, né? a população, eu acredito que está péssimo. Curitiba, assim..., a gente vê que..., a nossa..., a nossa..., a gente começa a ter uma base..., o paciente faz um rodízio, né? ele vem, vai, volta, volta, volta, volta! Não existe uma cura (rindo), como eu já falei pra você. (rindo) Não existe aquela cura, entre aspas, né? E por que? Porque na sua comunidade não tem atendimento. Em termos de doença mental, né? Tem posto de saúde. O médico até manda pra cá. Mas ele não vai ter, porque o doente mental ele precisa de atividades, precisa de orientações, e não existe isso na sua comunidade. Eu acho que ainda não dá pra fechar os hospitais, porque não tem essa estrutura nos bairros. Isso teria que ser um processo gradativo. Teria que acontecer. Se outras cidades conseguiram, porque aqui não vai ter condições, se somos uma cidade de primeiro (rindo) mundo. Eu acho que Curitiba seria uma cidade que poderia tocar isso, desinstitucionalizar. Existe um grupo de saúde mental dentro do conselho que está discutindo isso.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Sim. O sindicato.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Nos jornais.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvado Fier, o Dep. Rosinha?

R: Conheço

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Sim. O próprio deputado.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Não.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

05) ASSISTENTE SOCIAL, HOSPITAL

P: Com que situações você se defronta no dia-a-dia de seu trabalho as quais, direta ou indiretamente, se constituem em problemas impeditivos ou limitantes ao pleno atingimento de seus objetivos, particularmente diagnósticos e terapêuticos?

R: Eu acredito que o problema maior que a gente enfrenta, tá, é a falta de recursos, mesmo, né? E essa, essa, esse despautério que nós temos junto ao SUS, que dificulta tudo, a burocracia mesmo, né? ele não produz nada para o trabalho. Muitas vezes, não, praticamente, sempre, não é? ou é falta de orientação de quem compete, de quem compete realmente, que é o SUS, pra esse familiar, pra essa família que nos procura, pro doente que nos procura, não é? Éééé... Por que que o paciente volta? Porque não existe uma estrutura adequada pra manutenção da medicação, não é? fora do hospital. Que é uma prioridade. Então... eu percebo muito que essa estrutura, né? éééé, de SUS, não é... compatível com as nossas necessidades. Ou seja necessidades da comunidade, do usuário realmente, né? Do serviço, vamos supor, psiquiátrico. Então, um dos fatores que, eu acho seríssimo, é realmente do SUS. Eu não vejo ele como auxiliador. Eu vejo ele simplesmente como impedor. Ele impede que a gente desenvolva um atendimento adequado. De todas as formas possíveis. Não dá um atendimento adequado. Dificulta! As pessoas não estão preparadas pra dar informação, não estão, principalmente dentro dos Postos de Saúde. Eles não têm interesse em colaborar realmente com esse doente, com essa família que procura recurso, não é? Éééé, não existem farmácias realmente adequadas pra atender a demanda toda, né? Porque é um pessoal carente, não é? Então eu vejo... e a desinformação, não existe nada de trabalho informativo. Pra essas famílias, "o que é a doença?", né? "o que vem a ser um doente mental?", "o que vem a ser um deficiente mental?", né? — que existe a diferença entre o doente mental e o deficiente mental, né? Como procurar recurso? Quando procurar? Desmistificar que o hospital psiquiátrico é a solução pro problema dessa comunidade. Não! Tem que ser visto, divulgado, trabalhado, em cima da população, de que ele é um meio que o cidadão pra um determinado momento da vida dele, e não a solução pra vida dele. Entende? Então a partir do momento que essa família vem, ela já vem pensando que nós somos a solução do problema dela. Nós vamos resolver! O Serviço Social, principalmente a assistente social, né? é aquela pessoa que vai acolher... vai pegar o paciente, vai colocar, vai cuidar, vai velar, "pronto, eu não preciso mais me preocupar com o doente". Essa é a visão que a população tem do que é a psiquiatria, do que é o hospital psiquiátrico. E não... um... organismo que ela tem, né? de um local que ela tem disponível, no momento em que o doente tem necessidade de se tratar, e ele vai se tratar, ele vai melhor, ele vai voltar pra sua comunidade, ele vai voltar pra sua família. Então eu acho que precisaria trabalhar um pouco mais, a nível de... informação mesmo, né? à população, explicando realmente... inclusive até muito tempo eu tive a idéia, de que se criasse nos meios de comunicação, né? como eles fazem com o alcoolismo, com as drogas. A doença mental! "o que é o doente mental?" "o que é a psicose?" sabe? Soltar informações pequenas curtas, assim de fácil entendimento. Porque a população não tem muita... se se fala em psicótico, "o que é psicótico?", né? Agora se você fala em distúrbio mental, distúrbio de comportamento fica mais fácil até pra pessoa entender, né? Começar informar a população de como é... que importância tem o hospital psiquiátrico. Que ele é importante, que ele precisa existir. Não tem ambulatório suficiente. O pessoal até fala que eu, eu estou delirando, que é utopia: veja assim, o ambulatório, se nós tivermos hoje, tá? a nível de Brasil, vamos dizer, ou em Curitiba, um ambulatório, "realmente" um ambulatório, nós não teríamos tantos internos, tá? E o que é esse ambulatório? É um atendimento completo: com médico ali, período todo, assistente social, psicóloga, né? terapia ocupacional. O que que acontece hoje? O paciente interna, ele fica 6 meses conosco, vai embora, corta-se essa ligação, que ele tinha, tão brusca. E ele vai embora! Agora se nós tivéssemos... o CPM não atende a demanda. NAPS, Hospital Dia é ilusão! Eu acredito no NAPS, no Hospital Dia, mas não da forma com que é colocado, tá? Veja, em primeiro lugar: a família tem que trazer o doente, certo? Porque tem doente que até pode vir sozinho. Tem doente que não tem condições. Mesmo esse que pode vir sozinho, ele pode ter um devaneio no caminho, se perder... não encontrar o local. E essa família trabalha. Essa família precisa trabalhar pra

manutenção, inclusive pro doente que muitas vezes não tem condições de sobrevivência, né? de trabalho e tudo mais. Tá? Então ele tem... você veja que estrutura nós temos pra fazer isso dentro do NAPS, Hospital Dia? Vale transporte? A família tem horário pra trabalhar! Entende? Então veja, a pessoa sai de um local distante e vai pra um outro ponto, porque no ponto dele não tem. Então isso seria bom dentro da sua própria comunidade. Os Postos atendem, tá? Mas atendem entre aspas. Eles fazem um curativo de emergência. Mas o atendimento, realmente, bruto, que é a continuidade, não se vê. Por isso nosso trabalho não é gratificante. Nós somos impotentes. Nós não temos... não existe. Não nos dá condições. Primeiro: paga mal. Mal, pessimamente mal!. No mercado de trabalho dentro das unidades de saúde, poucos pagam mais, entre 600 a 700 reais, muitas vezes até por 8 horas. De 6 a 8 horas. Por exemplo, eu sou formada, eu tenho pós graduação em metodologia científica, tenho vários cursos de especialização, tá? O mercado de trabalho pra mim não existe mais. Primeiro por causa da minha idade. Segundo: não é vantagem pra instituição ter uma mulher informada. Ter uma mulher que tem um certo... sabe? uma história de vida, já, de aprendizagem de amizades, de conhecimentos. Não é vantagem, porque eles não vão ter um salário compatível. Meu salário não é compatível com a minha experiência de vida, de conhecimento na área. Eles vão pegar quem? uma recém formada, pra pagar menos. Então, não nos gratificamos, até pela falta de respeito enquanto profissional, com a gente. Eles usam a gente, certo? Eles nos usam mas não com o fim que a gente percebe, tá? O fim é outro. Eles querem usar o trabalho da gente, só isso.. Não importa de que forma, tanto é que tem muita gente despreparada

[Em relação as características do paciente]:

[Sexo]: Não vejo nada.

[Idade]: Também não vejo nada.

[Procedência]: Só as dificuldades, vamos supor, as burocráticas, né? Procedência, você quer dizer... da onde... se é longe dificulta a relação profissional com essa família. Você tem que dar um espaço de tempo maior, pra pessoa... não é? Não é muito comum... vem, vem muita gente de fora. Vem de Santa Catarina e até de São Paulo. Eu acho que do norte do Paraná e de Santa Catarina, do interior, de onde vêm mais pacientes. A dificuldade é em se fazer contato. Por que essas famílias são carentes e temos que nos dirigir ao posto de saúde, a prefeitura. E isso dificulta a gente. Seria melhor se gente atendesse só da redondeza. Isso seria o ideal. E, de dentro do Estado. As pessoas, viajando, o nível sócio econômico não permite.

[Escolaridade]: Não gera muito problema. Você tem que estar preparado para compreender, dentro da realidade dela e dentro da dificuldade dela falar e entender dentro de uma linguagem apropriada e que ela também vá te entender. Fioear demais já é loucura demais, não é?.

[Renda familiar] É um problema. Nossa clientela... Dificulta porque o paciente não tem condições. Você sabe que o paciente vai sair de alta, vamos supor, e ele não tem condições de comprar a medicação. Não é? Então você vê que é um caso que vai retornar. Não é? Ele vai se manter por um período curto, só. Então a renda familiar é um problema. O socioeconômico é problemático demais. Não é? Quer dizer, a gente vai ter que fazer milagre. Então toda nossa ciência não resolve. Nem com remédio. É uma questão de estrutura. É de um sistema todo nosso que está podre, né? Então não teria como.

[Comorbidade]: Temos a Santa Casa que nos dá todo amparo. Nisso não temos dificuldade. Olha, eu vou lhe dizer uma coisa, eu vejo muito profissional falando isso, de ser difícil de transferir paciente por que ninguém aceita. Mas eu sou honesta contigo: eu não tenho essa dificuldade. Sabe? Eu vou nos pontos... chaves. E eu não tenho... olha eu tenho tido casos assim, extremamente delicados e tenho conseguido ecaixá-los e resolver o problema. Sabe? De imediato, de emergência.

[Tipos de patologia]: Também, sabe? não vem ao caso. A gente... o paciente entra e a gente vai depois avaliando, pode até surgir problemas novos, né? e não ter...

[Em relação ao processo diagnóstico]

[Tempo de entrevista]: Não temos. Nós temos liberdade aqui. Esse é o problema maior, não é? Então o tempo de entrevista quem faz sou eu. Eu... isso vai ocorrer de acordo com a necessidade da clientela. Tem pessoas que você precisa ficar um pouco mais até que ela compreenda. Ela fica muito angustiada. Você tem que deixar ela chorar... sabe? Você tem que colocar no colo primeiro. Agora eu tenho 115 pacientes ao meus cuidados. Dou conta. Conheço um por um. Gostaria de dar mais... gostaria éééé...de...de tipo...de ter uma clientela menor. Porque, tenho certeza, o meu trabalho seria mais rico, mais produtivo, mais eficiente até. Eu trabalho 6 horas por dia. Então atendo... nossa clientela qual é: o agudo, o crônico e o realmente o deteriorado, tem uma palavra... o demenciado, mesmo, o que está bem no final. Então claro que a demanda maior é a do agudo, não é? E crônico, também se atende. Agora, esses, é só você ver a parte mesmo clínica, estar sempre em contato com a enfermagem. Ver se realmente não está acontecendo qualquer outra coisa... Porque dentro do social mesmo o que que eu posso fazer por ele? Né? Eu não vou em busca de dar alta porque a família nem tem condições de manter ele em casa. Ele já está numa situação muito... ele precisa realmente de cuidados mais... adequados. Então, o tempo de entrevista, não tem problemas.

[Quem realiza a entrevista] Bom, o serviço social faz a entrevista, fecha e passa para o médico dados que ele acredita ser importantes que é pra ele ter conhecimento, antes até de ter contato com a família. Não depende da entrevista feita pelo médico de plantão. Eu procuro amarrar todas minhas as entrevistas, né? com a família. De preferência a família e o doente.

[Tempo disponível]: Eu tenho as minhas 6 horas e passo às vezes do horário se precisar.

[Exames médico-laboratoriais]: Se precisar a gente tem como encaminhar. É um trabalho do serviço social. O médico solicita mas sou eu que vou dar encaminhamento. É fácil: eu faço muitas vezes pelo SUS, eu tenho até uma pessoa que nos auxilia aqui. Caso contrário tenha condições, nós fazemos pela Santa Casa, né? Então nós temos apoio da Santa Casa, e é um apoio muito grande, ninguém pode negar. Não é?

[Testes psicológicos]: Testes não se faz. Isso seriam as psicólogas, né? E também não acredito que fariam. Não tem muito recurso aqui para fazer isso.

[Quem requisita os exames]: São os médicos, né? Eles tem meios de fazer as requisições. Até os psiquiatras, que não fazem, porque, normalmente, quando tem uma intercomência clínica, é o clínico que vem assistir, tá? Então, compete ao clínico, naquele momento, dis... perceber o que o doente tem e solicitar em suspeita de alguma coisa, né? Por exemplo um RX de pulmão, né? Então é ele que pede, encaminha, a enfermagem encaminha pra nós, e nós damos continuidade e a ação, tá.

[Fase terapêutica]:

[Organização funcional, inclusive estrutura física]: Eu acho que nosso espaço aqui é excelente.

[Em relação ao posterior acompanhamento com o paciente] Esse é o problema maior, tá? Por que? Aí que eu digo pra você. Vou repetir, se tivéssemos realmente um ambulatório preparado, mas preparado meeesmo, primeiro mundo, né? Nós teríamos como dar contingência. Mas não tem!

[Conflitos com os demais integrantes da equipe]

Com o pessoal administrativo: os conflitos são mais com o pessoal administrativo porque eles vêem as coisas muito quadradinha, tá? E eu sempre digo o seguinte: nós estamos dentro de um hospital. Nós não estamos numa fábrica de biscoito, que você desliga a máquina e vai embora. Certo? Então a parte administrativa tem dificuldade. Porque eles querem colocar as coisas muito quadradinha e muitas vezes não dá certo. Porque o trabalhador, o assistente social, o terapeuta, o psicólogo, o médico, a gente está numa constante movimento. Nós estamos num constante movimento. E nesse constante movimento você toca uma coisa ou outra, mas nada que seja um bicho de 7 cabeças que não de pra resolver. Por exemplo: eu tenho que passar de um horário, certo? Se chega um doente pra internar, vamos dizer, eu saio a uma e trinta, o doente chegou a uma e vinte, eu vou atender. Então quando chega minha hora, eu não vou dizer a ele "olha, agora eu vou parar, volto amanhã pra gente continuar". Então existem conflitos, mas nada que não de para resolver. Cada profissional, cada pessoa que tiver um pouco de bom senso, de boa vontade, ela soluciona, ela dá contingência, sabe? a esses probleminha. Os profissionais são pressionados pela normas do SUS. Por exemplo, o SUS nos dá um período, 90 dias. Agora eu pergunto: quem é que pode afirmar que em 90 dias o paciente tem condições. Eu tenho paciente aqui, que ele compensa em 8, 9 meses. Ele não compensa antes disso, interessante! Ele começa a entrar numa situação boa de alta no sexto mês por aí. Como é que eu posso mandar esse paciente... porque eu sou vidente e digo pra você: eles criam normas, mas eles não vivenciam o problema, tá? Então, criar uma norma atrás de uma cadeira, eu acho maravilhoso. Mas vá vivenciar isso no dia-a-dia conosco... Né? Então a administração elabore de nós uma coisa que o SUS cobra, ela cobra de nós o que o presidente, o diretor... Bom aqui pra nós, o provedor, cobra de nós, por exemplo: "você tem que mandar esse paciente embora. Você não pode ficar fora do horário." Éééé... Tem coisas que não dá... a gente está num constante movimento, não posso... simplesmente interromper o atendimento, mandar o paciente embora porque querem... Né? E aí a gente, muitas vezes, até, cobra do médico, muitas vezes. Pressionada, pressionamos. E a coisa não funciona.

[Pessoal auxiliar] Só a falta de conhecimento. O aspecto de ser ignorante quanto a doença mental. Mas respeitando eles te respeitam. Tudo se resolve orientando.

[psicólogos]: As vezes a gente já tem uma certa dificuldade com os psicólogos. Sabe? Ideológica, vamos dizer assim. Éééé... Não são todos, mas alguns psicólogos eles tem uma visão assim: "eu sei tudo, eu..." E a visão de muitos é de "eu curo". Entende? Aí interfere até no andamento da coisa, né? do trabalho. A gente tem, certo? Mas nada que também não dê. Eu particularmente não tenho. Mas já vi, já, sabe? já percebi... éééé... tive até quase... a ter... mas no momento exato percebi que não era o caminho. Né? Mas tem, existe. Essa dificuldade existe. O psicólogo pensa de maneira diferente. Ele pensa em parte. Nós pensamos no todo. Não é? Então ele pensa, por exemplo, no doente como abandonado, né? Nós pensamos no contexto total. Em toda essa estrutura que leva a família trazer o doente pra internar. As vezes ele tem uma visão de que o doente não precisa tomar muita medicação. Até florais eles sugerem. Eu já vi alguns casos.

[psiquiatras]: Eu não tenho problemas com eles. Eu amo todos eles (rindo) Eu tenho uma relação boa, um bom relacionamento. O serviço social tem uma relação muito maior com os médicos, com a sociedade de modo geral. Ele não é restrito só aqui dentro do hospital. Você entende? Nós temos uma gama maior de comunicação, interna, externa. Nós temos um movimento muito grande. Os médicos trocam. Solicitam sempre a nossa presença, pra liberação, pra família, pra qualquer coisa que tenha. Aí que eu digo pra ti, cria uma certa... sabe? uma certa rivalidade... Por que a gente tem... por exemplo, particularmente, eu tenho contato com os médicos, é assim muito grande. A gente troca mesmo figurinha tipo... Eu sou muito rigorosa, eu pego família e esmiúço tudo. Pego os pontos cruciais. E já passo pra ele antes dele atender aquela família.

[Terapeutas ocupacionais]: Nem um pouco, tá? Eu acho que a gente tem uma relação muito boa

[Enfermagem]: Eu também não tenho, não vejo. Existe, tá? Existe porque a enfermagem é a parte direta. Ela tá direta ligada. Ela tá dentro da... doença. Ela tá atendendo o doente ali, tá? Então, o que ela tem de conhecimento muito grande. Você não pode passar por cima disso. Então você tem que ter o bom senso e acatar, o que ela te diz e avaliar, não é? Você tem que respeitar. Sabe? Você não pode passar por cima dela. Quando ela diz pra você que o paciente não tá bem, então você tem que acatar. Ela está no contato direto.

[Integração funcional com os profissionais do mesmo serviço]: Não trabalhamos de maneira interdisciplinar. Se disser isso é mentira. Não trabalha por que nem tem como trabalhar. Eu posso até trabalhar aqui dentro, com uma parte. Com os meus 115, mas aí é multi. Tá? Não tem como. É difícil. Por exemplo: com o psicólogo. Há uma maneira muito diferente de pensar. O psicólogo pensa de maneira diferente. Ele pensa em parte. Nós pensamos no todo. Ele pensa no doente como abandonado, tá? Nós pensamos no contexto total, em toda essa estrutura que leva a família pra internar. O psicólogo, às vezes, tem uma visão de que o doente não precisa tomar medicação, certo? Até florais ele sugere, eu já vi alguns casos. Então o cuidado é esse.

[Integração funcional com os demais serviços]: Eu tenho, procuro ter, sabe? Sempre estou peruando, olhando, descobrindo. Sei os serviços disponíveis. Sempre estou procurando, buscando outros recursos que não sejam só os nossos.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

P: Qual sua opinião a respeito das mudanças em atendimento aos doentes mentais, em curso na cidade de Curitiba, em particular a desinstitucionalização?

Eliminar, acabar com os hospitais psiquiátricos? Como esse movimento que anda por aí, é loucura total de quem imagina que isso é possível. O movimento que acontece é pra acabar com os hospitais psiquiátricos. Eu vejo dessa forma, tá? Não é uma coisa... Meu Deus do Céu! A população precisa do hospital. O hospital psiquiátrico. Da existência do hospital. O que ele não pode ser é um depósito. Certo? Isto não pode ocorrer. Que ele venha a ser um asilo, também não pode ocorrer. Mas o hospital psiquiátrico é uma necessidade que a população tem! Que o povo tem, meu Deus do Céu! Você vai por aonde um paciente se ele entra em crise ou surto? Não é? Vai por ele aonde, né? Tem que haver hospital psiquiátrico, né? Por isso eu digo e repito: o hospital psiquiátrico precisa ser visto como um meio que a população tem pra um determinado momento da vida dela, recorrer. Agora ela não pode ver o hospital psiquiátrico como simplesmente uma solução pro problema. "Eu levo meu doente lá, eles cuidam, e pronto. Nunca mais eu apareço, eu sumo e desapareço, dou o endereço errado e tudo mais". Então o que que falta? Uma organização mais adequada, pra que esse hospital psiquiátrico funcione realmente como deveria funcionar. Sem ser asilo, sem ser depósito! Mas isso está acontecendo em Curitiba. O que eu temo é esse pessoal todo jogado nas ruas, logradouros públicos, calçadas, bancos, porque a família "não tem condições" "a sociedade não dá

condição a ela", tá? A estrutura, o sistema, nosso, hoje, político é uma vergonha. Porque todo mundo tá preocupado com seu próprio, umbigo, né? não está preocupado realmente com a situação... Veja! é o desemprego, certo? É a falta de saúde mesmo do povo, que não come direito, que não se alimenta direito. Não tem um sistema de saúde adequado, né? Ele não tem educação. E não é necessário dar educação, porque quanto mais sem informação esse indivíduo for melhor vai ser pra manipular, né? Então a coisa não é uma coisinha fechadinha. Ela é muito ampla. Não é? Então, acabar com o hospital psiquiátrico eu acho que quem fez, quem tá tentando fazer isso tem que vir no hospital e ver realmente o que é a doença mental. Com a criação dos serviços extra-hospitalares, sim, mas daí o que que você vai fazer? Você acaba com o macro e cria o micro. Certo? Vai haver alguma diferença? Eu não vejo muita diferença nisso. Por exemplo, Santa Catarina não tem serviços hospitalares. Se tivesse nós não estaríamos atendendo. Santa catarina não tem hospitais. Tá? O que que eles fizeram com os hospitais. Eu não sei o nome, mas tem hospitais que fecharam lá em Santa Catarina. E daí o que que aconteceu? Estão vindo pra cá. Você veja, quem tem hospitais hoje, a nível de Paraná? Tá? Curitiba, né? Curitiba tem um número até... mas o que que está acontecendo? Tá faltando pros nossos aqui porque nós estamos atendendo uma demanda de fora! Porque eles não têm. E aí o que que acontece? Aí eu vou falar uma coisa que você não perguntou mas eu gostaria de falar, éééé: Por que não se cria um local adequado pra criança, pra adolescente. Você veja, nós recebemos éééé... encaminhamento de juizes, da vara de infância e adolescência pra nós internarmos. Tá? Nós não temos. Muitas vezes a gente até fica, até solucionar o problema. Eu... não... concordo. E, se cair na minha mão eu não aceito. Eu devolvo pro juiz. Crianças de 14, 15, 16. Não tem em Curitiba. E nem nas redondezas, e nem fora. Não tem! O Adauto Botelho tem, mas com limites de vagas. Eles tem quantas vagas lá? 10, 12 vagas 6 vagas, pra demanda. Pra crianças psicóticas. Vai com drogas pra lá também. Mas o que muitas vezes nos procuram são crianças demenciadas. Sabe? Crianças com deficiências mentais, psicóticas com diagnóstico comprovado. Como é que eu posso por uma criança de 13, 14 anos juntode adultos, homens e tudo mais. Eu estou pondo essa criança em risco. Então o Estatuto da criança não é bem claro? Teria que ter um número maior de hospital mas não dentro dessa carência e deficiência que nós temos. Sabe?. Outra coisa que eu vejo também é: Por que que nós não temos pensões protegidas para esses pacientes asilares? Outra coisa, vivem fazendo mudanças sem a nossa participação. Por que que não encaminham pelo menos as decisões?. Não se divulga, não se encaminha. É uma área de saúde. Não sou da área de saúde? Tá? Eles não tem conhecimento de que existe dentro deste hospital, daquele hospital profissionais da área? Era para fazerem xerox e encaminhar pra ser distribuído. Vir nos locais, darem palestras, informar, reciclar esse pessoal. Acredito numa influência nesses planejamentos. Alguém sempre está lucrando alguma coisa. Tá? É aquela coisa dos peixinhos... né? Eles se reúnem tudo, éééé... são compadres. Né? Acredito que tudo isso não é feito não, pra população. É pra interesse próprio. Político, né? Não há nem dúvida. A maioria do pessoal não participa. Não é divulgado. Por exemplo, se há um evento. Eu tenho que pedir pelo amor de Deus aqui pra sair e ir nesse evento. Agora se é a nível de Secretaria, não é para eles darem uma intimação, e dizer que se libere fulano, sicrano, um número X de tal, tal, tal profissional, pra que participem disso? Não fazem isso. Sabe? É uma tal das coisas que precisava ter. Porque aí vai fazer o que? Eu vou adquirir um maior conhecimento. Vou poder atender essa demanda mais adequadamente. E vou realmente diminuir as entradas desses pacientes. Vou saber onde buscar recursos pra que as coisas possam fluir de uma maneira mais satisfatória, pra nós e pra própria instituição e pra Secretaria, também, que tem interesse.

P: Conhece o conteúdo da Portaria 224?

R: Conheço

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Eu fui a busca, eu fui a cata. Soube através de reunião na Secretaria de Saúde.

P: Conhece o conteúdo do Projeto de Lei do Dep. Delgado?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não. Eu fui atrás.

P: Conhece o conteúdo da Lei Estadual do Dep. Florisvaldo Fier, o Dep. Rosinha?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

P: Conhece o conteúdo da Lei Municipal Nº 9000, que trata de assunto similar, o Código Municipal de Saúde?

R: Sim.

P: Alguém lhe enviou o texto?

R: Não.

ANEXO 4 - LOCAIS

Considerando-se a região metropolitana de Curitiba, oito foram os hospitais e nove os ambulatorios em foco no período em que se processou os primeiros estudos e a aplicação dos questionários (primeira fase).

- Cinco hospitais situados na área urbana do Município de Curitiba. São eles:

Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória - privado

Hospital Pinel de Curitiba - privado

Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro - privado

Hospital Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto — dois hospitais em um mesmo, e amplo, edifício. Privado

- Município de Piraquara:

Hospital de Neuro-psiquiatria do Paraná LTDA (São Julian) - privado

- Município de São José dos Pinhais:

Hospital Pinheiros LTDA - privado

- Município de Pinhais:

Hospital Colônia Adauto Botelho - do Estado do Paraná - do Estado.

- Seis ambulatorios de psiquiatria situados em Curitiba:

PSICOPAR - Psicoclínica do Paraná.- privado

CPM - Centro Psiquiátrico Metropolitano - do Estado do Paraná.

CRE-Kennedy - da prefeitura

Ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Luz - privado

Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da UFPR - Fundação UFPR.

Clínica Ômega - privada

Três ambulatorios situados em cidades vizinhas:

- Em Araucária:

Centro Social Urbano São Francisco de Assis - município.

- Em Campo Largo:

Posto de Saúde Campo Largo - município

- Em São José dos Pinhais:

"Posto Braga" (Centro de Saúde José Czczepanski) - pertence ao município.

Relaciona-se a seguir os locais a que se refere a segunda fase em que se utilizou entrevistas como recurso coletor de dados:

- Município de Curitiba (hospitais):

Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória - privado

Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro - privado

Hospital Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto - privado

Hospital Pínel de Curitiba - privado

- Município de Piraquara (hospital):

Hospital de Neuropsiquiatria do Paraná LTDA - privado

- Município de São José dos Pinhais (hospital):

Hospital Pinheiros LTDA - privado

- Município de Pinhais (hospital):

Hospital Colônia Adauto Botelho - do Estado

- Cinco ambulatórios de psiquiatria no Município de Curitiba:

CPM - Centro Psiquiátrico Metropolitano do Estado do Paraná - do Estado

Ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Luz - privado

Ambulatório do Hospital Pínel - privado

Ambulatório da Clínica Ômega - privado

Dois ambulatórios encerraram as atividades no decurso de tempo entre a primeira e a segunda fase, de forma que não estão inclusos nesta segunda. Um era a PSICOPAR (conveniada) e o outro era o CRE-Kennedy (da prefeitura de Curitiba).



ANEXO 5 - DOCUMENTOS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

PUBLICADO NO D. O. M.
Nº <u>100</u> de <u>31</u> / <u>12</u> / 19 <u>96</u>

LEI Nº 9.000

"Institui o Código de Saúde de Curitiba, dispõe sobre a proteção à saúde no âmbito do Município e dá outras providências."

A CÂMARA MUNICIPAL DE CURITIBA, CAPITAL DO ESTADO DO PARANÁ, aprovou e eu, Prefeito Municipal, sanciono a seguinte lei:

TÍTULO I

DA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - O presente Código de Saúde de Curitiba estabelece normas para a promoção, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde no âmbito de competência do Município de Curitiba, nos termos dos arts. 196 a 200, da Constituição Federal, arts. 167 a 172, da Constituição Estadual, e arts. 157 a 161, da Lei Orgânica do Município de Curitiba, observadas também as disposições das Leis Federais nºs 8080, de 19/09/90, e 8142, de 28/12/90 - Lei Complementar Estadual nº 04, de 07/01/75, regulamentada pelo Decreto nº 3641, de 14/07/77.

Art. 2º - Para os efeitos desta lei, consideram-se as definições e conceitos constantes do anexo I.

Handwritten signature

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**

- IV - orientação e encaminhamento das mulheres a partir da idade reprodutiva e após menopausa, para realizar a prevenção periódica do câncer cervico-uterino e do câncer mamário, inclusive com ações educativas que propiciem a realização do auto-exame das mamas;
- V - acompanhamento ginecológico em todas as etapas da vida, nos diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde, conforme as necessidades da mulher, com ênfase à adolescente;
- VI - atendimento médico-hospitalar especializado aos casos de aborto autorizados pelo Código Penal Brasileiro;
- VII - assistência ao planejamento familiar, a partir das ações básicas de saúde, garantindo a orientação sexual e o direito à auto-regulação da fertilidade como livre decisão da mulher ou do homem, ou do casal, tanto para exercer a procriação como para evitá-la, provendo meios educacionais, científicos e tecnológicos para assegurá-lo, impedindo qualquer forma coercitiva ou impositiva por parte da instituição prestadora dos serviços de saúde ou de outras, públicas ou privadas;
- VIII - garantia de vacinação contra a rubéola a todas as mulheres em idade fértil;
- IX - garantia de realização de campanhas educativas e preventivas sobre doenças da mulher, em conjunto com entidades representativas de mulheres e outras organizações;
- X - garantia de educação continuada para aperfeiçoamento de profissionais na área de saúde da mulher.

Parágrafo único - O Gestor do Sistema Municipal de Saúde divulgará, através dos meios de comunicação o Programa de Saúde da Mulher, suas atividades e locais de atendimento.

SEÇÃO III**SAÚDE MENTAL**

Art. 80 - A política municipal de Saúde Mental contemplará serviços que compreendam a prevenção, diagnóstico, tratamento e reintegração de portador de doença mental à sociedade, incluindo ações de saúde mental, além das medidas terapêuticas, atividades preventivas e educativas visando ao maior e melhor esclarecimento da população, na desmistificação da doença mental e do seu portador.

Art. 81 - As ações de saúde mental no âmbito do Município compreendem:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

- I - garantia de implantação e implementação de ações de saúde mental nas Unidades de Saúde, capacitando serviços e pessoal, criando mecanismo de referência para pacientes que necessitem acompanhamento multiprofissional e/ou hospitalar;
- II - implementação da prevenção do uso abusivo de álcool, medicamentos, tabaco e outras drogas, através dos meios de comunicação e campanhas educativas, bem como o controle das propagandas que induzam ao uso e a automedicação;
- III - realização de levantamentos objetivando o total conhecimento do perfil psíquico de nossa população, respeitadas as realidades locais e áreas de maior incidência de estressores psicossociais;
- IV - garantia da distribuição e disponibilidade dos medicamentos utilizados no âmbito da Saúde Mental, em qualidade e quantidade suficientes, bem como supervisão e controle da prescrição de substâncias psicotrópicas em todos os serviços psiquiátricos;

Art. 82 - A rede de serviços de Saúde Mental no Município, integrada à rede regionalizada e hierarquizada dos serviços gerais de saúde, deverá promover campanhas de esclarecimento sobre saúde mental e de tratamento, desenvolvendo ações preponderantemente extra-hospitalares utilizando ambulatório, pronto-socorro, hospital-dia, hospital-noite, centros de convivência, com prioridade ao paciente.

Art. 83 - Os serviços de emergências psiquiátricas no âmbito do Município são responsáveis pelas internações psiquiátricas, que deverão ser acompanhadas por uma comissão revisora municipal, na forma de regulamento específico.

Art. 84 - Cabe ao Gestor do Sistema Municipal de Saúde, ao Conselho Municipal e aos Conselhos Locais a fiscalização e o acompanhamento sistemático das internações em asilos, e outras instituições propiciadoras de regime institucional que isole o indivíduo de sua família ou comunidade.

Art. 85 - Compete ao Gestor do Sistema Municipal de Saúde fiscalizar e garantir o respeito aos direitos humanos e de cidadania do doente mental, bem como coibir procedimentos violentos e desumanos nos equipamentos e instituições de saúde mental, públicas e privadas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 86 - É vedada, nos estabelecimentos de saúde do Município, a prática de atos litúrgicos, de religião, culto ou seita, sem autorização do paciente e/ou familiares.

Art. 87 - A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais somente serão realizados em um paciente na medida em que este tenha dado seu consentimento esclarecido, e um corpo de profissionais externos, solicitado ao Conselho Regional de Medicina, estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento esclarecido e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**

Art. 88 - Nenhum indivíduo será submetido a ensaios clínicos ou tratamentos experimentais sem o seu consentimento expresso por escrito e a aprovação de uma comissão científica que seja instaurada com o propósito específico de acompanhar os experimentos, além do parecer de uma comissão de ética profissional.

Art. 89 - Na constatação das irregularidades descritas nos quatro artigos anteriores, competirá ao Gestor do Sistema Municipal de Saúde comunicar, por escrito, os órgãos competentes para as providências cabíveis.

Art. 90 - É vedada a construção de novos hospitais psiquiátricos no âmbito do Município, sendo permitido, após aprovação do Conselho Municipal de Saúde a construção de alas para atendimento do doente mental em hospitais gerais.

SEÇÃO IV**SAÚDE DO IDOSO**

Art. 91 - A atenção à saúde do idoso compreende as ações individuais e coletivas desenvolvidas pelos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e incluirão:

- I** - o prolongamento da vida ativa, autônoma e independente, vinculada à família e à comunidade, propiciando e potencializando sua participação no viver cotidiano;
- II** - avaliações periódicas com o intuito de promover a saúde, prevenir doenças ou complicações e postergar o surgimento de incapacidade, além das ações de reabilitação;
- III** - garantia de acesso a serviços especializados e/ou multidisciplinares, assim como de internamento;
- IV** - facilidade de acesso aos serviços de atendimento à população idosa através de readequação da rede física;
- V** - estímulo à criação de centros de convivência e hospitais-dia para o idoso com acompanhamento de pessoal treinado, como alternativa ao asilamento.

SEÇÃO V**SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA**

Art. 92 - A atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência compreende as ações individuais e coletivas desenvolvidas pelos serviços de saúde e incluirão obrigatoriamente:



Lei n. 11189

Data 09 de novembro de 1995.

Súmula: Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares, de cidadãos com transtornos mentais.

A Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

decretou e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º. Com fundamento em transtorno em saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do Art. 5º, inciso LIV, da Constituição Federal.

Parágrafo único. A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internado formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.

Art. 2º. O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Art. 3º. Fica condicionada à prévia aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento pelo setor público, de novos leitos nesses hospitais.

§ 1º. É facultado aos hospitais psiquiátricos a progressiva instalação de leitos em outras especialidades médicas na medida em que os leitos psiquiátricos forem sendo extintos, possibilitando a transformação destas estruturas em hospitais gerais ou em unidades de atenção à saúde mental conforme o previsto no Art. 2º. desta lei.

§ 2º. No prazo de 3 (três) anos, contados da publicação desta Lei, serão reavaliados todos os hospitais psiquiátricos, visando aferir a adequação dos mesmos ao novo modelo instituído, como requisito para renovação da licença de funcionamento, sem prejuízo das vistorias e procedimentos de rotina.

Art. 4º. Será permitida a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, de acordo com as demandas loco-regionais, a partir de projeto a ser avaliado e autorizado pelas secretarias e conselhos municipais de saúde, seguido de parecer final da Secretaria e do Conselho Estadual de Saúde.

§ 1º. Estas unidades psiquiátricas deverão contar com áreas e equipamentos de serviços básicos comuns ao hospital geral, com estrutura física e pessoal adequado ao tratamento aos portadores de sofrimento psíquico, sendo que as instalações referidas no "caput" não poderão ultrapassar a 10% (dez por cento) da capacidade instalada, até o limite de 30 (trinta) leitos por unidade operacional.

§ 2º. Para fins desta Lei, entender-se-á como unidade psiquiátrica aquela instalada e integrada ao hospital geral que preste serviços no pleno acordo aos princípios desta Lei, sem que, de qualquer modo, reproduzam efeitos próprios do sistema hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental.

Art. 5º. Quando da construção de hospitais gerais no Estado, será requisito imprescindível a existência de serviço de atendimento para pacientes que padecem de sofrimento psíquico, guardadas as necessidades de leitos psiquiátricos locais e/ou regionais.

Art. 6º. Às instituições privadas de saúde é assegurada a participação no sistema estabelecido nesta Lei, nos termos do Art.199, da Constituição Federal.

Art. 7º. O novo modelo de atenção em saúde mental, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá, necessariamente, na forma da Lei Federal e respeitadas as definições constitucionais referentes às competências, os níveis estadual e municipais, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observando o caráter do Sistema Único de Saúde.

§ 1º. Os conselhos estadual e municipais de saúde, constituirão Comissões de Saúde Mental, com representação de trabalhadores em saúde mental, autoridades sanitárias, prestadores e usuários dos serviços, familiares, representantes da Defensoria Pública e da comunidade científica, que deverão propor, acompanhar e exigir das secretarias estadual e municipais de saúde, o estabelecido neste artigo.

§ 2º. As secretarias estadual e municipais de saúde disporão de 1(um) ano, contados da publicação desta Lei, para apresentarem respectivamente, aos conselhos estadual e municipais de saúde o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

Art. 8º. Os recursos assistenciais previstos no Art. 2º. desta Lei serão implantados mediante ação articulada dos vários níveis de Governo de acordo com critérios definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS -, sendo de competência dos conselhos estadual e municipais de saúde o exame das condições estabelecidas pelas secretarias estadual e municipais de saúde, para a superação do modelo hospitalocêntrico.

Parágrafo único. Os conselhos estadual e municipais de saúde deverão exigir critérios objetivos, respectivamente, das secretarias estadual e municipais de saúde, para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios desta Lei.

Art. 9º. A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades sócio-culturais locais e regionais, garantida a gestão social destes meios.

Parágrafo único. As prefeituras municipais providenciarão em cooperação com os representantes do Ministério Público local a formação de conselhos comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico, que terão por função principal, assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que forem internados.

Art. 10. A internação compulsória é aquela realizada sem o expresse consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização.

§ 1º. A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, à autoridade do Ministério Público, e quando houver, à autoridade da Defensoria Pública.

§ 2º. A autoridade do Ministério Público, ou, quando houver, da Defensoria Pública, deverá emitir parecer sobre a necessidade e legalidade do ato de internação e da manutenção do internamento, desde que exista solicitação neste sentido, e que constitua uma junta interdisciplinar composta por 03 (três) membros, sendo um psiquiatra, um psicólogo e um outro profissional da área de saúde mental com formação de nível superior.

Art. 11. O Ministério Público realizará vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos psiquiátricos, com a finalidade de verificar a correta aplicação desta Lei.

Art. 12. Aos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar, e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

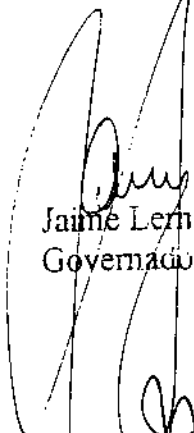
Art. 13. A Secretaria Estadual de Saúde, para garantir a execução dos fins desta Lei, poderá cessar licenciamentos, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários à sua regulamentação.

Art. 14. No prazo de 03 (três) anos, contados da publicação desta Lei, o novo modelo de atenção em saúde mental será reavaliada quanto aos seus rumos e ritmo de implantação.

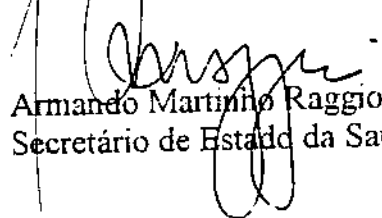
Art. 15. Compete aos conselhos municipais de saúde, observadas as necessidades regionais e com a homologação do Conselho Estadual de Saúde, a definição do ritmo de implantação da rede de atendimento integral em sua saúde mental.

Art. 16. - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO EM CURITIBA, em 9 de novembro
de 1995.

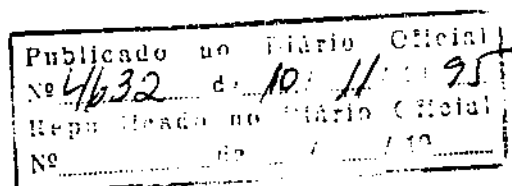


Jaime Lerner
Governador do Estado



Armando Martinho Raggio
Secretário de Estado da Saúde

AJB



Of. Circular nº 001/98

Curitiba, 14 de abril de 1998

SENHORES MÉDICOS:

Como é de conhecimento de todos, por diversas razões, algumas de ordem interna da unidade e outras tantas por dificuldades administrativo-financeiras, que extrapolam nossa competência, o Centro Psiquiátrico Metropolitano tem perdido, progressivamente, a qualidade dos serviços prestados que sempre o caracterizou.

Poderíamos inumerar as razões, mas estaríamos simplesmente repetindo os assuntos que tem sido pauta de longas e cansativas conversas formais e informais, que nos ocupa quase que em tempo integral há longa data.

Procurando não nos delongarmos em preâmbulos, cabe-nos no papel que ora representamos, tomarmos algumas atitudes que, sabemos, não serão do agrado de alguns, porém, necessárias e desejadas pela maioria.

É de consenso que a vocação deste Centro é a busca da excelência, prioritariamente, na prestação de atendimento a emergência psiquiátrica e, na medida das possibilidades, o acompanhamento ambulatorial adequado e o oferecimento de outras possibilidades de tratamento ao doente mental.

Visto a principal premissa não encontrar, no momento, resultado satisfatório, cumpre-nos provocar a readequação da estrutura para buscar atingir tal meta.

O estudo do perfil da clientela do Pronto Atendimento nos trás a clara leitura que 85% dos usuários do período diurno e 70% dos do noturno, não correspondem aos que necessitam de atendimento emergencial e tão somente acessam o serviço, por ser o único com possibilidades de fornecimento de medicação.

A oferta de serviço médico ambulatorial está infinitamente aquém da demanda, dando-nos a certeza que o nosso atendimento sequer atinge níveis homeopáticos, ajudando a assoberbar o Pronto Atendimento.

A necessidade numérica de profissionais que possa garantir uma qualidade mínima de atendimento a demanda faz com que, dentro de nossas atribuições, redimensionemos o serviço, priorizando a assistência no Pronto Atendimento, ao mesmo tempo que procuraremos revitalizar outros setores que se encontram desgastados.

Com relação a equipe médica, é decisão que:

- 1- Os médicos deixarão de prestar atendimento formal nas dependências do Ambulatório, não significando que não mais darão assistência àqueles pacientes agendados, mas que reservarão espaço para o atendimento de emergência, preenchendo os hiatos do serviço de Pronto Atendimento. Um estudo do fluxo nos mostra que não deverá haver sobrecarga de tarefa, visto que o volume não é significativo.
- 2- Os leitos de Curta Permanência deverão ser assistidos pelo mesmo profissional, uma vez que a carga de trabalho, respaldada pela portaria 224-MS, dispensa a existência de um número maior de profissionais desta área - fato que muitas vezes tem resultado em dificuldades de orientação.
- 3- Deverá haver permuta do médico responsável pelas Alas de Internação, objetivando a revitalização das mesmas.
- 4- Os médicos que se encontram em disfunção de atividade, prestando serviços, mesmo de interesse da unidade, em parceria com outras instituições, deverão priorizar suas atividades no Pronto Atendimento. Isto não obriga que os objetivos comunitários sejam abandonados mas sim compatibilizados.
- 5- Vale reforçar que o volume de atendimento, no horário de escala do profissional no Pronto Atendimento deverá ser regulado pelo fluxo, capacidade de atendimento individual e carga contratual de trabalho e não por "cotas" hipoteticamente pré-estabelecidas.

As medidas, de natureza gerencial, deverão atingir toda a estrutura funcional do CPM, procurando orientá-lo no caminho possível, deixando o desejável a ser buscado a partir de nossos esforços coletivos. Estas providências estarão sendo trazidas ao seu conhecimento, bem como, as propostas discutidas nas próximas reuniões de equipe.

Sendo o que nos cabe, contamos com o usual apoio e compreensão de todos.