**HOSPITAL X. 25.09.2007 – 1ª Entrevista: ENFERMEIRA – TRABALHA há 3 meses, porém fez estágio por dez meses; Realizou curso de curta duração na área e sua monografia de conclusão do curso de graduação foi em saúde mental.**

**Visão Biomédica prevalecendo e Visão biopsicossocial (ambas ancoradas) mais atenuada**

Não dá para classificar... Assim... porque tem pessoas que são usuários de drogas, que possuem um alcoolismo crônico que desenvolve uma esquizofrenia, que são usuários de drogas e que desenvolve uma psicopatologia. [...] Não tem como classificar a doença mental como de uma ordem só, mas que leva o indivíduo a um sofrimento psíquico [...], para a vida toda, pois por mais que exista tratamento, por mais que a gente ofereça cuidado, não existe a cura.

**Quais as atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise? Colocou a família como responsável para que a crise não ocorra/ não valorizou o tratamento como um todo para essa conscientização da família.**

Coloco o problema da família. [...], então você não sabe com o que eles vão se depara lá fora para desencadear uma nova crise. Eles não vão ficar numa redoma de vidro em casa... mas pode ter um confinamento dentro da própria casa. [...] A atitude deve ser o acompanhamento terapêutico, nunca deixar a pessoa muito ociosa, procurar agir na sociedade. Porque na rua tem o preconceito... A família tem que ter cuidado para eles não saírem muito, ter cuidado para dar a medicação certa... Mas as vezes a culpa não é da família... pois há pacientes que a família cuida bem direitinho, mas ele volta a ter a crise. Então eu acho que o cuidado familiar ajudaria bastante.

**O parâmetro da normalidade é o conceito de razão/admite que existe o sujeito normal no sentido positivista/ O “não sou louco” é um fato que demonstra que temos um controle sobre o nosso ego/qualquer um de nós podemos nos tornar loucos, mas nota-se que tem uma visão organicista prevalecendo.**

Quando a pessoa dá para se controlar diante de algum obstáculo, onde prevalece a razão ao invés da emoção, na maioria das vezes é tida como normal. Mas o normal por completo eu acho difícil; porque cada situação que você se depara... se você tem uma brincadeira exagerada, você é vista com maus olhos, não é? Então, assim, a normalidade fica muito próxima à razão. Mas um padrão de normal, normal... acho que nem todos obedecem essa regra. As vezes você tem um pensamento, e diz: “meu Deus que viagem!”. [...] Normal é deixar a razão falar mais que a emoção.

É quando você sabe dos seus limites... É aí que você entra nos padrões da normalidade e percebe-se como não sendo louco. O louco já extravasa um pouco, ele quando se depara com uma situação ele já não tem aquele limiar entre o sim e o não.

Em qualquer momento você pode passar por um sofrimento que sua mente não pode superar. E a qualquer momento você se entrega a aquele problema... ou de ordem orgânica mesmo... seu corpo não suporta aquele sofrimento físico... Tem muitas usuárias que passam por agressão, por uma violência sexual, por traumas de infância... seja de ordem física ou de ordem fisiológica... uma educação mais rígida.

**A eficácia do medicamento e das abordagens terapêuticas – o lado social problemático extingue a eficácia tanto do medicamento como das terapias – o medicamento é mais valioso que as terapias**

Ele é muito importante, mas se não tiver o apoio ou da família ou do acompanhamento psicológico... eu acho que ele não faz o trabalho sozinho. Mas depende do meio que o indivíduo convive... se você toma o medicamento e chega em casa e tem um marido que bate em você, fica difícil o medicamento agir só! Então eu acho que ele funciona sim, mas em companhia de outros meios. As abordagens terapêuticas também... se de repente você vê o psicólogo apenas uma vez no mês, se você vive encarcerado em casa, não faz nenhum trabalho manual, fica difícil... se você também só faz o acompanhamento terapêutico e não toma nenhum medicamento... que seja o terapêutico e o medicamentoso regular e que sempre o hábito de vida venha conciliar. [...] se você tem um problema grave na família [...] fica difícil de manter a melhora.

**O medo de trabalhar com loucos existe mas a prática levou a saber conviver com ele (a objetivação), pois existem meios de evitar que uma ameaça ocorra/o doente mental é perigoso na crise (ancoragem) porque ele pode agredir a si e aos outros, mas admite que no todo não generaliza, pois de um modo geral crê que o doente mental não é perigoso (crença na periculosidade)**

Não, tenho não. Tenho assim... tem vezes que a gente se sente ameaçado.. né, nossa paz, nossa integridade... vem o medo de alguma agressão mas logo passa, porque as vezes um bloqueio verbal funciona mais que qualquer outra coisa. Eles me obedecem muito. Tem muito gente que tem esse preconceito: “há eles são muito violentos”, [...], mas quando você entra aqui você desmistifica totalmente! [...] Eu nunca sofri nada.

Depende também do caso. Tem paciente que no surto ele oferece perigo tanto para si mesmo como também para os outros. Mas, sabendo controlar, sabendo que medicamento usar... é como eu lhe falei, as vezes um bloqueio verbal funciona mais... creio que dá pra se sair. Do todo eu não generalizo. [...] De um modo geral eu creio que não o doente mental não é perigoso. Eu acho que não existe ninguém violento 24 horas por dia, pois, ou ele vai viver amarrado para sempre, ou então ele morre, porque os outros vão matar... eu acho assim, perigo é um termo muito pesado... eu acho que não existe. De um modo geral não, mas em surto sim, tem uns que oferecem mais perigo do que os outros.

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica – lança o problema para a família e à patologia (um alcoolismo crônico)/ falou que não tem como medir o período de internação, e que vai depender do que levou o indivíduo a se internar e de sua psicopatologia/não entendeu a pergunta, pois acha que a internação não pode ser evitada; tive que reperguntar**

[...] Por exemplo, tem um paciente que vem uma vez com um diagnóstico, e quando vem outra vez já é outro diagnóstico. Então, em psiquiatria não se tem um diagnóstico nem um prognóstico fixo, ficando difícil quanto tempo de internação a pessoa precisa... o período de internação é muito vago.

**Depois de reperguntar achou que seria mais os efeitos sociais. É como se quisesse defender a internação, indo de encontro a Reforma Psiquiátrica/Postura condizente com sua concepção de que o doente mental precisa da internação porque a família não sabe lidar com ele, mas não diz que ela precisa aprender a isso:**

É porque é assim... são mais os sociais. Porque aqui eles se sentem mais seguros, de igual para igual, e lá fora a sociedade aponta muito... ela cobra muito o que eles não podem oferecer. É por isso que muitas vezes eles se refugiam no serviço, e é por isso que precisa as vezes de um longo tempo de internação. A gente não sabe o que acontece lá fora.

**Como acha que a sociedade está encarando o doente mental após a Reforma Psiquiátrica? Prevaleceu a visão biomédica, pois não fala do trabalho que é preciso para a desmistificação**

Menos mal. Já tem pessoas que sabem o que é o problema. Até porque aumentou o número de pessoas com depressão na família e também porque a mídia bate em cima. [...]. Aí todo mundo está mais informado, e recebe bem. Mas ainda tem aqueles velhos estigmas: “o doidinho”... aquele preconceito. Mas a nível de consciência mudou mais.

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos? Em quais situações? Há desconhecimento do objetivo do CAPS, ou seja, quebrar com o ciclo vicioso do preconceito “crise-interna-volta para cassa-interna”.**

Ainda é necessário. Porque, assim: o que a Reforma Psiquiátrica oferece é no sentido de reinserir na sociedade... não que o hospital não faça. Mas como o doente mental está indo todo dia para casa, fica mais fácil esse trabalho nos CAPS. Mas, no caso, o CAPS não tem como suportar o surto, uma agressividade... então, se o paciente demora muito a sair daquele quadro... dão muito trabalho... lá nem tem estrutura física nem profissionais para tal situação. Não tem como eles lidarem com a situação.[...]. O máximo que eles ficam são uma semana, ou 72 horas... Outros pacientes não... ficariam no CAPS muito bem. [...], eu acho maravilhoso o trabalho no CAPS. Mas para um paciente que já tem uma psicose crônica, [...], eu acho que nessa hora o hospital entra, para uma estadia maior, para proporcionar um tratamento maior.

**Que diferença que você acha que é encontrada em termos de tratamento no CAPS e no hospital? Confirma a visão anterior da necessidade do internamento.**

A diferença é justamente no tempo. O CAPS não oferece esse tempo maior. [...]. Mas, em alguns casos, só o tratamento prolongado no hospital resolve. [...] Em relação à assistência, eu acho que todos lutam por um ideal só, todos atendem muito bem...

**CAPS A – 5ª ENTREVISTA: ENFERMEIRO - 2 ANOS DE TRABALHO NA ÁREA; REALIZANDO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO PELA FIOCRUZ; PARTICIPOU DA INTERVENÇÃO DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO – 09.10.2007**

**Visão indefinida (biomédica somada ao psíquico e social)**

A gente começa a ter outro conceito sobre o que é ser doença mental. [...], pode ser definido como um distúrbio das emoções... ou assim, eu não tenho um conceito definido do que é ser doença mental. [...]. O que a psiquiatria propõe é bem parecido com o que a enfermagem propõe, misturado com a psicologia... então, eu não tenho uma resposta concreta para dizer o que seria uma doença mental.[...]. O que diferencia a doença mental de nós é que a gente pensa para agir, eles fazem as coisas sem pensar.

**Quais as atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise? Valorizou a escuta como modo de evitar a crise. Nota-se a visão indefinida da doença mental aqui também**

É mais a escuta. As vezes a pessoa chega muito fragiliza, as vezes é uma questão mais social, as vezes é uma questão de não ter tomado a medicação... não ter sido acompanhado, não ter sido compreendido... dentro da loucura dele.

**O parâmetro da normalidade não existe, o que existe é uma maior adaptação ao padrão de “normal” que a cultura estabeleceu como normal/ O “não sou louco” é quando se perde o controle das emoções, mas isso não quer dizer que isso não ocorre, pois ocorre muito/qualquer um de nós pode se tornar louco, pois temos uma predisposição a isso**

Eu não tenho um parâmetro de normal.[...], porque assim: o que é ser normal para mim não é ser normal para você, nem ser normal para o usuário. Normal é você viver dentro de sua normalidade, na sua concepção de como você pode agir diante do mundo, agir com as pessoas, não é? O seu comportamento. [...]. A partir do momento que você começa a trabalhar com esse tipo de pessoa, você muda muito os conceitos que você tem. [...]. Então, se disser assim “eu sou normal”? Eu não sei se sou normal... embora diante dos parâmetros da sociedade eu sei que sou normal, pois eu trabalho, estou estudando etc. [...]. O mesmo é com o usuário, se ele é feliz com sua vida, com sua família etc., independente do estado que ele se apresenta ele se sente bem. [...], mas se ele tem uma certa consciência ele nunca vai se sentir normal... é o tabu que a sociedade determina.

Quando eu tenho o controle das minhas emoções. A diferença é essa... no momento em que eu perder esse controle, os outros podem achar que eu sou louco. [...] Todo mundo tem momentos de loucura, podendo ter muitos, dependendo do que se está passando naquele momento.

Qualquer pessoa tem uma predisposição para se tornar louco.[...]. A pessoa perde o controle das emoções.[...]. Dependendo do grau de como você está se apresentando naquele momento, então pode sim.

**A eficácia do medicamento e das abordagens terapêuticas – o medicamento é eficaz e deve existir conjuntamente com as terapias, porém a diminuição da medicação é muito pouco significativo**

O medicamento é muito simbólico, pois você quer um medicamento para qualquer doença, quer uma cura, uma medicação... [...], um exemplo disso é que aqui eu dou muito placebo, [...]. Então, assim: o medicamento ajuda, sim, ele ajuda, [...]. O medicamento ajuda, mas eu acredito que as terapias contribui bastante. Nas terapias você tenta distrair aquele pensamento ruim... você tenta contornar... [...]. É como eu falo, a medicação é simbólica, pois se ele não toma nada ele sente a falta. [...]. Com as terapias há, em parte, uma redução da medicação... ameniza... vamos dizer assim. [...], quando é mais a questão orgânica ou social tem que passar pelas duas alternativas.

**Em alguns casos tem medo, e diz que não se sabe o que está se passando na cabeça deles, mas dá para aprender a conviver com esse medo, pois aprendemos a nos defender/o doente mental não é perigoso, e sim não compreendido. É preciso de alguém que ele se afine com ele. Porém, pode ser perigoso como qualquer pessoa se tiver um lado perverso.**

Em alguns casos sim.[...]. Aqui tem uma patologia definida, mas não é igual para todo mundo. O esquizofrênico nunca é igual ao outro, o psicótico nunca é igual ao outro... então, amedronta... mesmo ele sendo conhecido... você não sabe o que se passa na cabeça de ninguém.[...], por exemplo, nessa entrevista: eu posso colocar uma coisa na cabeça de que você não está gostando, [...]. O mesmo é com o usuário, você não sabe o que se passa na cabeça dele naquele momento. A qualquer momento ele pode ter uma raiva de você, ele pode lhe agredir, ele pode xingar... fazer alguma coisa. [...]. É um medo que você se habitua... você já tem uma resposta para aquilo... aprendemos a nos defender.

Não. Olha só: eu nunca apanhei de um usuário. [...]. Eu acho ele não compreendido.[...]. Devemos chamar outro colega que tenha mais afinidade com aquele usuário. Um que ele simpatize mesmo, para ele possa fazer todo um trabalho, entendeu? Ele é perigoso assim: se tem um lado perverso, como todas as pessoas podem ter. [...], se você sabe abordar, não acontece nada... se demonstra não ter medo, não acontece nada. Tem um usuário aqui que eu morro de medo dele... mas não demonstro... ele vive em cárcere privado porque a justiça determinou assim. Ele vem sempre acompanhado para cá. Ele já causou muitos problemas aqui... queria matar os outros usuários...

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica – falou que eles perdem o sentido das coisas lá fora e não se sentem mais gente.**

É o abandono da família. Ele perde o sentido das coisas lá fora. [...]. O usuário vai voltar mais revoltado, pois vai querer que o mundo seja igual ao que ele encontrou lá dentro do hospital. Mas, cada caso é um caso... tem usuário que não tem a noção das coisas, e outros que tem. É a questão mais do abandono, do descaso... de eles não se acharem mais gente.

**Como acha que a sociedade está encarando o doente mental após a Reforma Psiquiátrica? Existe uma pequena parcela da população esclarecida. O preconceito diante da loucura precisa ser trabalhado muito. Não houve uma preparação da sociedade antes de começar a intervenção do hospital**

Da mesma forma que antes. Porque muitos não acreditam no trabalho. A grande maioria não acredita. Não acreditam que é para os doentes mentais estarem soltos, que eles podem trabalhar, que podem estudar, que podem chegar a uma universidade, entendeu? Um exemplo é a Síndrome de Down, as pessoas estão entendendo mais por conta das propagandas, das novelas, enfim, da mídia. Mas a saúde mental ainda não tem essa mídia.[...]. Na época da intervenção do hospital daqui passou uma propaganda bem interessante. [...]. Mas de lá para cá não houve mais nada. [...]. Não houve uma preparação da sociedade antes de fechar o hospital... não podia continuar daquele jeito, mas também não podia ter sido feito do jeito que foi feito. Eu achei muito bom o fechamento do hospital. Eu achava que ele em casa estaria melhor do que no hospital, lógico, mas, e a família será que estava preparada? Muitos estão em casa em cárcere privado, não é a mesma coisa? Muitos usuários do hospital tiveram uma recuperação ótima, que eu vi lá e nunca pensei que fosse possível. Então, eu acredito muito na Reforma.

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos? Em quais situações? Em nenhuma situação, pois considera que nos casos de personalidade perversa, deveria haver um local de tratamento específico.**

Não. Em nenhuma situação. Eu vejo os casos de personalidade perversa. [...]. Nem nesse sentido eu não sou a favor de hospitais psiquiátricos, mas que seja criado um novo sistema para o atendimento dessas pessoas, que não seja tão aberto quanto o CAPS mas que não seja tão fechado quanto o hospital.

**Que diferença que você acha que é encontrada em termos de tratamento no CAPS e no hospital? É a maneira de encarar e estimular a liberdade do paciente**

Vamos colocar em porcentagem: [...] ele não vai se curar, mas voltar a ser o que era antes do surto nos serviços substitutivos, certo? Ele vai ter uma melhora. Se ele é colocado em um hospital psiquiátrico, ele vai ser largado e medicado, mas não tem acompanhamento.[...], se ele tem uma recuperação dentro do hospital psiquiátrico, ela não é vista. Aqui no CAPS a gente tem a oportunidade de ver, de observar se ele está tendo alguma melhora.[...]. Talvez tenha algum que faça um acompanhamento individual etc. [...], não se tem fim lucrativo nos CAPS, e isso ajuda. [...]. No hospital tem a possibilidade de uma efeito positivo, mas automaticamente volta ao seu estado anterior, pois não tem uma estabilidade lá. [...], pois se lá ninguém percebeu uma melhora, ele começa a declinar. [...], aqui ele mantém a sua melhora. O que falta lá é humanização, escuta... muita coisa.

HOSPITAL X. 27.09.2007 – 2ª Entrevista: ASSISTENTE SOCIAL – TRABALHA há 9 anos; Realizou cursos de curta duração na área.

**Visão Biomédica prevalecendo e Visão Social (ambas ancoradas) mais atenuada: o psiquiatra sabe responder melhor**

Vejo a questão social da doença mental. A família muitas vezes não ajuda, existe o preconceito... [...]. Então para mim, a doença mental é uma das piores doenças que pode acontecer ao ser humano; pelo pouco conhecimento que a sociedade tem em relação à doença, pela limitação que a própria família coloca e pelo descaso do próprio sistema de saúde. A doença mental tem um controle, pois é como um diabético que precisa tomar o remédio para controlar a doença, e é isso que acontece com a saúde mental, tem que haver esse controle para que ela não ressurja.[...] Eu acho que o psiquiatra sabe responder melhor essa pergunta. Eu vejo mais a conseqüência quando ela se manifesta mais no social.

**Quais as atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise? Colocou a rede como responsável/ não valorizou o tratamento como um todo para essa conscientização evitar que a crise ocorra.**

Que o paciente tenha um acompanhamento ambulatorial que permita que a crise seja, senão cortada, mas pelo menos aliviada. [...]. Porque a gente sabe: o paciente entra em surto e só tem uma consulta para ele daqui a quinze dias. Então é isso que dificulta a vida dele e o traz de volta à hospitalização.

**O parâmetro da normalidade é contestado, porém não refuta a possibilidade, pois, culpa a falta de qualidade de vida para que ocorra a normalidade/O “não sou louco” não pode ter uma coisa exata, mas admite que a doença mental surpreende muito, então, quer dizer que ela é o sinal de que possamos dizer isso/qualquer um de nós podemos nos tornar loucos, mas nota-se a visão biomédica contradizendo o que disse.**

De perto ninguém é normal. Ser normal é muito difícil. Mas, se agente tivesse uma melhor qualidade de vida, um melhor investimento na saúde [...]. Então, ser normal é ter pelo menos a perspectiva de um dia isso acontecer. Quando isso acontecer, talvez a gente vai vê o que é normalidade.

A doença mental surpreende tanto a gente. [...]. Aqui eu vejo pessoas que tinha uma vida normal e de repente surta... pessoas que eu nunca imaginei que pudesse acontecer na vida dela. [...] Então, qualquer um de nós está propenso a uma realidade infeliz da loucura. Sinceramente, eu como pessoa, como ser humano, eu não consigo muito definir isso.

Sinceramente, eu acho muito difícil responder essa pergunta, porque a gente nunca sabe se pode desencadear um processo de loucura na vida da gente. Porque pela minha experiência como profissional, vejo que tem indivíduos que são portadores de sofrimento psíquico e a gente nem sabe. Porque ele tem uma vida boa, é medicado em casa, tem uma melhor qualidade de vida do que aquele coitado que tem desestruturada... então, tudo isso acarreta, não é? Eu acho que a doença mental é como uma feridinha, ela já existe, mas se você tem uma vida boa, ela não se manifesta.[...].

**A eficácia do medicamento e das abordagens terapêuticas – as terapias não tem valor sem o uso dos medicamentos.**

A gente sabe que as terapias funcionam muito bem, mas a medicação a gente sabe que ela é necessária para qualquer doença. [...] Aí, as vezes, a pessoa sai daqui, procura uma igreja, o pastor manda parar a medicação, o vizinho diz: não vai para o CAPS não; você vai lá só para fazer besteira!”. [...] Tira ali aquela possibilidade da pessoa está se relacionando, da pessoa está recebendo uma orientação... e é por isso que essas coisas acontecem. Então o que prejudica é a falta de medicação, a falta de aceitação... porque muitas vezes o paciente não aceita que está doente e não quer tomar a medicação, daí também não aceita o medicamento e as terapias. [...] Ele está quebrando tudo em casa, mas ele não se considera louco.[...]. Todo doente precisa de medicação, mas eu acho que a gente tem que seguir um critério muito rigoroso quanto aos efeitos colaterais... porque os familiares atribuem problemas clínicos de saúde ao problema mental. [...] Ele nunca é acompanhado por um clínico geral. O paciente fica só se enchendo de psicotrópico... [...]. É a doença do descaso.

Mas eu acho que tem que ter os dois. [...] Porque a gente sabe que a terapia funciona. Ela vai ajudar na auto-estima do paciente, pois ele está desacreditado [...], a família tira todas as potencialidades dele. O pior problema que a gente tem é com a família: ou é aquela família que descarta toda possibilidade ou aquela que faz do paciente o coitadinho: “ele não pode porque é doente” ou “ele não pode porque ele é doido”. Então a terapia funciona, mas a medicação deve existir, porque as vezes a terapia não consegue controlar o surto de agressividade. Os dois devem caminhar juntos.

**O medo de trabalhar com loucos existe mas a prática levou a saber conviver com ele (a objetivação), pois acredita em seu poder de negociação com eles, além do que procura nunca entrar em confronto/o doente mental é perigoso na crise (ancoragem) porque ele pode agredir a si e aos outros em seu delírio.**

Não, eu nunca tive. Porque minha confiança no meu poder de negociação é muito grande; eu nunca entro em confronte com eles. Eu procuro sempre escutá-los... as vezes quando eles vêm agressivos eu procuro... as pessoas dizem: “não entre no delírio do paciente”, mas, em certos casos, a gente tem que entrar”; por exemplo, uma vez eu fiz isso porque o paciente não aceitou a argumentação contrária na qual eu o fazia entender e queria me bater, então quando disse o que ele queria ele se acalmou e me deu uma abraço. [...]. Não é entrar no delírio como forma de desrespeito, mas para poder trazê-lo para junto de você. [...] Aí a gente consegue viver em harmonia. O medo diminui, a gente vai conseguir convencê-lo de alguma maneira trazê-lo para o lado da gente, o que a família poderia fazer; porque eles se sentem desrespeitado, humilhados, então eles começam a agredir. Eu acredito que nesses nove anos, se eu levei uns dois puxões de cabelo, foi muito.

Não, eu não acho que ele seja perigoso. Assim: eu acho que ele é uma pessoa que precisa está sempre tendo o suporte terapêutico para que ele não se torne perigoso. Porque na realidade a gente sabe de casos de doentes mentais que mata mãe, mata pai, mata irmão; eles se tornam um perigo durante aquela crise dele, mas se ele tiver recebendo o tratamento, ele não se torna perigoso. Teve um exemplo recente: tem uma paciente que teve um quadro psicótico pós-parto que estava calma e estava para receber alta, então, conversando comigo, na orientação pós-alta, que é uma orientação que fazemos para os encaminhamentos aos CAPS na qual falamos também a necessidade da continuidade para o tratamento em ambulatório, ela me disse que estava com muita vontade de voltar para casa porque estava com saudades de seu filhinho, fofinho, cheirosinho, gostosinho... “que quando chegar em casa, vou colocá-lo numa travessa, vou temperar, colocá-lo no forno e comê-lo assado. Ainda bem que ela me disse isso, porque eu pude falar com o médico [...]. Quer dizer, não era por maldade, era porque ela achava que o bebê era gostoso e queria comê-lo, era o seu delírio. Então, o doente se torna perigoso nesse momento.

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica – lança o problema para a família, a sociedade e o sistema de saúde como um todo/ falou que é mais fácil culpar o hospital que o sistema como um todo, pois os serviços substitutivos não suportam a demanda**

Na verdade o que deve ser evitado é o primeiro internamento. Nenhum paciente aqui é internado sem passar por uma criteriosa avaliação. Também paciente não fica aqui sem querer. A gente segue esse critério, até para evitar que fuga de pacientes. [...]. Porque a gente vê o seguinte: o hospital deve funcionar como último recurso. A gente está aqui para acolher, entendeu? O paciente surtou, o CAPS não conseguiu... a Unidade de Referência de Saúde Mental não conseguiu tirá-lo em três ou sete dias... a família vem para cá... então a gente está aqui para acolher. Agora a gente sabe que o problema não é só o internamento, porque a gente sabe que a situação da saúde de um modo geral, causa um efeito muito negativo para ele diante da sociedade, não é? O pior é a família: ela coloca o paciente aqui, ele passa três dias, e ela já quer conseguir um benefício para ele. E o que é que esse benefício vai fazer com o paciente, vai limitá-lo a deixar ele dentro de casa, porque a família perde o interesse de tratá-lo... ele vai procurar trabalhar mais para quê? Por outro lado, a sociedade não está preparada para recebê-lo, então quando sabem que ele passou por um hospital psiquiátrico, o que acontece? As empresas não querem aceitá-lo, não confia... ele sofre todo esse problema. Então a hospitalização é negativa nesse sentido.

O prejuízo para ele é grande. Porque quanto mais tempo ele passa no hospital, mais desacreditado lá fora ele fica, entendeu? É aquele paciente que vai ser rotulado como louco e que não tem cura. Aquele louco que não pode mais nada, e o mundo dele vai ficar limitado à aquelas paredes do hospital. É tanto que tem pacientes que você nota: no primeiro internamento ele não quer ficar de jeito nenhum, mas quando ele vem cinco, seis vezes você pode deixar a porta aberta que ele entra. Mas aí a gente se pergunta o seguinte: será que o problema é o hospital ou é o sistema como um todo? Porque para ele o hospital é lugar onde ele é respeitado. Ele se sente seguro, acolhido e onde vê pessoas iguais a ele. Porque ele vai se comparar aos outros, pois eu acredito que eles sejam suficientemente inteligentes para se comparar aos outros. [...] Ou seja, a cronificação da doença passa pelo sistema, e não apenas pelo hospital, porque é bem mais fácil responsabilizar um hospital do que um sistema como um todo, entendeu? Então é mais fácil dizer: o hospital cronifica... não o que cronifica é a falta de assistência lá fora. [...] Os serviços não suportam a demanda.

**Como acha que a sociedade está encarando o doente mental após a Reforma Psiquiátrica? Prevaleceu a visão social da assistência precária oferecida e acha que a sociedade ainda não está preparada para a aceitação do doente mental**

A Reforma Psiquiátrica já foi um avanço por conta do descaso que havia nos hospitais. [...]. Então, como ele era aquele paciente que ninguém se incomodava com ele, [...], ele era depositado nos hospitais, [...], era feito da vida dele o que o hospital queria que fosse feito. [...]. Porque até a qualidade nos hospitais teve que ser melhorada, porque ou melhorava ou fechava as portas, como aconteceu com alguns hospitais. Agora que a gente sabe é que a realidade ainda não é o que se espera, pela falta de recursos... não são tão significativos em termos de melhorar a qualidade de vida deles.

A sociedade já aceita melhor, mas ainda é muito lento. [...]. A reforma ajudou mais na assistência do que para mudar a visão da sociedade. Na cobrança, na fiscalização, a Reforma aumentou, mas a sociedade ainda não está preparada para receber o doente mental. Ela ainda é muito criteriosa.

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos? Em quais situações? Como último recurso. Acha que deveria haver uma harmonia entre os hospitais e a rede de saúde mental, pois acredita que o lado social sempre levará o paciente ao hospital.**

Sim é necessário na situação em que o ambulatório não consegue controlar o surto. Na situação em que o paciente está quebrando tudo em casa, na situação em que ele está pondo em risco a vida dele e a dos outros [...]. O hospital deve sempre existir como último recurso. [...]. O que acontece: o paciente fica nos CAPS, a Unidade de Referência dá o suporte a ele quando está em crise, mas não quer a permanência dele por muito tempo. Então é aí que o hospital entra, certo? Para acolher esse paciente.[...]. Não no sentido de internar, internar e internar, como se estivesse apenas visando o lucro e negligenciando aquela doença, entendeu? [...]. O que eu acho errado é que o hospital, os CAPS, a Unidade de Referência, não só aqui em Campina Grande, mas em todo lugar, deveriam trabalhar juntos, em harmonia, deveria fazer uma rede mesmo em Saúde Mental... porque a gente vê assim: os profissionais dos CAPS, não digo todos, mas muitos deles tratam a gente de forma como se a gente fosse vilão, como se a gente tivesse aqui para ofender, para maltratar... Porque a gente sabe que a proposta não é essa, a proposta é que melhore a rede, a qualidade de vida daquela pessoa. [...]. As pessoas ficam apegadas aquelas coisas que aconteciam no passado. [...]. Até porque para se criticar é preciso conhecer, pois você não pode criticar o que você não conhece.

**Que diferença que você acha que é encontrada em termos de tratamento no CAPS e no hospital? Confirma a visão anterior da necessidade do internamento.**

O que eu vejo muito é essa questão do lado dos recursos humanos, que as vezes acaba prejudicando o paciente. Porque o paciente sai daqui e é encaminhado para o CAPS. [...]. Então, o que era para acontecer? O CAPS devia encaminhar para gente quando visse que aquela necessidade ali, ele não estava conseguindo cumprir e devia encaminhar para o hospital. Esse intercâmbio não está havendo e o paciente está sofrendo. A gente vê que a saúde está uma tristeza, pois vemos as pessoas chegarem aqui algemadas, não ficam na clínica do hospital X, porque não tem vaga, ai vai para o CAPS e não consegue ficar porque não tem médicos para atender, até porque o número de psiquiatras é muito pequeno. [...]. Fica difícil a gente fazer essa avaliação. Melhorou porque já tem mais psicólogos, assistentes sociais... que já sana uma boa parte das necessidades deles e melhora um pouco a qualidade, mas está faltando pessoal, pessoas qualificadas para trabalhar nos serviços,..., a sobrecarga está grande, e o pessoal as vezes não dá conta, [...] se o médico atende 14 pessoas por dia, como pode ter qualidade... então quer dizer, está difícil a qualidade. E o hospital também não está sendo fácil por conta dos recursos que estão muito escassos... então, é necessário que sejam tomadas providências para que isso melhore, porque corremos o risco de formar uma população de rua... a gente já está vendo muita gente dormindo nas praças, com os sacos nas costas... se a gente for fazer uma pesquisa...

[...] Porque quando estamos doentes quem a gente procura primeiro? O médico. Sabemos que é preciso uma equipe multidisciplinar: a presença do psicólogo é fortíssima, a do enfermeiro é fortíssima, a do assistente social também, mas ela não medica. [...] Então é muito bonito como as coisas se apresentam no papel, entendeu? [...] Tem equipes boas, mas também tem gente que está desqualificado, falta a presença do médico para assistir 24 horas como reza a lei, entendeu? Então fica difícil os Centros de Atenção... Está bom... tem gente que está se dando muito bem... estão diminuindo as crises... mas existe a sobrecarga e a falta de pessoal; e há a falta também de entrosamento entre eles e o hospital. E não é só do hospital psiquiátrico não, mas do PSF (Programa de Saúde da Família) [...]. Tem gente do PSF que liga procurando saber para onde encaminhar um paciente. [...], as vezes mandam um paciente com depressão para o hospital porque não conhece, entendeu? Então eu acho que tem que ter essa ligação entre os profissionais.

O ideal seria se ele tivesse tendo uma resposta boa nos CAPS para evitar a hospitalização. Por conta dessas dificuldades, do gerenciamento dos recursos, ... da falta de pessoal... fica difícil... [...]. Para se ter uma resposta boa, vai ter que melhorar, no sentido de recursos humanos para evitar a hospitalização. Mas por outro lado, se ele não tem nenhuma coisa nem outra, é pior ainda. A gente tem que melhorar muito a qualidade na Saúde Mental.

HOSPITAL X.03.10.2007 – 3ª Entrevista: PSICÓLOGA – TRABALHA há 11 anos; Realizou curso de capacitação de curta duração em saúde mental.

**O que doença mental? Visão Biomédica com a visão social para ajudar a não precisar da internação**

É aquela propriamente dita em que o indivíduo tem um distúrbio de comportamento que vem de sua psicopatologia, desde uma esquizofrenia a um distúrbio bipolar, então leva a toda uma mudança de comportamento daquele paciente, seja esquizofrênico ou não, em que ele passa a partir daí ter uma mudança nesse contexto de comportamento.

A cura mesmo, não tem, não foi provado cientificamente que existe uma cura. Mas é claro que existe um tratamento que ameniza aquele usuário a diminuir a internação, a diminuir suas crises, a proporcionar a ele um trabalho, uma vida diferente da que ele tinha antes. A gente sabe que tem paciente que se interna uma vez e não volta mais a internação. [...] após essa alta ele precisa dar continuidade a esse tratamento, para que ele se cuide, se valorize, se reconheça como pessoa... então, ele continua sua vida, trabalhando, estudando, fazendo “n” atividades. Também tem pessoas que são consideradas normais e que não são. Assim, eu acredito na cura nesse contexto em que a pessoa se assuma quanto indivíduo, quanto pessoa que pode, ... e a gente vê “n” patologias em que o paciente não precisa de internação, e sim de se cuidar fora.

**Quais as atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise? Colocou a família e o paciente, após a alta, procure continuar o tratamento fora do hospital e que não deixe de usar o medicamento.**

Para evitar a crise... assim: a partir do momento em que o paciente sai, com boa evolução... então, lá fora, a partir daí... que a família, e o próprio paciente, continue com o tratamento ambulatorial, que seria a parte médica, psicológica e social, e ele dá continuidade ao uso da medicação. Aquele paciente que toma a medicação pós-alta, o retorno dele é muito longo... passa 13, 15 anos sem nova internação... porque se ele está sendo tratado a base da medicação, a base do acompanhamento, desde o ambulatório, não é? [...]. Então, a gente orienta muito o paciente que da mesma forma que ele faz todas as atividades aqui, que ele possa dar continuidade lá fora, não é? Que ele é capaz de relizar “n” atividades como uma pintura, um crochê... lá fora ele pode fazer tudo isso. Para isso é preciso de estímulo do meio, de todo o contexto social.

**O parâmetro da normalidade é ligado ao sentido biopsicossocial e ao preconceito que o doente mental enfrenta diante da sociedade, porém com ênfase ao orgânico, onde o paciente precisa ser reconhecer como doente para admitir os cuidados/ O “não sou louco” diz respeito ao paciente se aceitar como doente/qualquer um de nós pode se tornar louco, porém refere-se a uma depressão que pode se agravar e levar a precisar de ajuda – conflitos maus resolvidos, não trabalhados. Porém não diz respeito a uma loucura mais séria.**

Bom, para ser normal eu acredito que é muito complexo. Complexo nos sentido que assim: ser normal já está vinculado ao preconceito... o tabu que a sociedade tem contra o doente mental. Ser normal seria isso: quebrar esse tabu,[...], porque a partir do momento em que a sociedade perceber que o doente mental é um ser humano completo, que ele tem a parte biológica, a parte psicológica, a parte social... então, ser normal seria isso: mesmo ele tendo um distúrbio de comportamento, para mim ser normal teria esse sentido, de entender que o outro é tão complexo [...]. Ser normal é vê o outro diferente, mas nem por isso rejeitá-lo.

Eu acho que a partir do momento em que o paciente se assume que tem uma patologia, ele já está sabendo que ele não é louco. Eu vejo por ai, porque este termo “louco” é um termo muito forte, é um termo que já foi usado durante anos e anos e anos... Então, a partir do momento em que o paciente assume que tem uma depressão, a partir do momento que ele se assume como paciente... então ele se assume como “não sou louco’, pois ele vai ter toda uma possibilidade de um contexto de vida, que me leva a um tratamento, que eu posso ser considerado um ser humano que tem uma vida de qualidade.

Eu acho que ninguém está isento disso. Ninguém torna-se esquizofrênico porque quer, ninguém torna-se dependente químico porque quer [...]. Mas, assim, eu acho que o meio, o contexto social, leva a algumas pessoas se tornarem depressivas, a se tornarem dependentes químicos... uma falta de orientação... ninguém nasce querendo ser! [...] Então, os conflitos sociais... muitos desses conflitos quando não resolvidos, vai enchendo essa “gota”, e chega um momento em que essa gota explode e acarreta a doença: um estresse não cuidado, não trabalhado... então, assim: a gente vive numa sociedade em que está todo mundo correndo, [...]. Hoje a sociedade suga mais, e o ser humano também se permite que seja sugado. [...] ... pode gerar uma depressão, as vezes leve, que vai crescendo, crescendo... e eu posso necessitar de uma ajuda por conta de um estresse que me levou a uma depressão.

**A eficácia do medicamento e das abordagens terapêuticas – o social e principalmente a família atrapalha a eficácia do medicamento e as terapias serve para que o indivíduo aceite a medicação e o tratamento e se aceite como doente.**

A eficácia do medicamente é referente ao momento em que ele tire o paciente da crise. Eu acho assim: a medicação é de suma importância, apesar de que falta muito ainda muita gente valorizar o uso da medicação. Não como forma de dopar o paciente! Não como fonte de condicionar o paciente, mas para o tratamento realmente.[...], as vezes toma um e já acha que está ótimo. Para tirar o paciente de um surto psicótico... até então, pela minha experiência, eu nunca vi ele sair sem medicamento... mas, se você conversar com um psiquiatra, você vai perceber isso, que se um paciente entra em surto é muito difícil você retirar ele só a base de uma análise... de um diálogo... [...] a partir do efeito da medicação o paciente vai saindo do surto. Então, falta muito ainda essa questão de valorizar a medicação, a importância desse uso, não é? Através de “n” atividades, a gente sempre está mostrando ao paciente que importante o uso da medicação.[...] Porque o paciente quando está com as alucinações, ele sofre,[...] ele percebe, quando está em seu convívio, que só ele está com aquela alucinação, só ele está escutando vozes, está escutando coisas que os outros não escutam...[...] Então essa medicação vai fazer um efeito justamente nisso: o índice de alucinação cai muito, [...]. Mas eu vejo muito isso em relação à família, que não valoriza muito o uso da medicação... quando o paciente é internado a família, em algum momento, fica livre dele.

Eu acho que as abordagens terapêuticas tem uma eficácia grande, porquê? Porque, a partir do momento em que ele entra [...], vamos mostrar ao paciente o mundo em que ele está, de tomar o medicamento, dele se aceitar como paciente...

**O medo de trabalhar com loucos existiu no início, mas agora não sente mais, pois essas pessoas se tornam comuns, e acredita que a escuta ao paciente após a crise traz a gratificação de vê o paciente evoluir/o doente mental é perigoso no surto (ancoragem) porque ele pode agredir a si e aos outros, mas em outros casos não acha que ele é agressivo.**

Não. Eu já tive no início, [...], então, assim, quando você vem pela primeira vez, você se assusta, você tem medo, dá vontade de não voltar mais, mas aí você vê o outro lado, que são pessoas que se tornam tão comuns no seu dia a dia... Porque no início, não é um ambiente que você vê no seu dia a dia... você vê que o paciente precisa de um bom dia, de um até amanhã... e que você que sua escuta... que com o poder da escuta, você consegue evoluir o paciente, não é? Uma simples escuta, mesmo que não seja no seu momento terapêutico, [...], você que não é assustador, que não dá medo, ..., principalmente quando você vê o paciente evoluir... num surto, você vê a evolução... é muito gratificante nesse sentido. [...], ao contrário, agora a gente fica pensando: olha, a gente vai para tal local com o paciente, tal local eles gostariam de ir... A gente é que fica condicionado à eles e não eles à equipe.

Seria perigoso no sentido que ele põe em risco a própria vida e a vida do outro... de outro paciente, do profissional... mas em outro sentido, ele não é. Quando ele entra em surto, a gente sabe que ele se torna agressivo, tanto fisicamente quanto verbalmente... a gente sabe que tem pacientes que usa algum tipo de armas, [...], então nesse caso ele é perigoso porque ele não tem controle sobre suas emoções, sobre os seus atos, não é? Então, seria nesse sentido, mas em outros casos, não.[...] Também tem pessoas “normais” que são perigosas quando se torna agressiva.

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica – falou que causa dependência em hospital que não estimula a volta para casa e para o acompanhamento ambulatorial, mesmo sabendo que tem pacientes que gostam do hospital, por que lá se sente valorizado.**

A gente não trabalha com a internação por um período longo. Então, quando há a alta, a gente já encaminha para o acompanhamento ambulatorial. [...]. A internação longa pode ser eficaz, no sentido de conseguir tirar o paciente do surto... agora isso depende da equipe, é ele quem estimula o paciente a não ficar na internação por longo tempo. [...] Agora tem paciente que acha bom está na internação por longo tempo, [...], porque tem alguém que valoriza ele, que dá valor ao tratamento, que leva a ele para passear, que entende ele... até no momento da agressividade dele. [...]. Agora têm instituições em que o paciente fica 10, 12 anos e que causa uma dependência... em não querer sair, em não querer ser tratado, não é?

**Como acha que a sociedade está encarando o doente mental após a Reforma Psiquiátrica? Prevaleceu a concepção biomédica da sociedade em relação à doença mental, mas também relata a questão de generalizar o hospital como aquele que não trata, que isola, além dos maus tratos.**

A princípio quando surgiu a Reforma Psiquiátrica, a sociedade viu como o “bicho papão” da história do hospital... viu o lado feio, não é, das instituições, [...]. Mas eu acho que toda Reforma é bem vinda, agora, desde que se oferece condições para que ela funcione. Não é só colocar no papel, [...]. Também não é dizer apenas que o hospital é feio, tem paredes escuras, que é frio etc. Eu acho que a Reforma não é por aí, [...], não é dizer que o doente mental é visto pelo hospital como o “bicho papão”, não é! Primeiro ele é visto como um ser humano... então, o hospital é visto pela sociedade como algo feio... feio no sentido de violência, de maus tratos, [...]. E não é. Só quem sabe é quem está na prática, onde começa a vê que os pacientes são tratados bem. [...]. Quando a sociedade começar a ver que o objetivo do hospital é o tratamento, e que as outras coisas são conseqüência do tratamento, ela vai começar a entender melhor. [...], só abrir as portas... isso não é Reforma, eu não vejo isso como Reforma. Você coloca os pacientes ali... é o mesmo que no hospital, a diferença é que o nome é diferente. A gente sabe que antigamente existia algum hospital que não trabalhava com o objetivo do tratamento, a gente sabe disso, mas enquanto tem outros que trabalha há anos e anos nesse sentido, e que sofre essas conseqüências. A Reforma Psiquiátrica ajudou a mudar a concepção do doente mental para um entendimento de uma doença mesmo, começaram a vê a doença mental lá no cantinho e as outras patologias, [...], começaram a ter outra visão de que existe um tratamento para o câncer e existe um tratamento para a doença mental. [...] Então, toda a Reforma é bem vinda, desde que mostre um lado positivo, não é?

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos? Em quais situações? É de suma importância no momento da crise que não passa apenas com poucos dias, pois nos pacientes psicóticos é assim que ocorre, pois a família é nula nesse sentido.**

Eu sou suspeita a falar. Bom, aproveitando a oportunidade dessa pesquisa, vejo o hospital como de suma importância. Porque num paciente em crise, você não consegue, no caso do psicótico, em casa, sanar essa crise. Ou seja, até diminuir esse surto dele. A gente vê assim: o comando de voz da família, nesse momento, é anulado.[...], tem pessoas que está lidando com ele no dia a dia que não sabe como conversar, fazê-lo tomar a medicação... quer dizer, quando ele chega no ambiente hospitalar, já tem toda uma equipe preparada, para atender esse paciente, não é? Então, assim, você não consegue, tirar um psicótico de uma crise fora do hospital, [...], muitas vezes o paciente precisa tomar a medicação por oito dias, ficar no ambiente hospitalar por 15 dias, para ele começar a sair da crise... então, o hospital tem um papel fundamental nesse tratamento. [...]. Há uma gama de profissionais se aperfeiçoando, dando cursos, tentando melhorar um pouco, para oferecer um trabalho de qualidade do usuário. Mas, muitas pessoas não entende que o hospital é de suma importância.

**Que diferença que você acha que é encontrada em termos de tratamento no CAPS e no hospital? Confirma a visão anterior da necessidade do internamento, onde o paciente não consegue sair do surto nos CAPS.**

Bom, dizer que o CAPS não tem importância, seria anular tudo o que eu já disse anteriormente, não é? Ele tem sua importância porque tem o acompanhamento ambulatorial para o paciente dar continuidade após a alta hospitalar. Mas, a gente sabe, assim: que alguns pacientes vão para os CAPS, dão continuidade aos tratamentos, mas que eles entram em surto mesmo em tratamento em CAPS, [...]. Então, existe uma diferença grande... nesse sentido, assim, a via de tratamento CAPS, muitas vezes, ela não consegue tirar o paciente do surto e a nível hospitalar a gente consegue.

CAPS A – 4ª ENTREVISTA: ASSISTENTE SOCIAL - 2 ANOS DE TRABALHO NA ÁREA; REALIZANDO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO PELA FIOCRUZ – 08.10.2007

**Visão psicossocial**

Eu vejo por doença mental tudo aquilo que impede de a pessoa viver a vida de uma forma plena. Não é só um diagnóstico que vai dizer que uma pessoa tem um transtorno mental, [...], é tudo aquilo que faz com que ele não consiga mais controlar suas ações, [..], ou até mesmo não desejar mais. A causa da loucura está dentro de cada um de nós, não é? Porque seria muito fácil dizer assim: é filho de uma mãe psicótica, de um pai que tem transtorno, de avós que já tiveram passagem por hospitais psiquiátricos... Seria muito fácil se fosse assim, mas a pergunta é: porque é que alguns suportam? Mesmo pessoas que têm todo um histórico familiar, não desenvolve um transtorno, que tem condições precárias de vida e não desenvolvem transtorno... então, eu acho que está dentro de cada um de nós.... é a sua capacidade de lidar com as dificuldades do dia a dia.

**Quais as atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise? Valorizou o tratamento terapêutico como modo de evitar a crise, podendo mesmo até desaparecem**

[...], a gente sabe que dentro de um certo período cada pessoa vai ter um certo limiar, e que de um período a outro vai ocorrer as crises, tem pessoas que tem uma crise e que nunca mais vai ter outra, outras que a cada dois anos tem crise, mas, no tratamento do CAPS, o que a gente tem observado é que as crises tendem a reduzir, ou muitas vezes os usuários tendem a não ter mais crises, aqueles que permanecem no tratamento no CAPS continuamente. Também existem algumas coisas que a gente pode fazer para que os usuários não se incomodem tanto: a questão de olhar sempre nos olhos, tentar não falar muito alto perto dele, ou até mesmo na forma como você se dirige, [...], porque de repente você está num ambiente, está rindo muito alto, se for uma pessoa que tenha desejo pesecutório, por exemplo, pensa que você está rindo dele, e aí? Pode desencadear um crise. Então, certas posturas dentro de um CAPS são indispensáveis.

**O parâmetro da normalidade não existe, o que existe é uma maior adaptação ao padrão de “normal” que a cultura estabeleceu como normal/ O “não sou louco” é visto como tentar fazer com que as pessoas consigam viver sem aqueles comportamentos que a fazem não conseguir administrar sua vida de forma tranquila/qualquer um de nós pode se tornar louco, caso não procurarmos ajuda quando precisamos quando estamos com problemas**

Existe alguém normal? Eu acho que não existe normalidade, [...] a gente trabalha para que as pessoas aprendam a conviver com essa padrão de sociedade que a cultura foi estabelecendo, não é? A loucura já foi invejada, foi idealizada, respeitada, admirada... acho que loucura está dentro de uma norma cultural, [...]. Então, loucura está na construção social que a gente faz.

Eu ainda não sei não. O que a gente utiliza para acolher as pessoas no CAPS é saber o que é que aquele transtorno está atrapalhando a vida dele, lá fora; porque, qual é o sentido de estarmos aqui... não é proporcionar liberdade, não é fazer com que as pessoas consigam ter uma vida plena? Então, se você consegue ter uma vida plena, sem “amarras”, eu diria que você não é louco, agora se alguma coisa está lhe “amarrando” ali, se você não consegue viver mais do jeito que você vivia antes, é o momento de procurar ajuda.

Eu acredito que ninguém está livre disso, pois a partir do momento que você não vai se trabalhando, e se você tem uma rotina excessivamente desestimulante, se você é uma pessoa que acaba guardando muito, se você não procura ajuda, não procura desabafar, não procura resolver seus problemas, ou pelo menos vê que nem tudo tem solução, você pode se tornar um neurótico ou um psicótico também. Porque eu não acredito na questão da estrutura do orgânico que a psiquiatria prega tanto, pois a vida que a pessoa leva pode fazer com que ela desenvolva qualquer transtorno. A prova disso é que quando a gente entra no CAPS, se formos observar, nos bairros mais pobres há um maior número de casos de transtorno mental. [...], então quer dizer: o socioeconômico influencia e muito.

**A eficácia do medicamento e das abordagens terapêuticas – o medicamento tem sua eficácia, porém valorizou as abordagens terapêuticas como fator essencial para que o uso do medicamento diminua ou deixe de existir**

O medicamento é eficaz até certo ponto, pois infelizmente em alguns casos que a gente lida, a gente não consegue fazer isso sem a medicação. Mas, eles são eficientes, são, porém não é tudo. A gente trata muita gente aqui sem remédio, e tem um sucesso muito bom e um resultado ótimo. E a terapêutica do serviço em si, eu acho que o ambiente tem que ser terapêutico. E isso é uma construção e a gente foi conseguindo construir isso com eles... para que eles se sintam bem, se sintam relaxados, acho que até o espaço do serviço proporciona isso de uma forma muito boa. E as atividades realizadas também... a gente respeita a vontade da pessoa que está ali... então isso faz com que eles tenham uma adesão ao tratamento. A gente também observa que as pessoas que freqüentam o CAPS, de acordo com que está estabelecido com o seu projeto terapêutico, a tendência é que a medicação se reduza muito... e nos períodos em que ela não está vindo, quando vem para consulta, sempre aumenta alguma medicação, assim como as pessoas que sempre tiveram dificuldade de aderirem ao tratamento.

**Não tem medo, mas sente apreensão nos momentos das crises, pois não se sabe o que se passa na cabeça das pessoas/o doente mental não é perigoso, pois não premedita o que vai fazer e age por instinto naquele momento da crise.**

Não, senão eu não estava aqui. Dá medo o quê? O risco do dia a dia, porque quando você chega no serviço, você tem uma visão muito romântica. É tudo muito lindo e você acha que nada vai lhe acontecer. Você sabe de todos os riscos, mas acredita que nada vai lhe acontecer. Mas, quando acontecem algumas coisas, você passa a ficar mais ansiosa, a ter mais cautela, procurar não ficar sozinho em um ambiente, outro, enfim, a gente sempre procura está fazendo companhia um ao outro, porque quer queira quer não, a gente não sabe o que está passando na cabeça deles naquele momento... eles podem está olhando para mim e está vendo uma cobra, e aí? Vão tentar se defender...

Não. Eu acho que perigosa é a gente que pode idealizar, calcular aquela ação... São pessoas que não premeditam o que vão fazer... naquele momento está falando o instinto. A diferença de uma pessoa que tem transtorno mental para aquela que se diz normal é que se eu chegar num ambiente e estiver estressada e querer quebrar tudo, eu vou me controlar e vou saber que não posso quebrar, pois existem normas sociais que fazem com que eu não quebre... eu introjetei aquelas normas e eles não. Eles estão livres... A grande barreira entre os ditos normais e o louco é essa. [...] eles tem o próprio mundo deles girando na cabeça; então, no momento em que eles estão na crise, nada do que vem de fora existe.

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica – falou a perda de identidade e a falta de percepção que eles tem vontade própria e desejos.**

Desde a exclusão social [...], como também a questão do desejo, da identidade. A gente vê que muitas dessas pessoas perderam a noção do que elas eram, do que elas são... acho que hoje a grande luta da gente é essa: tentar mostrar que eles são gente, que eles não são só objetos que alguém chega e manda vestir uma roupa... ou que só agem pelo impulso, [...], que só conseguem atender as suas necessidades básicas.... é tentar fazer que eles sejam muito mais do que isso... para lembrarem do que um dia eles já foram.

**Como acha que a sociedade está encarando o doente mental após a Reforma Psiquiátrica? Acham que os CAPS são os novos hospitais, apesar de existir uma pequena parcela da população esclarecida. O preconceito diante da loucura precisa ser trabalhado muito.**

Acho que de certa forma, já avançou muito. Mas a gente também está num caminho difícil, porque a Reforma aconteceu de cima para baixo, de certa forma pelo menos. Fechamos um hospital psiquiátrico, que foi um ato de coragem, abrimos os serviços substitutivos, mas a discussão na sociedade, na mídia, nos espaço públicos, não aconteceu... se aconteceu foi num momento “x” e depois pensamos que já estava tudo bem. Mas muita gente ainda acha que os CAPS são os novos hospitais, e não é por aí. [...]. Temos uma parcela da população é mais esclarecida, mas outras não... acham que ainda temos que viver com eles trancados, pois, afinal de contas, se passaram quantos séculos dizendo que o lugar do louco era o asilo? Que ele deveria ser segregado. [...]. Então, não é assim, não vai mudar assim de uma hora para outra, é uma construção... acho que a gente está caminhando nesse sentido. É a mesma coisa que dizer: todos os seus medos estão na rua, tudo o que você acha que é errado [...], mas que você é educado para não fazer está na rua, [...], porque a figura do louco é essa pessoa.

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos? Em quais situações? No atual contexto, sim. Mas considera que se houvesse um trabalho mais efetivo na problemática de aceitação do louco pela família e sociedade, ele não precisaria existir, para quebrar com os velhos costumes**

Acho que no contexto de hoje, ainda é necessário. Porque como eu já tinha falado, a gente vem de um processo histórico, e muita gente passou por esse período das internações e não conseguiram se adequar mais, não conseguiram viver nessa sociedade, e a própria cultura não caminhou no sentido de mecanismos legais para que se veja que isso não é necessário. Que prender uma pessoa que tem transtorno mental e colocá-la no manicômio porque ela cometeu um delito, não é necessário, [...], ela deveria ir para uma cadeia como qualquer outra pessoa. Então, é mais assim: as instituições não evoluíram ainda e por isso, por esse recalque, os hospitais ainda existem, mas se houve evolução como nas outras áreas de saúde, a gente não tinha necessidade. Eles existem mais por uma questão cultural e social, mas não devia existir, pois enquanto existir um hospital sempre vai haver um outra posição contrária à Reforma, porque é a mesma coisa; você não pode servir a Deus e ao diabo, e enquanto existir as duas figuras, você sempre vai ter dúvidas. [...]. Deveríamos caminhar para uma discussão para resolver os problemas, casos os hospitais não existissem.

**Que diferença que você acha que é encontrada em termos de tratamento no CAPS e no hospital? É a maneira de encarar e estimular a liberdade do paciente**

Sarraceno discutia em um texto seu e dizia: o que são os recursos e os tratamentos? A medicação e a terapêutica. [..]. Alguns hospitais mais modernos tentaram implementar algumas oficinas... mas eles continuam fechados nos muros, não tem direito a suas roupas, seus objetos pessoais... Então, o que são os recursos em um CAPS? O convívio, a facilidade, saber que você está numa casa e que não está preso, que você tem normas para cumprir ali dentro, porque é uma casa, mas ao mesmo tempo, é um lugar de tratamento... Acho que o principal recurso e a principal diferença, o que faz com que o CAPS seja mais benéfico e que se veja um resultado muito mais cedo é que em primeiro lugar eles são livres. Porque no hospital a primeira coisa que fazem é que a pessoa retire seus objetos pessoais e suas roupas. Porque alguns hospitais não aboliram a história da periculosidade... então um anel eles acham que é perigoso, [...]. Porque é o tipo da coisa, tem alguns usuário nossos que pedem para serem internados, mas quando a gente diz: porque você quer ser internado? Porque em tal lugar o muro é alto e eu não consigo fugir, então é o tipo da coisa, esse limite pode ser dado de outra forma. É uma questão cultural: se a única forma que eles encontram para conter sua “agonia” foi o hospital e que eles pediram para alguém amarrar ele para não se esbofetearem-se, por exemplo, então a primeira coisa que ele vai lembrar é disso. [...]. A diferença é a liberdade, deles puderem chegar aqui pela vontade deles, de querer alguma coisa mais, de saber que eles estão aqui para se reabilitar para a vida, no hospital não... está ali para cumprir uma função terapêutica do momento. [...] lá eles não têm essa noção de que eles de preferência não voltem... de que não precisa mais deles ou que precisa de um mínimo possível. Aqui é um lugar que eles constroem desejo, sonhos. [..], eles estão no tratamento, mas eles estão na vida, então é essa a grande diferença.

CAPS B – 6ª ENTREVISTA: PSICÓLOGA - MAIS DE 10 ANOS DE TRABALHO NA ÁREA (4 ANOS EM CAPS) E PARTICIPA DE GRUPO DE ESTUDO SOBRE PSICANÁLISE– 18.10.2007

**Visão psicanalítica (a causa, o que é a doença mental, a cura)**

A doença mental é justamente aquela em que o sujeito está desligado do social, que pode ser leve ou severo, a partir de uma depressão, uma melancolia, e os severos são as psicoses, onde há o delírio e a alucinação. É nas psicoses que há o desligamento do sujeito, onde ele faz o desligamento do laço social. [...] a pessoa pára de trabalhar, [...], não faz mais nada. Porém, a depressão também é um transtorno mental, aquela de muitos anos. Muita gente, na linha psicanalítica diz que é um problema do cérebro, um problema hormonal, hereditário etc. Mas como eu trabalho com a linha psicanalítica, a gente sabe que é um problema na constituição do sujeito. A constituição do sujeito dá lá atrás, desde o nascimento, [...], e a gente sabe que é devido a relação com o par primordial [...], uma mãe e um pai que não fizeram sua função... E quanto a cura, a gente sabe que não existe cura para a psicose. Existe a possibilidade de se fazer um trabalho lá atrás e nunca mais ter surto nenhum, mas num surto adulto, a gente sabe que o trabalho é com a suplência, com a amarração. Mas, quando desencadeia um surto adulto, ele é um psicótico [...]. Ele pode fazer uma amarração para não ter mais o surto psicótico. [...], ele não vai passar a ser neurótico, porque uma vez estrutura psicótica, ele terá sempre essa estrutura. Agora se ele vai ter 10 crises durante a vida ou se vai ter apenas uma é uma questão do sujeito singular.

**Quais as atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise? O apoio da família e a “amarração” que o paciente possa fazer**

Diante de um quadro psicótico, a gente não pode dizer assim: “eu vou fazer isso porque ele não terá crises”. [...] o que vai dizer se ele vai ter ou não é o seu quadro instalado. Mas, a partir do momento que sabemos que aquele paciente é um psicótico, é um paranóico, veio de internação psiquiátrica, o que a gente pode fazer é dá um suporte à família, para ela poder enfrentar essa crise, poder apoiar o tratamento por toda a vida e assim poder dar condições de o paciente fazer uma suplência, que é algo que ele vai se apegar para evitar uma crise. Mas se isso vai acontecer ou não a gente não sabe.[...] O que pode acontecer é ele fazer uma “amarração” numa oficina terapêutica, [...], numa atividade social, numa natação etc. Mas não podemos afirmar que isso vai acontecer.[...]. Ele se pega naquilo dali para se segurar.

**O parâmetro da normalidade é ligado ao que é socialmente aceito dentro da especificidade de cada um/ O “não sou louco” é quando conseguimos enfrentar a vida e nos relacionar com os outros/qualquer um de nós pode se tornar louco, pois não sabemos que estrutura clínica temos**

A gente sabe que o parâmetro da normalidade é o que é socialmente aceito. Desde pequena a gente sabe o que pode e o que não pode. A partir do momento em que o sujeito vai se enquadrando dentro das regras sociais, ele vai se enquadrando na normalidade. Mas, o que é normal para você pode não ser normal para mim, pode existir algo que você faz e eu não faço e isso não quer dizer que eu não seja normal. Também não é porque eu não sigo determinados padrões que eu não sou normal. Então, o que é ser normal é levar a vida, ter seu trabalho, sua família, você pode fazer um laço social, pode fazer um vínculo com o outro etc. Mesmo no psicótico não podemos dizer que ele não é normal... ele pode levar sua vida normalmente, quando não está em crise.[...] Ele foi para o social. [...]. E só podemos dizer que uma pessoa é psicótica, mesmo com comportamentos estranhos, a partir do momento que ela teve a crise.

Como eu trabalho com transtorno mental, as vezes a gente diz assim: “pelo menos ainda não surtei”. Então, como a gente diz que “não sou louco”? Quando eu estou trabalhando, eu estou ali no enfrentamento com o outro, no enfrentamento social, tenho minha família, tenho minha filha, [...]. Isso é o que me faz dizer isso. Eu não fiz esse corte com o outro.

A corrente psicanalítica diz que podemos. Eu acredito na linha que estudo: a psicanalítica. Eu acredito que se hoje uma pessoa surtar foi porque ela tem uma estrutura psicótica. Há pessoas que passam por momentos dificultosos: a morte trágica de parentes, por exemplo, mas há pessoas que surtam com a morte de um cachorro. Eu acredito muito na estrutura psicótica. A pessoa que tem os fenômenos elementares: escuta vozes, vê bichos etc., essa pessoa tem uma estrutura psicótica. Apesar de que tem uma parcela orgânica que teve uma encefalite, um acidente que afeta o cérebro, uma problema no sistema nervoso central etc. que surtam. Agora, não teve nada disso, [...]. Então, algo desencadeou, é o momento do desencadeamento de algo que já estava ali. [...] Então, todos nós podemos nos tornar loucos, pois não sabemos que estrutura temos.

**A eficácia do medicamento e das abordagens terapêuticas – o medicamento é coadjuvante das terapias, porém a diminuição da medicação é muito pouco significativa. O que há é uma maior conscientização do paciente sobre a sua necessidade da medicação**

A medicação é coadjuvante, mas não acredito no tratamento do psicótico sem a medicação. Ninguém tira o paciente de crise psicótica apenas com conversa.[...]. Então, não pode ser nenhum dos dois sozinhos. O paciente pode fazer uma amarração, ele pode se segurar. Nas terapias ele vai ter os seus momentos de falar, [...] ele vai se sentir igual a todo mundo etc. O medicamento é para vê se ele segura mais aquela crise. Mas ele pode ir diminuindo a medicação aos poucos, através de reavaliações, mas é muito particular de cada paciente; por exemplo, tem paciente que [...], com o tempo sabe quando está começando a precisar da medicação ou precisa aumentá-la para evitar a crise. [...]. Acho que a tendência, mesmo sendo muito lento o processo, é diminuir a medicação.

**Tem medo apenas nas crises, mas a partir do momento que faz a escuta e que vemos que ali tem um sujeito, o medo passa. Mas, quando é preciso é necessário a contenção química/o doente mental é perigoso na crise, quando não ele não é perigoso.**

Eu tenho temor, que acredito que é natural de todo mundo, naquele paciente em crise, daquele paciente algemado pela política... mas quando a gente começa a conversar, que é a escuta, com aquela pessoa, a gente percebe que tem um sujeito ali, isso vai passando. Mas, quando é o caso, ele precisa da contenção química.

Eu acho perigo assim: aquele doente mental que não é tratado, aquele doente que está no delírio e na alucinação e a família não está vendo, [...], pois a partir do momento que tem uma voz dizendo: “mate, mate, mate”, ele é perigoso. O doente mental tratado só faz mau a ele mesmo. Então tem que medicar.

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica – eles são tratados como objetos e não como sujeitos.**

É porque o sujeito ainda não apareceu. Ele está ali, como objeto, como doente mental. Ele não é considerado um sujeito, [...], ele não tem vontade, não tem desejo, não tem nada. A internação tem que servir para que o paciente saia do surto. Para você trabalhar para vê se tira o sujeito dali.

**Como acha que a sociedade está encarando o doente mental após a Reforma Psiquiátrica? O preconceito diante da loucura existe. A sociedade está “querendo vê”, mas ela prefere “não vê”.**

Engatinhando, não é? Porque a gente está fazendo os eventos da Saúde Mental, divulgando na impresa falada e escrita etc. Então, a sociedade está começando a “querer vê”, mas o estigma, o preconceito, isso existe. Muita gente diz: meu Deus, como é que você tem coragem de trabalhar com loucos? Mas a sociedade está “querendo vê”, mas ela prefere “não vê”.

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos? Admite que até poderia, mas o ranço que carrega os hospitais faz com que ele acabe segregando a pessoa, mesmo dentro dos parâmetros da Reforma**

Acho que poderia, por exemplo, o hospital X, mas dentro da filosofia de uma Reforma. [...]. Mas, por mais que se trabalhe bem lá, problema é o ranço dos hospitais psiquiátricos que acaba segregando. Eu acredito muito nos CAPS, mas muita vezes a gente diz assim: vamos cuidar para que aqui não se torne como um hospital psiquiátrico, para não só mudar o prédio.

**Que diferença que você acha que é encontrada em termos de tratamento no CAPS e no hospital? É a maneira de encarar e estimular a liberdade do paciente**

Por mais que tenha as oficinas, lá tem a cara de um hospital, [...], ao passo que num CAPS, eles circulam, eles conversam com a gente... não tem essa coisa de branco, com exceção dos enfermeiros... mas tem as regras, tem as leis, [...]. Nos CAPS o paciente questiona as coisas e teve um que perguntou: “você acha que eu sou doido?”, e eu falei: “você acha que eu acho que você é doido?”, então ele falou: “não”, ou seja, eu respeito aquele sujeito. [...]. Quer dizer: eles comparam com o tipo de tratamento do antigo hospital do qual faziam parte. [...]. Bom o que é uma oficina terapêutica? Porque o psicótico é muito corpo, então no momento em que ele está colocando, por exemplo, um desenho no papel, ele está tirando aquilo de lá, tentando fazer uma amarração com algo. Temos o exemplo do Bispo do Rosário: ele fez uma amarração com a sua arte. Então o objetivo não é dizer que ele está fazendo coisas lindas e maravilhosas não, é poder estar fazendo isso.[...] , ele vai evoluindo, este é o objetivo. Algum hospital pode ter essa proposta se tiver a visão psicanalítica.

CAPS A – 7ª ENTREVISTA: PSICÓLOGA - MAIS DE 5 ANOS DE TRABALHO NA ÁREA (4 ANOS EM CAPS, 2 EM PSF EM UM MUNICÍPIO PERTO – FAZIA GRUPO DE SAÚDE MENTAL), PARTICIPA DE GRUPO DE ESTUDO SOBRE PSICANÁLISE E FAZ CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO PELA FIOCRUZ, SEU MESTRADO FOI COM PROFISSIONAIS DO PSF SOBRE O MEDO DA LOUCURA, E TINHA A PREOCUPAÇÃO COM O USO INDISCRIMINADO DE PSICOTRÓPICOS NESSE MUNICÍPIO (O PODER MÉDICO). HOUVE UMA DIMUNUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES, MESMO NÃO TENDO PSIQUIÁTRA. ACHA QUE AGORA O MEDO E A DEPENDÊNCIA É MAIOR PORQUE TEMOS PSIQUIÁTRAS– 18.10.2007

**Visão psicanalítica (a causa, o que é a doença mental, a cura)**

A doença mental é um transtorno de vida. Ela é causada pela história familiar mesmo, pela questão da relação, como a gente vê na psicanálise, nessa instalação da linguagem e da cultura no bebê. Acho que a causa está ai, eu pelo menos não vejo outra causa, porque a gente vê que há fatores orgânicos que interferem, mas não são eles que determinam. É dessa relação mesmo, dessa dificuldade de relação, nessa dificuldade da relação com o “Nome do Pai”, nessa ordem do simbólico; que é a dificuldade do ser humano de um modo geral, só o que a gente chama de transtorno grave transtorno mental que a gente sabe que é dos mais graves, que é um sofrimento muito intenso. E sobre a cura, a gente tem que discutir o que é cura. Eu acho que até na psicose, as pessoas podem fazer uma amarração [...], mas não é cura, pois não existe cura para um sujeito. O sujeito é aquilo, é o sintoma dele, que Lacan vai chamar de *Santome*, que é como se fosse, algo próprio de cada um, o singular de cada um, é a forma de você gerenciar a sua vida no mundo, independente de ser a doença mental ou não. Então, não tem cura para o sujeito, a estrutura está ali instalada e pronto... não há como ter cura, mas eu acho que há como ele fazer uma amarração, aqui e aculá, como temos muitos casos. Não sei se você já ouviu falar do Bispo do Rosário? Dentro de sua loucura, ele fez uma amarração ali pela arte, e foi embora, produziu, ele pode não ter produzido para a lógica do mundo capitalista. Ele fez algo relativo à sua terra natal, pois um produto que usava era muito utilizado lá. [...]. Então, perguntamos o que é a cura, pois existe a cura do orgânico, mas nesse sentido não dá para dizer isso, então temos que repensar o que é a cura.

**Quais as atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise? A percepção dos sinais de crise e escuta psicanalítica para evitá-la é essencial**

Acho a escuta fundamental. Às vezes o usuário fica dando sinais, e se você pára, escuta, se você tem sensibilidade para fazer isso... não é fácil, porque o surto as vezes vem muito subitamente... as vezes eu penso que é um nó que está lá e que desamarra de repente: “pum”; ai dá o desarranjo... mas quando a gente vem acompanhando o outro... o usuário está mais agitado, está se isolando, ele pode está dando sinal de alguma crise, pode ter também a crise mais silenciosa... então, a gente acompanha mais de perto, coloca ele no tratamento intensivo, e essa escuta contribui muito para ele sair dali, evita que ele não entre no surto. É claro que tem que ser uma escuta consciente. É por isso que eu acho que a psicanálise ajuda muito, porque se a pessoa está em surto, e chega outra já colocando a palavra ali, fica difícil. Devemos ter cuidado com o que vamos dizer, pois o doente mental “pega pela palavra”: teve um caso em que o médico perguntou até quando ele iria tomar remédios e ele responde que até ele morrer, então ele tomou tanto remédio que morreu mesmo.

**O parâmetro da normalidade é ligado ao que é socialmente aceito dentro da especificidade de cada um/ O “não sou louco” é quando conseguimos levar a vida e nos relacionar com os outros/qualquer um de nós pode se tornar louco no sentido da psicose, pois não sabemos qual estrutura clínica temos, mas todos podemos ter problemas independente da estrutura**

O que é normal é complicado, viu? Normal está ligado a norma, a padrão, [...]. Os neurótico que consegue ter sua vida, consegue produzir, contribuir, viver razoavelmente bem, são considerados normais. [...] Em uma sociedade indígena é normal coisas em que outra não é. Mas aí, eu acho que não cabe muito aos sujeitos não...

Os neuróticos todos dizem “eu sou louco”, e os psicóticos dizem “eu não sou louco”. É aquela coisa da norma mesmo, mas não sei se tem parâmetro para isso... Mas eu acho que dá para a gente pensar: quando dá para a gente produzir razoavelmente, quando consegue conviver, se relacionar, consegue contribuir... podemos dizer que são parâmetros que não está dentro do que é loucura. Mesmo assim eu estou com Caetano quando ele diz: “de perto ninguém é normal”. Mas assim... quando podemos ter nossa vida própria, podemos “levar a vida”, [...], e quando os usuários dizem que estão “levando a vida”, então eu digo que está tudo muito bom.

Sim. Os sujeitos se constituem dentro das estruturas clínicas, ou seja, da neurose, da psicose e da perversão. Então, a gente se constitui com uma dessas estruturas e em qualquer uma delas você pode ter um transtorno grave, ainda mais nesta contemporaneidade louca que estamos vivemos, mas não é uma loucura no sentido de uma psicose, mas podemos desencadear algum transtorno de vida. Mas aí, para a gente “ser louco” no sentido dessa palavra de acordo com a estrutura da psicose, depende dessa estrutura específica. [...] Mas, a pessoa pode até ter essa estrutura e passar a vida toda sem desencadear a crise e conseguir levar sua vida por todas as fases sem ninguém saber, nem a pessoa mesma.

**A eficácia do medicamento e das abordagens terapêuticas – o medicamento é imprescindível no surto, porém o poder da escuta é muito importante, até mesmo no surto. Por que a pessoa não pode gritar e chorar? Tem que medicar logo? (O poder médico é muito forte)**

Olhe, eu acho que no surto a medicação se sobrepõe, pois nesse momento é um desarranjo completo em que parece que uma corrente elétrica está passando por ela... a pessoa não consegue dormir, parar, comer... a gente tem um usuário aqui que tomava aquela medicação chamada “as três Marias” que é o Aldol, o Fenergam e o Diazepam, injetável, que não é brincadeira, e mesmo assim, não surtiu efeito... Mas eu acho que ela se sobrepõe só nesse caso do surto em si. Em muitos casos a gente ajuda muito mais no processo terapêutico, com a escuta; então, qualquer atividade terapêutica [...] deve ter a escuta e a significação do que está se está fazendo. Então eu acho que a escuta é fantástica, mas eu acho que sempre deve ter muito cuidado com ela. Eu acho que a gente não tem muita ajuda do psiquiatra nesse sentido da diminuição dos medicamentos não, mas tende a diminuir... pois, os mais velhos daqui por exemplo, hoje a medicação é outra, é mais leve, [...]. Mas o poder médico é fogo, até a gente tende a achar que os remédios são mais seguros. Eu acho que antes da medicação, quando dá, deve haver uma tentativa de escuta.[...]. A questão é que ninguém pode gritar e chorar... porque a pessoa não pode gritar e chorar? Por isso tem que medicar logo? Teve uma paciente que só conseguiu dormir, mesmo com toda a medicação, quando ela teve alguém para escutá-la.

**Não tenho medo, tenho muito cuidado/o doente mental é perigoso na crise, quando não ele não é perigoso. Então, a família tem que vê os conflitos em casa e que fazem parte de sua história, para procurar entendê-los mais, assim como os momentos das crises**

Eu acho que eu sou atrevida demais... quando eu penso naquela pessoa que eu ía na casa dela, [...], de repente ele poderia sair de seu lugar e vir até a mim... eu estava sozinha... é claro que eu não tinha muita segurança, tinha medo... ficava com receio... mas, não é um medo no sentido de dizer assim: eu não vou enfrentar... agora, assim, ..., quando eu vejo que alguém está em surto, eu não dou as costas, porque de frente é mais difícil de enfrentar, porque pega você de jeito... Mas quando eles sentem que você tem respeito, é bem melhor. Mas, você tem que ter muito cuidado, [...], mas eu nunca fui de sair de perto... presenciei, ajudei em alguns casos já... bom, medo mesmo eu não tenho não, eu tenho muito cuidado.

Eu não acho o doente mental perigoso. O que acontece é que ele quer fazer coisas que não pode fazer, quer andar, mas não pode andar pela cidade, fazer algumas coisas que não é padrão, mas não pode, [...], ou não quer ser internado, mas a família o traz a força... Isso revolta. [...]. Então é perigoso, no sentido de quando está em surto, pois ele perde essa noção do limite entre o que pode e o que não pode fazer, e ele pode lhe machucar... eles têm muita força [...], é a força mesmo de um circuito elétrico. [...], eu digo sempre às famílias, tem que ter cuidados, eles odeiam e eles amam demais, nessa relação contraditória.[...], então é muito importante os grupos de família aqui, pois a gente procura esclarecer sobre essas relações difíceis para eles. [...] Então, ele só pega mesmo para matar quando há um conflito, quando fica enfrentando ele de frente... e quando a família entende que o que ele está fazendo é algo da história de vida dele, a coisa evolui... eles começam a não implicar tanto com eles, a deixá-los mais a vontade... aceitar coisas que dizem que antes não aceitavam...

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica – eles são tratados como objetos e não como sujeitos.**

É a despersonalização total, não é? O sujeito lá se apaga, não há sujeito não.[...]. A gente vê pacientes do hospital que sofreu intervenção... a mudança! Não eram gente não... eram bichos...

**Como acha que a sociedade está encarando o doente mental após a Reforma Psiquiátrica? O preconceito e o incômodo diante da loucura existem. Mas as famílias que estão nos CAPS estão mudando a maneira de lidar com a doença mental.**

Eu vejo a mudança nas famílias, pois elas dizem: “eu sei que não posso fazer assim porque está errado, hoje eu consigo passar por tudo isso achando que o meu problema não é um problema grande”. Então eu acho que com as famílias que conseguem participar do tratamento, acho que têm uma mudança muito grande; mas para a sociedade de um modo geral, ainda existe muito preconceito. Até os meus meninos, quando estão com raiva de mim, dizem: ela só sabe pensar nos doidinhos dela... porque sabem que eu não gosto.[...]. Eu sei que dizem isso para me aperriar... Mas na sociedade não há aceitação nenhuma... acho que um vizinho daqui mudou-se por conta do CAPS, pois assim que chegamos eles saíram. [...] Outro aumentou o muro depois que a gente chegou e está para vender a casa. A sociedade se sente muito incomodada.

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos? O hospital ainda pode dar algum suporte a rede, mas na medida em que ela se fortalecer, ele será desnecessário**

Eu acho que a gente precisa se preparar mais para conviver com a loucura... tem que preparar mais a sociedade, mais a família, [...], talvez eu possa dizer assim: que o hospital ainda dá o suporte; mas eu não acho que ele é necessário,eu acho que a gente consegue trabalhar na rede... porque não tem sentido trancafiar... tem um usuário que lembra do hospital com tanta tristeza... [...]. A gente tem muito ainda o que andar, temos muito chão pela frente. Gorizia não conseguiu? Na Espanha também tem um trabalho muito bom!

**Que diferença que você acha que é encontrada em termos de tratamento no CAPS e no hospital? É a maneira de encarar e estimular a liberdade do paciente**

Eu acho que os serviços substitutivos, por mais dificuldades que ele tenha, ele tem mais autonomia, e isso tem um poder fantástico. Quando eles descobrem que podem ir à rua, poder fazer as coisas deles, que têm direito de falar, de reclamar, não é? [...]. Por mais que o hospital tente mudar, eu acho que é aquela coisa ainda muito segregada, [...], é tanto que uma usuária disse que fica com medo de ir lá de novo, [...]. É uma coisa que marca muito, eles não querem voltar... É o habitar dali que diz da segregação.

CAPS B – 8ª ENTREVISTA: ENFERMEIRA - 3 ANOS DE TRABALHO NA ÁREA EM CAPS, FAZ CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO PELA FIP– 18.10.2007

**Visão organicista se ancorando na psicanalítica (a causa, o que é a doença mental, a cura)**

É transtorno psíquico que afeta o sujeito. [...]. É uma doença em que a pessoa deixa de ser ele e passa a ser outro. Tem a história da hereditariedade, não é? E segundo o que a gente estudo, tem a estrutura... a gente tem a estrutura, só que têm que pessoas que desenvolve outras não. Precisa de algum fator que desencadeie isso aí. Então, tem a questão social, tem a questão familiar, tem algum fator que vai desencadear, não é assim “do nada”. A pessoa tem a estrutura mental que já vem nos genes, é hereditário... e tem pessoas que desenvolve ou não. Acho que a doença mental tem cura em alguns casos e em outros não... são crônicos mesmos. A cura é quando a pessoa trabalha, tem sua vida, e não tem mais surto.

**Quais as atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise? A participação da família e do usuário no tratamento, o uso correto da medicação**

É o que a gente já faz, nós profissionais: a gente já faz o acompanhamento para o uso correto da medicação, a parte da psicoterapia... e a família já está entrosada neste tratamento, porque a gente vê o seguinte: quando a família não participa, fica mais difícil... quando a família participa mais, quando acompanha, quando vem para o tratamento, as crises ficam mais espassadas. E no mais, é a questão terapêutica mesmo, a questão da auto-estima, da medicação, da socialização, da participação das oficinas... evita muito. É propiciar um ambiente para que ele se sinta bem!

**O parâmetro da normalidade é saber separar as coisas e ter equilíbrio/ O “não sou louco” é quando conseguimos levar a vida e ter o equilibiro para trabalhar com eles/qualquer um de nós pode se tornar louco, pois ninguém sabe o que pode acontecer na nossa vida para desencadear a loucura**

Ninguém nem sabe se somos normais, não é? É difícil de se dizer. As vezes a gente vê o paciente tão normal, tão coerente, que é complicado dizer assim... Nem a gente sabe o que é ser normal... temos as nossas loucuras.

A gente ainda consegue trabalhar com eles... pois, trabalhar com esse pessoal e ter equilíbrio... sair daqui e conseguir separar as coisas... porque quando a gente começa a misturar a gente já não sabe onde estamos. A gente diz que “não sou louco” porque a gente consegue esse equilíbrio. A gente consegue ficar com os nossos filhos, nossos maridos... acho que isso aí é a normalidade. São muitas coisas que eles não conseguem fazer e a gente consegue.

Nenhum de nós estamos livres de um dia nos tornar loucos, não é? Alguns médicos dizem: “a loucura é coisa de gente pobre”; mas é o social que está ai... a questão da fome... as pessoas as vezes enlouquece para não viver aquela vida que vive, não é? Então, eu, você, qualquer um... um dia a gente pode perder o emprego... quem sabe?

**A eficácia do medicamento e das abordagens terapêuticas – os dois se completam, porém as terapias ajudam o paciente a resgatar a sua vida, embora que a maioria precisa do medicamento também.**

Acho que os dois se completam. Todos os usuários precisam do psicoterápico, agora o medicamentoso, nem todos... mas é impossível a gente manter aqui sem a medicação... fica difícil. A maioria dos nossos pacientes precisam dos dois. Um aspecto ajuda o outro. Eles precisam resgatar o mundo deles... então, o remédio só não resolve. [...]. Depois que saem da crise, todos eles precisam da terapia.

**Não tenho medo, pois na crise a gente deve agir e fora dela evitar se expor. Antes não queria trabalhar com doença mental/o doente mental é perigoso na crise, quando não ele não é perigoso.**

De jeito nenhum! Medo, medo... nunca tive. A gente se acostumou no surto... o que a gente tem que fazer é agir... a gente medica nesses momentos... faz a procura se defender... a gente não vai ficar se expondo... procuramos evitar um acidente, se tem tesoura a gente esconde... alguma coisa assim, mas medo não tenho. No princípio quando fui trabalhar em outra cidade, eu não queria, porque ninguém queria trabalhar com doença mental... mas hoje, não tenho nenhum pouco.

Quando ele está em crise ele é. [...]. Ele não é ele naquele momento.Quando ele começa a crise, a gente que trabalha com saúde mental, já sabe quando o paciente está dando indícios... quando está mais agressivo, quando está diferente... a gente percebe logo. Fora da crise não é. Eu nunca fui agredida por nenhum.

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica – eles tem medo de lá, ficam retraídos, isolados, assustados...**

Ele tende a se isolar, a se retrair... ele tem medo... fica assustado, se isola do mundo... a gente observa alguns pacientes que foram do hospital: quando a gente fala de lá, tem um que baixa a cabeça... então, eles ficam pessoas “de outro mundo”...

**Como acha que a sociedade está encarando o doente mental após a Reforma Psiquiátrica? O preconceito e a discriminação diante da loucura existem. Mas as famílias que estão nos CAPS estão mudando**

Tem umas pessoas que aceitam muito bem, outras não! [...] Então fechar os hospitais... foi um impacto muito grande! Mas, a gente está só engatinhando, não é? A gente tem conseguido bons efeitos... a família está aceitando mais, mas no início foi bem difícil. Agora a sociedade ainda não mudou. Quando a gente fala que trabalha na área, as pessoas dizem: “você trabalha com loucos?”... As pessoas ainda tem preconceito e discriminação ... é preciso ainda uma conscientização muito grande para que entendam que eles são pessoas como a gente. Ainda falta isso.

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos? É necessário de internamento, mas não em hospitais psiquiátricos e sim na unidade de emergência, pois os CAPS funcionam bem**

Não acho que precise de hospitais... mas da Unidade de Referência como já temos, para aquela crise. Tem usuários que a gente não pode mandar para casa naquela crise... com agressividade... que oferece risco para a família... então neste caso é necessário o internamento... mas não em hospitais; eu acho que tem que acabar com os hospitais mesmo! Os CAPS funcionam bem. Mesmo nos casos mais agressivos, a gente consegue lidar... é uma questão de tempo. A internação só em último recurso.

**Que diferença que você acha que é encontrada em termos de tratamento no CAPS e no hospital?**

Há muita diferença! Primeiro é a organização, não é? [...], no CAPS o doente não é tratado como doente... e sim como pessoa. Lá ele é deixado lá... é como se fosse uma coisa... [...], a humanização, a equipe que aqui é interdisciplinar, todos trabalham com um objetivo, todo mundo trabalham em equipe, eu não sou apenas enfermeira, eu sou técnica em saúde mental, onde as ações são desenvolvidas naquele mesmo objetivo... a diferença é grande. Mesmo em hospitais mais “humanizados”, a questão da humanização é muito diferente! É muito assim: paciente x médico, não tem aquele entrosamento de pessoas... lá não há aquela distância...

CAPS B: 9ª ENTREVISTA – PSICÓLOGA: TRABALHA HÁ 2 ANOS E É PROFESSORA DA UEPB (DISCIPLINA QUE ABRANGE A SAÚDE MENTAL); PARTICIPA DE CAPACITAÇÕES POR MEIO DE GRUPO DE ESTUDO – 18.10.2007

**O que é doença mental (a cura, a causa) – visão psicanalítica mesclada com organicista**

Quando a gente fala em doença mental, já pensamos no transtorno, na questão patológica relacionada ao problema emocional, na pessoa que sofre com algum transtorno. Eu direciono bem o transtorno mental da doença mental, então, o que é doença mental? É a questão do sofrimento emocional, relacionada ao meio no qual a pessoa está inserida, à questão de alguma estrutura clínica realmente deficitária, não é? Todos nós nascemos com uma estrutura clínica, e dentro dela poderemos ter a tendência de uma neurose ou desencadearmos uma psicose, que dependerá das relações sociais que tenhamos, ou seja, dessa vivência com a família etc. Então, dentro dessas estruturas clínicas que a pessoa possa ter, ela pode vir a desencadear um transtorno, mas logo de início, no trabalho com a intervenção precoce ela pode ser barrada, mas, se houver demora de perceber-se o transtorno, e os anos se passarem, a doença pode se instalar mesmo, ficando mais difícil a questão da cura, a doença pode se tornar mais crônica, então, dificulta a cura nesse sentido. Enquanto criança há uma grande chance de não haver um transtorno mental mais severo, se houver uma busca de um acompanhamento terapêutico precoce. [...], tem também a questão genética... a gente vê muito aqui no CAPS através da anamnese do paciente: há vários outros familiares que também apresenta ... até no neurótico há uma estimativa, que em 4 gerações que tenha esse caso na família, a próxima geração vai ter um transtorno mental severo. Mas mesmo com a genética, a intervenção precoce é importante, para que a pessoa possa ter ou não ter o agravo. Por isso que há a questão da estrutura, porque ela vem de geração em geração...

**Atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise – o engajamento da família é essencial, assim como o querer do profissionaL**

Eu acredito assim: eu faço grupos de família porque sem tratar a família a gente não consegue andar muito no tratamento; então, geralmente, são as próprias famílias, alguma mãe ou o próprio meio familiar que está muito desestruturado, fazendo com que essa crise perdure mais tempo, ou aumento significativamente o número de crises num curto período de tempo. Então, a partir do momento em que a família é trabalhada para que faça a sua parte... porque muitas vezes eles tem certos comportamentos, certos cuidados que na visão deles acham que estão ajudando, mas que na verdade não é assim. Por isso que a gente trabalhando essa família, naturalmente vai ajudar no tratamento do usuário... Eu gosto de dizer sempre isso: o tratamento para o usuário é como um tripé – é o querer do usuário, a família estando junto e colaborando neste tratamento e a dedicação do profissional. Os três fazendo sua parte a evolução é visível. Um tripé não se sustenta apenas em dois pilares, não é? A gente vê na prática, enquanto os três estão bem, a gente vê a evolução; mas quando a gente vê que a família quer, está fazendo sua parte, mas o usuário não quer, ou a família não quer, sempre vai existir uma lacuna e esse tratamento não vai ter uma evolução como deveria.

**O que é ser normal para você? E como pode dizer “não sou louco”? Podemos nos tornar loucos? Não existe o normal pois todos nós sofremos/ o “não sou louco” é ter um domínio sobre nossas emoções/podemos nos tornar loucos se tivermos uma estrutura clínica e só sabemos quando ocorre a crise**

Para mim não existe o normal e o anormal, eu acho que todos nós sofremos... somos seres humanos... temos momentos de altos e baixo também, como a pessoa com transtorno mental tem também... então eu acho que não existe diferença... eu sou normal como ele também é normal. Ele está passando por um sofrimento psíquico, mas, que fazendo o tratamento, ele é tão igual quanto qualquer um outro. A gente mesmo, se tivermos um problema gástrico, por exemplo, se a gente não fizer um tratamento, a gente também adoece; e porque nós somos normais e eles não são? Então eu acho que somos iguais.

Nós temos também nossos momentos de loucura, então é como eu disse: nós somos iguais. Temos nossos momentos de loucura, nossos momentos de estresse... A gente precisa tentar ter uma maior tranqüilidade neste momento... é como se estivesse um cano de escape... é por isso enquanto profissional e interessante a análise, para sabermos lidar com esses momentos: de sermos mais inquietos, sermos mais eufóricos, para lidar com o estresse do dia a dia, no trabalho. A diferença está em se tentar termos um maior controle de si, que as pessoas que são chamadas de loucas perdem esse sentido.

Quando eu entrei aqui não tinha experiência com CAPS, com as pessoas que tinham essa doença. Eu fiquei um pouco assustada no início, mas depois eu percebi que todos nós somos frágeis e que a gente pode chegar algum dia a também sofrer com um transtorno mental. Então, vai depender também da estrutura clínica de cada um, onde a pessoa pode ter a tendência [...]. Tanto é que têm pessoas que logo de criança pode ter crises, mas outras que com 50 anos nunca teve nada e de repente têm, porque ela foi desencadeada por algum motivo que para ele foi muito forte. Então eu acho que um dia a gente pode sofrer com o transtorno mental.

**Até que ponto você acha que os medicamentos e as abordagens terapêuticas são eficazes? O medicamento é coadjuvante, o que vai ajudar são as terapias para que a pessoa saiba resolver seus conflitos**

Antes da Reforma Psiquiátrica muitos acreditavam que apenas a medicação era essencial para o tratamento. Mas sabemos muito bem que o tratamento não é apenas medicamentoso. Ele é uma parte do tratamento que é acompanhado com as oficinas, com os projetos terapêuticos, e que vai um ajudar ao outro. Se eu tenho uma depressão profunda por exemplo e faço uso da medicação, essa medicação vai amenizar os meus sintomas e momentaneamente eu posso achar que eu estou bem, mas se o porquê de eu estar entrando na depressão não for trabalhado, a partir do momento que eu parar a medicação, tudo vai voltar. E fazendo um paralelo com outras abordagens, ele vai me ajudar a entender esse porquê... Porque eu fiquei doente? Porque está acontecendo isso comigo? Como é que eu posso conviver melhor com isso? Como é que eu posso lidar com esse tipo de situação? Deve-se associar a medicação, quando for necessário, mas a partir do momento em que a pessoa realmente for se tratando em paralelo, ele gradativamente vai sair da medicação e ai vai saber resolver suas questões que antes não sabia. A medicação é necessária, mas não exclusiva e deve ser associada às terapias. E o uso dela vai depender do grau do transtorno. Tem pacientes que não precisam de medicação.

**Você tem medo de trabalhar com os doentes mentais? Eles são perigosos? Não tem medo, mas no início tinha/têm casos que são perigosos (pervesão) e nos momentos da crise, mas depende do transtorno**

De jeito nenhum. No início como eu não tinha experiência, fiquei um pouco assustada... mas assustada no sentido de que qualquer pode ter. Mas a partir do momento que a gente foi trabalhando isso, [...], então, assim: eu me identifiquei muito, muito com as pessoas que sofrem com este transtorno. Então eu trabalho aqui pelo usuário com transtorno mental... é porque eu gosto [...]. Nem nas crises eu tenho medo, já fui machucada, já vi algumas cenas... mas eu não tenho medo de enfrentar. É claro que a gente vai ter um cuidado... até como prevenção, mas eu não tenho medo de chegar até eles... e eles respeitam, até em crise eles respeitam.

Tem casos em que ele é perigoso sim. A gente não pode generalizar que nenhum pode controlar seus impulsos etc. Mas tem alguns que são perigosos. A gente tem até um exemplo agora que saiu na TV... teve uma pessoa que já tinha transtorno mental e que estava cumprindo pena em hospital psiquiátrico e que foi passar um final de semana em casa e chegou a matar duas crianças, e outras pessoas, e voltava para lá como se não estivesse acontecido nada. Também no momento em que estão numa crise mais severa, que não está fazendo o tratamento adequado, [...], é que alguns podem ser... mas vai depender muito dessa doença e também do problema que ocasionou a crise Têm usuários em que a família tem uma resistência em ser trabalhada... encarceram eles... então eles ficam violentos com os familiares. [...]. Então tem a história que levou a essa agressividade.

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica na pessoa? Os traumas pela falta de dignidade do hospital**

Pelos casos que eu observei em hospitais psiquiátricos que existiam aqui em Campina Grande, eles fazem com que piorem a doença... cronificam a doença. Há relatos deles aqui que sempre comparam o antes e o depois do hospital, e a gente vê que esses efeitos ainda hoje eles sentem... eles levam até hoje: o sofrimento, a separação familiar, a questão da ser preso em cama, dormir no chão, não poder tomar banho etc. Isso traz traumas. Tem uma usuária que não consegue passar em frente a um hospital psiquiátrico. Até mesmo havia agressão entre eles lá: uma machucava o outro... temos outra usuária que tentaram matar ela.

**A Reforma Psiquiátrica propiciou um modo diferente de conceber o doente mental? O preconceito é muito forte... mudou muito pouco**

Ainda existe muito preconceito. Mas se a gente comparar com alguns anos atrás, já melhorou um pouco. Mas ainda tem muito preconceito. [...], nas minhas aulas eu faço questão de tentar modificar essa visão... até mostrar essa nova realidade que estamos vivemos que são desconhecidas para eles... Até mesmo para ajudar aos usuários... eu gosto tanto deles, que me preocupo nesse sentido também. Onde eu estiver eu faço isso. Eu me preocupo muito com a humanização da saúde. [...], pois precisamos olhar, escutar e se colocar no lugar desse outro.

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos, em quais situações? Não, o que falta é um maior investimento na rede.**

Tendo uma boa rede de saúde mental, [...], com um investimento melhor eu acredito que não é necessário o hospital. Mas a partir do momento que ainda está sendo algo novo, não é? E que os próprios governantes não valorizam, então como é? Mas, o próprio Ministério da Saúde não quer mais hospitais, então isso mostra que eles não podem ir mais além. Acho que só o que falta é esse investimento e valorização profissional... falta que os governantes invistam mais. [...]. Aqui em Campina Grande, eu acho que falta pouco... aqui tem uma tendência muito grande a crescer...

**Que diferença você acha em termos de tratamentos e seus efeitos tanto nos hospitais psiquiátricos como nos CAPS? A humanização e as terapias**

Aqui eu tento seguir como a legislação diz: hospitalização só em último caso. A gente tem que evitar o máximo essa hospitalização. Caso havendo essa hospitalização, não em caso da Unidade de Referência, pois lá não chega ao que se chama de “hospitalização”, nós enquanto técnicos devemos ir lá para dar uma continuidade ao vínculo terapêutico. Dizem que no hospital já acontece esse novo olhar também, mas é muito fácil dizer, pois pelo discursos dos usuários, que eu acredito bastante, dizem que não... que fazem o quê: vão ao culto... quer dizer é algo aleatório... o que acontece é que eles ficam lá atrás, em camas, ou trancafiados. [...], eu também me preocupo com isso na Universidade... eu procuro mostrar os dois lados; trago a versão da assistente social e vou lá *in locu* com os alunos. Eu acho que os hospitais poderiam melhorar mais e ver essa questão mais humana.

EMERGÊNCIA: 10ª ENTREVISTA – ENFERMEIRA: TRABALHA APROXIMADAMENTE 7 ANOS NA ÁREA – 2 ANOS EM CAPS – ANTES TRABALHOU NO JOÃO RIBEIRO (4 anos)- É PROFESSORA DA UEPB (DISCIPLINA QUE ABRANGE A SAÚDE MENTAL); FAZENDO ESPECIALIZAÇÃO PELA FIOCRUZ – 25.10.2007

**O que é doença mental (a cura, a causa) – visão psicológica e orgânica para casos evidentes de lesões no SNC. É preciso conviver com o problema e não buscar a cura**

A doença mental para mim significa a dificuldade que aquele sujeito tem em gerenciar os seus conflitos. A pessoa não consegue mesmo gerenciar os seus conflitos. Embora que alguns desenvolva e outros não desenvolva. [...] Temos que vê que o sujeito tem toda uma história de vida, de suas relações familiares etc., a gente tenta vê se foi na puberdade, ou mais atrás; com exceção daqueles casos em que o fator orgânico foi determinante (um acidente, uma doença degenerativa, entre outros). O caso não é se tem cura, mas como você convive com o problema, da mesma forma da pressão alta, diabetes, por isso devemos trabalhar com a família nesse sentido. Muitas vezes as pessoas acreditam que eliminando a causa do problema originário, como por exemplo o casamento daquela pessoa que teve um trauma quanto a isso, a cura vai chegar, mas não é assim.

**Atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise – a compreensão da família para que não faça julgamentos em casa, assim como nós profissionais**

Eu tenho trabalhado com os meus alunos: a questão da compreensão e não julgar. O juízo atrapalha demais e é isso que a família tem que entender, para não ficar dizendo: “você faz isso porque não tomou o remédio”, entre outras coisas. É procurar a vontade daquela pessoa. [...]. Acho que temos que ter o cuidado para não intervir na escolha daquele usuário e ao mesmo tempo não direcionar o que você entende por certo e por errado. Devemos escutar. [...] Acho que uma pessoa de 30 anos sabe discernir o que é bom ou não para ela.

**O que é ser normal para você? E como pode dizer “não sou louco”? Podemos nos tornar loucos? O normal depende da cultura em que se vive e de saber gerenciar os conflitos/ o “não sou louco” depende dos parâmetros de cada um/podemos nos tornar loucos se não soubermos mais gerenciar os conflitos**

O que é ser normal vai depender da cultura, [...]. Então a questão do normal está ligada a toda questão cultural. Já na questão da normalidade enquanto sujeito, nas relações, temos que vê os nossos valores... se você está bem vivendo de determinada forma... está vivendo sem conflito... eu acho que isso é ser normal.

É uma questão de subjetividade: eu posso achar que é uma coisa, outra pessoa pode não achar, e assim por diante. Afirmar é difícil. Temos que saber do outro que parâmetro ele está se baseando para dizer isso. [...] Para mim certos comportamentos é normal e para o outro não.A gente que trabalha com saúde mental não deve se importar com isso não, pois precisamos ter a compreensão dessa flexibilidade. Eu não fico muito preocupada com essa questão.

Eu acho que qualquer um de nós pode se tornar doente mental. Se você em algum momento não conseguir gerenciar os seus conflitos, [...], a sua vez pode ser a qualquer momento. Amanhã pode ser acionado um gatinho psicológico... Não dá para garantir até que ponto você vai ser capaz de gerenciar os seus conflitos.

**Até que ponto você acha que os medicamentos e as abordagens terapêuticas são eficazes? Um tem que está interligado com o outro e há uma tendência a diminuição da medicação**

Eu acho os dois importantes. Um tem que estar sempre interligado com o outro, [...]. Nós fazemos sempre um trabalho para implicar a pessoa no seu tratamento, através de sua reflexão sobre todos os tratamentos: ‘você acha que pode deixar de tomar esse medicamento? O que pode ocorrer se você fizer isso? Vamos vê se vai ser bom diminuir...”. Ou: ‘Como está sendo o atendimento com o psicólogo, com outros profissionais? O que não está muito bem em relação às terapias?’. E assim por diante. Também há as reuniões de equipe onde até mesmo o psiquiatra coloca os casos para que possamos vê se dá ou não para diminuir a medicação, entre outras questões referentes ao funcionamento do serviço. Há a essa expectativa de diminuição do medicamento e em muitos casos isso ocorre.

**Você tem medo de trabalhar com os doentes mentais? Eles são perigosos? Não tem medo, mas no início tinha/nos momentos da crise, eles podem ser**

Não tenho medo. Antigamente, na Universidade, eu achava um horror essa área de trabalho, mas aí surgiu a oportunidade de trabalhar no hospital, e continuei a achar horrível entrar naquele hospital. Mas, o que me deixou de ter esse sentimento foi a experiência que me fez ver que eles não são essas figuras que a sociedade faz não.

Existem muitos usuários que dizem: ‘me contenha porque tem uma voz que está dizendo para eu bater em você’. Então, quando acontece isso é bom, porque você sabe o que vai acontecer. Mas, outros não. Acho que nos momentos da crise eles podem se tornar, pois na alucinação, podem não ter controle sobre o que vai fazer; porém fora dela eles não são. É quando nos sentimos amedrontados.

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica na pessoa? A despersonalização**

Eles se tornam despersonalizados. Quando saíram do hospital tivemos que ensinar o que é abrir uma porta, o que é se alimentar com talheres, e assim por diante.[...]. É a anulação total da pessoa.

**A Reforma Psiquiátrica propiciou um modo diferente de conceber o doente mental? Não mudou quase nada. É um trabalho constante que estamos fazendo para que isso vá ocorrendo.**

A gente vê pela própria família como ainda não mudou. Elas próprias demonstram muita resistência ao tratamento fora dos muros do hospital... sentem dificuldade de compreender a opção pelo novo tratamento, acham difícil o lidar com os próprios parentes. [...]. Não compreendem a Reforma. Não é fácil, pois é toda uma longa vivência do regime restrito dos hospitais. Também vemos isso na área jurídica. Muitos juízes, promotores, delegados, entre outros, não entendem a Reforma. [...]. Mas, mesmo assim, nessa área já vemos que alguns entendem melhor: teve um que não teve coragem de colocar uma pessoa em sofrimento psíquico no camburão,[...], embora muitos não sabem o que fazer... acham que tem que levar e prender. [...]. E na sociedade de um modo geral, acho que ainda a mudança está engatinhando.

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos, em quais situações? No momento sim, mas na medida em que a família e os usuários conseguirem ir se libertando da cultura hospitalocêntrica, sim.**

No momento, sim. Porque não é assim que as coisas mudam, pois foram anos e anos que existiu essa cultura da hospitalização. Então, os próprios usuários e famílias recorrem algumas vezes ao hospital, acham que precisam desse apoio.[...]. Nem a família, nem o usuário sabe lidar bem com a ausência de hospital. [...]. Por exemplo: tem usuários que dizem que querem ser internados no hospital e insistem nisso. Nós não podemos obrigá-los a não fazerem isso e dizemos: ‘vá, se você quer tanto ir’; para que eles possam ir desconstruindo essa necessidade de hospitalização. [...]. Da mesma forma a família dos usuários, já que muitas estão entendendo ainda o sentido do tratamento fora dos hospitais. [...]. Acho muito complicado uma ruptura drástica... é muito complicado. Eu concordo que é necessário que eles deixem de existir, por causa do estigma que o hospital psiquiátrico carrega há muitos anos, mas não assim bruscamente.

**Que diferença você acha em termos de tratamentos e seus efeitos tanto nos hospitais psiquiátricos como nos CAPS? A humanização e as terapias**

É mais a questão da utilização da medicação. Também acho que os CAPS trabalham realmente na questão de inserir os usuários em seu meio, já no hospital não é feito isso. O hospital não tem essa percepção.

CAPS III: 11ª ENTREVISTA – ASSISTENTE SOCIAL: TRABALHA APROXIMADAMENTE 13 ANOS NA ÁREA – 2 ANOS EM CAPS E 11 EM HOSPITAL. FAZENDO ESPECIALIZAÇÃO PELA FIOCRUZ E PARTICIPA DE UM GRUPO DE ASSIST. SOCIAIS DA REDE PARA A ELABORAÇÃO DE PROJETOS QUE BENEFICIEM A SAÚDE MENTAL– 27.10.2007

**O que é doença mental (a cura, a causa) – visão psicológica, hereditária e orgânica. A cura só se for detectado o problema precocemente**

São distúrbios de usuários que muitas vezes não teve problema nenhum, e que de repente surge um motivo para aparecerem, determinando que eles precisam de ajuda.[...]. Então, doenças mentais são perturbações psíquicas que leva o usuário a momentos de desorientação, de agressividade... que muitas vezes pode ser reversível e outras não reversível. É um problema de ordem psíquica. [...]. A causa muitas vezes é de ordem familiar, da genética, orgânica, hereditária e outras vezes pode ser perturbações psicológicas: vamos dizer assim, uma pessoa que está desempregada há muito tempo e que fica perturbada... e isso aí não é trabalhado, não é cuidado, podendo levar a um problema sério, deixando a pessoa a perder a noção do que se trata. Eu acho que quando ela não é genética, de ordem familiar, hereditária, então é de fatores causados por problemas que a pessoa vivencia. É a pessoa não saber lidar com os momentos de frustrações, de dor... é não saber lidar com esses momentos. Se o problema forma tratado logo, pode chegar a cura... é por isso que existe a intervenção precoce para que seja detectado o problema enquanto criança... a criança muito inquieta... se não cuida, vai se acentuando, se acentuando e quando chega numa fase adulta, ele já não tem mais controle daquela situação. Tornam-se pessoas agressivas, que vivem na rua... e os familiares não se apercebem disso.

**Atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise – a contribuição da família no tratamento, assim como os profissionais perceber os sinais da crise para que toda equipe trabalhe no sentido de não deixá-la acontecer**

A partir do momento em que a família percebe que aquela pessoa precisa de cuidado: quando leva a um CAPS, quando é acompanhando por um médico, quando tem uma avaliação, quando ele passa por um psicólogo e quando a família também contribui com essa ajuda, [...], eu acho que dá para evitar a crise, mas quando a família “deixa para lá”, o usuário vai surtar. E no CAPS também é importante que os profissionais observem aquele usuário para perceber se ele está sinalizando que irá entrar em uma crise... para que a equipe toda se articule para ele não chegar a entrar em uma crise.

**O que é ser normal para você? E como pode dizer “não sou louco”? Podemos nos tornar loucos? O normal é difícil, porque todos nós temos nosso momento de desatino/ o “não sou louco” não se pode dizer porque temos desatinos/podemos nos tornar loucos porque não somos infalíveis a essa vida turbulenta**

Normal não tem, não é? Todos nós temos momentos de insensatez. Momentos até de loucura. Então: ser lúcido, ser louco... é meio confuso isso daí. Porque se nós levarmos ao pé da letra mesmo, vamos saber que todos nós estamos fadados mesmo a momentos de loucura. Não podemos dizer “não sou louco” porque se observamos todos nós temos nossos momentos de loucura: nós mesmos dizemos as vezes: ‘poxa vida, parece que eu estou louca’; então é difícil dizer isso.

Acho que podemos nos tornar loucos, pois essa vida que a gente leva é uma vida que é perturbada, turbulenta, violenta... saímos e não temos segurança de nada. Então, temos que ter um preparo psicológico muito grande, para que você não se deixe levar. Então, podemos nos tornar loucos, ou seja, podemos chegar a ficar inconsciente e cometer desatinos. A loucura não está apenas naquele que toma medicamentos, mas em outras situações. Vai depender da sua fragilidade... mas mesmo que você tenha preparo, isso pode acontecer, porque não somos infalíveis.

**Até que ponto você acha que os medicamentos e as abordagens terapêuticas são eficazes? Deve existir os dois tratamento, pois só a medicação muitas vezes não resolve. O ideal seria deixar totalmente a medicação, mas é difícil isso**

É muito importante que o usuário que tenha problemas mentais seja avaliado médico, não é? Porque o médico vai vê a necessidade da medicação naquele momento. Daí, só a medicação muitas vezes não resolve, necessitando do trabalho terapêutico. Então, é importante também que os demais profissionais vejam quais necessidades daquele usuário. [...]. Então os dois devem estar juntos. Nos usuários crônicos é difícil a diminuição da medicação, porque eles fazem uso dele há anos e anos... não como era no hospital: aquela dosagem sossega leão... mas, eles precisam das abordagens terapêuticas também, pois de certa forma, eles estão mais controlados com a medicação e com o trabalho terapêutico. Existem usuários que, com a avaliação gradativa de toda a equipe, tende a diminuir um pouco.[...]. Portanto, para uns dá certo, para outros não. Acho que quando o problema não é a loucura propriamente dita, sendo um problema psíquico apenas, dá para ele sair do medicamento devagar. O ideal seria o usuário não tomar a medicação, [...], o ideal seria zerar o uso da medicação... mas, a gente vê que eles fazem o acompanhamento terapêutico e fica usando pelo menos uma das medicações.

**Você tem medo de trabalhar com os doentes mentais? Eles são perigosos? Não tem medo, mas no início tinha, porém no surto não tem medo porque está com a equipe/nos momentos da crise, eles podem não reconhecer você, mas a equipe está unida e pelo controle da medicação e da equipe, eles não são perigosos**

Não. Bem, no início do trabalho, eu tive sim. Mas no momento que a gente vai conhecendo o usuário, vai conhecendo a patologia, vai ganhando a confiança: vai dando atenção, carinho, fazendo aquela amizade... enfim, você vai perdendo o medo. Logicamente, o usuário em surto, você não vai se aproximar: ali você tem a equipe, então, você não vai sozinha e sim acompanhada. Mas mesmo assim, eu nunca tive aquele medo de dizer: não eu não entro nesta ala [na época do hospital], [...]. No CAPS a gente vê colegas que ainda “treme nas bases”... não sei se é porque eu trabalhei muito tempo no hospital, não é? Então, eu já não tenho mais medo, pelo contrário, adoro eles! [...], eles me obedecem.

Não, em surto ele muitas vezes desconhece você, mesmo você sendo o técnico de referência dele, podendo chegar a lhe agredir. Mas isso é raro, porque quando está em surto a equipe toda se une. Também pode se tornar perigoso quando ele está sinalizando que está entrando em surto; aí você tem que ter cautela, pois naquele momento, por exemplo, você não pode descer degraus ele estando atrás porque pode ser empurrada e sim deve-se descer pegando na mão. Ali você deve conversar com ele. Mas, de certa forma todos os usuários estão acompanhados pelo médico, pela equipe... então, o usuário não vai agredir você a troco de nada, a não ser que ele não esteja fazendo uso da medicação... normalmente o usuário não pode deixar de tomar a medicação... mas não tem porque você ter aquele medo.

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica na pessoa? A despersonalização**

Eles ficam muito alienados, não é? Eles tomavam medicações pesadas. Lá no hospital não tem muito que oferecer a eles, como no CAPS. Existia as terapias ocupacionais, mas não é como nossas terapias. [...]. A gente vê usuários que eram do hospital e hoje estão muito bem, apesar de continuar com o uso de medicação, mas sua evolução está muito boa.

**A Reforma Psiquiátrica propiciou um modo diferente de conceber o doente mental? A sociedade ainda tem muito preconceito. O trabalho vem mostrando que não é assim.**

Na minha concepção, a sociedade ainda tem os preconceitos de antes. A gente pode sentir isso nos próprios usuários: um chegou dizendo que não consegue emprego. A sociedade discrimina o usuário mental, mesmo não sendo aquele usuário crônico... é aquele que fez cursos visando conseguir um trabalho.[...]. É como se ele não tivesse valor para a sociedade. Mesmo na família a gente vê isso. A gente trabalha para a conscientização da família, para que o usuário seja tratado como gente, mas muitas famílias não querem o usuário em casa e acham que ele não podem ir a uma igreja, trabalhar... mas a gente vem mostrando que não é assim. Muitos tem condições de voltar ao emprego, de estudar, a gente vê usuários que já trabalham.. No crônico isso é difícil mesmo, porque ele cronificou, perdeu sua identidade.[...].

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos, em quais situações? Só em última instância, mas mesmo assim só raramente o usuário vai precisar dele**

O hospital psiquiátrico deve existir em última instância: quando os CAPS e a Unidade de Emergência, não tiver mais como lidar com os usuários... esse hospital deve dá suporte, porém gerenciado pela rede substitutiva da Reforma. Porque se for sem isso, vai acontecer o mesmo que outrora: o confinamento.[...]. Os hospitais psiquiátricos devem fechar gradativamente, mas em última instância eles poderiam existir se fosse gerenciado pela Reforma e a Emergência é quem seria a porta de entrada, quem encaminharia os usuários, [...], porém isso vai ser muito pouco, o mínimo dos mínimos.

**Que diferença você acha em termos de tratamentos e seus efeitos tanto nos hospitais psiquiátricos como nos CAPS? A humanização e as terapias**

Dentro do hospital psiquiátrico, no que está atuando no momento, [...], mesmo estando se moldando à Reforma, eu acho que o tratamento é bem diferente, porque lá eles não tem a liberdade que encontram no CAPS, o tratamento é diferenciado... eu acho bem melhor... o usuário se sente mais gente! [...] Acho que é diferente pelas terapias também, porque eles demonstram gostar do CAPS. [...]. No hospital se eles passam um mês, será um mês de confinamento... lá eles não vão e vem, mesmo acompanhando, para as terapias, e isso não é legal para os usuários.

EMERGÊNCIA: 12ª ENTREVISTA: 27.10.2007 – ASSISTENTE SOCIAL – TRABALHA HÁ DOIS ANOS NA ÁREA – EMERGÊNCIA – FAZ ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PELA FIOCRUZ

**O que é doença mental (a cura, a causa) – visão psicológica e hereditária. Não há cura, e sim uma melhor forma de conviver com a doença mental**

É o comprometimento psicossocial do indivíduo. As causas que se colocam no nosso dia a dia são inúmeras: as questões hereditárias, o sofrimento psíquico com problemas familiares, como separação, perda de filhos, entre outros; tudo isso pode começar com uma depressão e se tornar mais grave. A gente não pode colocar que a doença mental tem cura, mas podemos aprender a conviver com ela... fazer com que o indivíduo aprenda a conviver com o sofrimento psíquico. Me parece que ela não tem cura, ela pode ser administrada, não é? Pode-se aprender a conviver com ela dentro de suas limitações.

**Atitudes que poderão ser realizadas para evitar a crise – a percepção dos sinais que a pessoa apresenta a fim de fazer uma escuta sua, para tentar evitar a crise**

O paciente dá sinais quando está querendo entrar em crise, então, devemos perceber para fazer uma escuta dos motivos que o levaram a entrar neste estado e assim tentar evitá-la.

**O que é ser normal para você? E como pode dizer “não sou louco”? Podemos nos tornar loucos? O normal depende de se saber gerenciar os conflitos/ o “não sou louco” depende desse gerenciamento que se refere a noção de realidade/podemos nos tornar loucos pois não sabemos da nossa estrutura psíquica**

É o saber gerenciar os nossos conflitos. Podemos dizer “não sou louco” se soubermos até o momento em que sabemos lidar com eles, quando perdemos a noção da realidade, essa capacidade desaparece. E qualquer um de nós podemos nos tornar loucos, pois não sabemos que estrutura clínica temos que nos leve a um dia surtar.

**Até que ponto você acha que os medicamentos e as abordagens terapêuticas são eficazes? Um tem que está interligado com o outro e há uma tendência a diminuição da medicação**

Os dois tem igual importância. Um não pode funcionar sem o outro. Quando as abordagens terapêuticas estão sendo aproveitadas pelo usuário, a tendência da diminuição dos medicamentos acontece.

**Você tem medo de trabalhar com os doentes mentais? Eles são perigosos? Não tem medo porque há o apoio da equipe/Eles são perigosos na crise ou de acordo com sua personalidade psicopata**

Não tem porque há toda uma equipe para acolher aquela crise do paciente na emergência. Fora desses momentos, não tem problema, porque apenas nesses momentos é que eles podem ser perigosos, quando perdem essa noção da realidade. Passando essa crise, o paciente não oferece perigo. A não ser naqueles casos em que a personalidade é psicopata.

**Quais efeitos que pode causar um longo período de internação psiquiátrica na pessoa? A negação de sua história de vida, deixando-o crônico**

Um comprometimento geral da história do paciente, de sua vida, tornando-se um paciente crônico e até que a gente consiga fazer com ele volte ao meio social... fica mais complicado essa reabilitação. Porque ele tem uma longa história de internação e está mais comprometido que outros pacientes.

**A Reforma Psiquiátrica propiciou um modo diferente de conceber o doente mental? Ela está tendo um novo olhar, porém de forma muito lenta ainda**

Acho que a sociedade está tendo um novo olhar, mesmo que isso seja um processo lento. Porque estamos começando a mostrar essa nova visão da saúde mental. Estamos vendo que a sociedade está procurando vê de outra forma, entendendo que isso é um processo... daqui que a gente consiga passar isso para a sociedade vai demorar um pouco.

**No seu entender, é necessário a existência de hospitais psiquiátricos, em quais situações? Nos casos em que não tem condições de recuperação em curto período, pois é preciso criar novas alternativas para certos casos.**

Tivemos casos de pacientes que não conseguimos recuperar num curto período, e foi necessário que a gente mandasse eles para o hospital. Não sei se necessário seria, mas é preciso que se encontre outra alternativa para cuidar desse paciente por mais tempo. No meu entendimento não seria necessário, mas é preciso se criar novas alternativas para que a gente consiga lidar com a situação nesse caso que eu coloquei. Em outros casos temos como contornar as situações nos Centros de Atenção Psicossocial e nos outros serviços.

**Que diferença você acha em termos de tratamentos e seus efeitos tanto nos hospitais psiquiátricos como nos CAPS? É a falta de considerar as singularidades do sujeito em termos de seu tratamento e o seu confinamento total**

No hospital psiquiátrico existe o confinamento total do indivíduo. Eles ficam ociosos, e onde a gente vê que a contenção química é a mais utilizada e ele é muito visto no coletivo. Também a terapia medicamentosa não é muito específica para cada caso, não existe oficina, não existe nenhuma necessidade terapêutica de acordo com cada caso. Enquanto que nessa nova visão, fazemos esse atendimento mais singular, tanto ao indivíduo como à família. Lá existe uma forma de tratamento totalmente diferente que a gente vê hoje com a Reforma Psiquiátrica.

13ª ENTREVISTA: CAPS II - ASSISTENTE SOCIAL. TRABALHA HÁ 3 ANOS E FAZ CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO PELA FIOCRUZ – 05.11.2007

É quando a pessoa perde a noção de espaço, de tempo... é uma doença considerada grave, porque a partir do momento em que a pessoa perde o senso de responsabilidade... Pelo o que a gente vem observando, as causas são diversas: tanto pode ser uma doença congênita como pode ser adquirida, sendo que ela vem se pronunciando, normalmente, no período de mudança, da adolescência para a fase adulta. As adquiridas são provenientes de problemas adversos que acontecem. O que nós temos observamos muito, é que as pessoas adoecem muito quando não estão bem economicamente... ou uma perda amorosa, uma perda de emprego... a questão social tem se instalado muito, a questão sócio-econômica... são fatores que ocasionam a doença mental. Mas em causas hereditárias não ocorre necessariamente esses problemas sociais. [...]. E tem pessoas devido a alguns problemas mal resolvidos na infância, quando adulto, ocorre a doença mental. Nunca vi casos de cura, mas sim de grandes melhoras, onde nunca mais desencadearam uma crise, só que esta pessoa ainda é doente mental, precisando da medicação, portanto, a gente só poderia dizer que ele ficou curado, quando ele passou por outros transtorno psicológicos e não entrou em crise. [...]. Eu acredito que assim tem uma boa evolução, mas dizer que curou e que não vai ter mais crise, é difícil.

Qualquer pessoa está sujeita à doença mental, dependendo do equilíbrio emocional, você pode desenvolver. Se a pessoa tem a predisposição de não ter o controle emocional, pode acontecer. O que qualquer um de nós podemos ter também. [...].

Nós temos discernimento do certo e do errado, temos controle sobre as nossas emoções... a pessoa considerada louca não tem esse controle... não tem controle de espaço, de tempo... para ele é fazer o que vem na cabeça e ninguém controla, o emocional dele não tem limite. Ele pode bater, machucar, gritar, pode rir incontrolavelmente... tudo o que ele faz é incontrolável. A gente não, temos controle sobre as nossas emoções. A gente chora até onde a gente vê que pode, rir até onde a gente vê que pode... sabemos nosso horário de chegar na hora certa, sair na hora certa... [...].

Pelo que a gente tem observado, não é que você evite a crise, podemos até cuidar dela em tempo hábil, mas evitar que ela se instale, acredito que não. Quando a pessoa tem de desenvolver, ela vai desenvolver a crise. Agora o que a gente pode fazer é cuidar dela em tempo hábil. Normalmente quando as pessoas estão entrando em crise, normalmente a família sempre atribui a questão de espiritismo, [...], e aí não cuidam, não fazem o tratamento adequado, podendo então piorar e ser instalado um problema maior. No entanto, quando a pessoa tem conhecimento que leva imediatamente para tratar, ela pode estabilizar e não voltar a ter crise, dependendo do tratamento que for feito, [...], dentro dos padrões, eles tendem a sair da crise, principalmente quando é a primeira crise, tendem a sair e ficar estabilizado. Tendem até a deixar de tomar suas medicações, desenvolver suas atividades normais, se o tratamento tiver um tratamento psicoterapeutico for bem feito, temos visto resultados aqui. Mas quando as pessoas levam para outro caminho... infelizmente não dá certo.

Todos os dois são importantes, porque ninguém trata uma crise, dependendo do caso, uma depressão, uma esquizofrenia... ninguém trata com conversa. [...]. Também só a medicação não tem influência para aquele indivíduo, [...]. Ter que ter também um bom acolhimento, pois a forma de tratar o doente mental é muito importante para ele apresentar o estabelecimento. [...]. Se ele chegar num lugar e for mal acolhido, aquilo dali vai ficar como negativo e ele não vai querer mais voltar, e quando ocorre o inverso, ele faz questão de voltar. Ele vai fazer o tratamento. A medicação tende a diminuir com o tratamento terapêutico. Temos vários casos de pessoas que fizeram o desmame, [...]. Eles vão evoluindo, inclusive na medicação. Quando o tratamento é CAPS, usuário e família é assim.

Ninguém pode se considerar tão normal. Ser normal é você ter condições de ir e vir, sem medo de ir e vir, saber fazer a diferença entre o certo e o errado, ter limite para suportar as dores, você ter condições de saber que temos que ter perdas e ganhos... para mim, ninguém é normal, pois, é como diz o ditado: de inteligente e louco todos nós temos um pouco. Eu acho que aquela pessoa que é normal demais, é mais doente do que aquele que é considerado anormal. A diferença entre eles e nós é que essa pessoa que já teve um transtorno mental, é mais limitada, a gente tem mais cuidado para não magoar, tem medo que ela volte a crise... a gente trabalha para não tratar diferente, mas no fundo no fundo tratamos diferente. Quando aquela pessoa, por exemplo, perde a mãe... tínhamos um caso aqui: ela vinha bem, bem, bem, perdeu a mãe e entrou em crise e ainda está... está se restabelecendo agora. [...]. Eu diria que eles são mais sensíveis, não tem estabilidade para suportar uma grande dor, uma grande perda, para suportar as dificuldades da vida, como nós temos, não é? [...]. Nós temos nossos mecanismos para superar: nos apegamos com a religião, procuramos ajuda... eles não. A tendência deles é se anular. [...] Então, eu acho que tem uma diferença na cabeça sim.

Eu nunca tive medo. É claro que a gente tem que ter muita precaução porque a gente sabe que eles ali não estão respondendo pelo que fazem, não é? Então, quando eles estão agressivos, não chegamos muito perto e se chegar vamos com outras pessoas... a gente não sabe como vai ser e por medida de precaução... Mas, medo eu nunca tive. Inclusive, já enfrentei situações que depois eu fiquei me questionando, porque eu fiz aquilo? Eu poderia ter me arrependido. No entanto, o momento me obrigou a tomar essa atitude sozinha, a ficar sozinha com aquela pessoa, a tentar conversar, tentar agir; mas, hoje eu sei que não devo.

Olhe, a partir do momento que a pessoa não tem noção do que está fazendo, torna-se um perigo. [...]. Quando eles estão estabilizados eles não oferecem perigo. Não requer perigo nenhum, mas quando estão em crise, temos que ter o devido cuidado, porque eles podem tornarem-se violentos, e muitas vezes eles nem são. Fora da crise, muito deles são tranqüilos, mas na crise são diferentes. Agora também nem todos desenvolvem crise com violência, que vai depender do transtorno. Tem transtorno que se isolam, ficam à mercê dos outros, não é? E tem casos que não é só o transtorno psíquico, tem usuários que tem o distúrbio de comportamento também. E aí quando este distúrbio de comportamento é muito acentuado, a falta de limite, não querem obedecer normas... estes podem ser perigosos. Muitas vezes, não estão em crise, e são perigosos, e outras vezes usam da crise para conseguir o objetivo dele, e eles não querem atender a nada. [...] As vezes, eu tenho minhas dúvidas com alguns... se esta pessoa tem realmente um transtorno mental. [...]. A gente vê muito isso em adolescente porque eles querem manipular você... ou o pai ou a mãe. E quando eles chegam aqui, querem fazer o mesmo. Mas a gente tem conseguido.

São efeitos totalmente negativos. Pela experiência que nós temos, vemos que as pessoas que passaram por um longo período de internação perderam muito a auto-estima, perderam a noção de tudo e estão começando a vir se restabelecer agora. Temos pessoas que passaram por isso e que hoje são cidadãos: trabalham, estudam, participam ativamente das atividades, compra sua roupa, seu calçado, então, a gente fica perguntando, quanto tempo essa pessoa não perdeu de sua vida? Porque o povo não tinha essa visão: achavam que era só colocar dentro do hospital, dar remédio e pronto. A visão de cidadania, valorização, não existia. Eram tratados como animal irracional. Ali eles tinham crises, melhoravam, tinha de novo, e assim por diante. Aqui tem um usuário que nunca teve crise, e a gente fica perguntando: será que lá era preciso tomar medicação? [...]. Será que ele é doente mental mesmo? Ou ele tornou-se doente pela situação que viveu no hospital? Eles ficam imbecilizados e perdem principalmente a personalidade. Eles ficam ali fazendo exclusivamente o que o outro manda, perdem o desejo, a vontade, perdem a noção de tudo.

A gente já sente a diferença: quando a gente leva aos eventos os trabalhos que eles desenvolvem, quando a gente leva eles para realizar as atividades, vemos que a sociedade fica meio que perplexa, sem acreditar na capacidade deles. Até mesmo dentro da própria família, não é? Alguns familiares chegam e dizem: depois desse CAPS minha esposa, meu filho etc. está modificado. Então está havendo uma mudança, o preconceito está melhorando, agora é muito lento, porque o trabalho de CAPS falta muito para ser mais informado, pois muita gente não sabe que existe CAPS, [...]. Uma pessoa disse: eu fui uma pessoa que fui contra o fechamento do hospital, mas agora eu estou vendo que existe um trabalho muito bom nos CAPS que está dando conta. O que falta muito é divulgação, mas que, quando acontece, a sociedade a partir dali já muda a concepção. Já existe uma credibilidade maior, até dos familiares, onde tratavam eles imbecilizando, como no hospital também: você não pode fazer isso... e a gente diz: deixem eles fazerem.

Olhe, é necessário ainda. Tem situações que realmente os CAPS não dão conta. Um doente mental crônico, muitas vezes não tem condições de conviver com a família. Existem casos de doentes que realmente, infelizmente, eles têm que está no hospital. Tínhamos uma usuária que não tinha condições de ficar, porque mordia todo mundo, as crises dela são muito violentas, e aí, o pai não deu conta de ficar com ela em casa. [...], tentamos trazê-la ao CAPS, mas não teve jeito. Ela é violenta ao extremo, de morder e arrancar pedaços... o pai não tinha condições de conviver com ela sob o mesmo teto. Então, tem casos que o CAPS não dá conta mesmo. É que no hospital tem os equipamentos adequados para se for o caso, até conter. O CAPS até tem, mas as contenções daqui há doentes que não tem efeito não. Muitas vezes a contenção química não dá conta. Por exemplo: o CAPS não isola... naquele doente que precisa ficar isolado porque ele causa riscos tanto para ele quanto para outros. Porque mesmo com a medicação, daqui que ele saia daquela crise, ele tem feito muitas coisas. A nossa emergência ainda não está estruturada, mas já está tornando-se equipada. Mas também os PSFs precisam estar estruturado para tratar o doente dentro de sua comunidade, aí o CAPS só vai cuidar de doentes com transtornos mentais crônicos, de doentes em crise, porque a demanda é muito grande. Tem dia que não temos um leito desocupado. [...]. Outra coisa também é que a gente precisa muito de capacitar os profissionais, porque temos uma carência de profissionais que saibam lidar com a doença mental, assim como aumentar o número de profissionais. É necessário que abra outro CAPS III, um só não dá conta, até porque nós não atendemos apenas a nossa cidade, nós atendemos cidades pactuadas.

A diferença é muito grande, muito grande. No hospital, há muitos pacientes para aquela enfermeira tomar conta, então elas não têm tempo, nem se elas fossem preparadas. É um psicólogo para muitos usuários, a família não é trabalhada, não aproveitam o potencial do usuário. O hospital trabalha muito na possibilidade de medicar. É medicar, medicar e medicar. Você não vê o acompanhamento onde o médico diz assim: ‘você vai ficar vindo de mês e mês” para eu ir avaliando. [...]. O hospital não tem tempo e quanto mais ele tem pacientes mais ele lucra, então o ele tem interesse de manter a casa cheia, enquanto que o CAPS não, ele visa realmente reabilitar. O que eu sei é que 90% dos pacientes que saem do hospital e que são encaminhados para o CAPS, eles nunca mais querem voltar para lá. Eles pedem a gente para não deixar. [...]. Eles dizem: ‘aqui nós somos quase que uma família, somos muito bem tratados, as pessoas escutam a gente, conversam...’. No hospital ninguém tem tempo de escutar o usuário, nem que queiram. E eles precisam muito falar, e aqui a gente escuta. [...]. (noção de psicanálise)