

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**POR UMA ABORDAGEM MAIS CONSCIENTE NO
TRATAMENTO DO DOENTE MENTAL**

MOISÉS ANTÔNIO GERALDO

Aprovado Pelo DSS
Em 21/11/94

Catarina Maria Schmickler
Catarina Maria Schmickler
Sub-Chefe do Depto. de Serv. Social
CSE-UFSC

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Serviço Social da **Universidade
Federal de Santa Catarina**
para obtenção do Título de
Assistente Social.

FLORIANÓPOLIS - 1994

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
I - A Saúde mental na Atualidade.....	5
1.1 - Aspectos Gerais da Política de Saúde Mental do Brasil.....	5
1.2 - Hospital Colona Santana: ontem e hoje.....	17
1.3 - Interdisciplinaridade na equipe de saúde: uma questão em debate.....	23
II - Saúde mental e interdisciplinaridade.....	30
2.1 - A equipe interdisciplinar do Hospital Colônia Santana.....	30
2.2 - As funções do atendente na equipe do Hospital Colônia Santana.....	34
2.3 - O atendente visto pela equipe técnica.....	39
2.4 - As representações do atendente sobre seu trabalho.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
SUGESTÕES.....	63
BIBLIOGRAFIA.....	64

INTRODUÇÃO

A questão da saúde mental brasileira, tem sido palco de grandes debates nos últimos anos. Portanto, ao falarmos em saúde mental, não podemos deixar de colocar a questão da assistência prestada pelo Estado a esta área. O Estado é o maior responsável pelo tipo de atenção que é dado atualmente aos doentes mentais. É através dele, que milhares de pessoas estão internadas em manicômios, pois considera que tais pessoas não fazem parte dos padrões morais estabelecidos pela elite dominante. Os Hospitais Psiquiátricos da forma como foram estruturados, representam uma forma de controle social.

Neste sentido, toda a sociedade tem sua parcela de culpa, pois só volta a sua atenção à psiquiatria no momento em que alguém se descontrola e “foge” da ordem vigente. A partir daí, toda a sociedade passa a buscar no aparelho de assistência aos doentes mentais, uma forma de se livrar daquelas pessoas que são consideradas diferentes.

Em decorrência disso, este sistema assistencial ao invés de tratar o indivíduo, pune, reprime e controla como e quando quer. Esse controle é exercido pelo Estado, mas não se faz sozinho; precisa de uma ponte de apoio, e a encontra nas instituições destinadas à repressão e controle social como: hospícios, prisões, internatos, etc...

Mas o poder não está centrado apenas no Estado, sendo que se expressa no interior destas instituições. No caso do Hospital Colônia Santana - HCS, este poder ultrapassa os diferentes esferas hierárquicas que vai da administração geral, ao trabalho do atendente.

No decorrer de nossa experiência vivenciada junto ao HCS, nos chamava atenção a forma de como este poder se cristalizava no trabalho dos profissionais contratados para exercer a função de atendentes.

Neste sentido, é que a partir de leituras de documentos, e também através de observação e depoimentos dos próprios funcionários, resolvemos elaborar um projeto de

pesquisa para saber qual a influência do atendente na equipe interdisciplinar do HCS. Além disso, estabelecemos outros objetivos tais com:

- analisar qual o poder de decisão do atendente no contexto geral do HCS;
- saber se o atendente manipula informações a respeito do paciente;
- identificar qual a relação que o atendente estabelece com a família do paciente.

Sendo assim, realizamos a pesquisa no período de março a outubro de 1994.

O universo da pesquisa compreendeu duas das doze enfermeiras existentes: uma masculina e outra feminina, que compreende uma amostra de aproximadamente 20%. Na enfermaria feminina trabalham 13 atendentes e na masculina 15. Deste total (28), entrevistamos 10 atendentes, que significam mais de 30% do universo.

A seleção dos sujeitos da pesquisa foi feita, principalmente, através do critério de tempo de serviço e idade.

Também fizeram parte desta pesquisa membros da equipe técnica, compreendendo ao todo seis (6) profissionais das seguintes áreas: psicólogo, assistente social, enfermeiro e terapeuta ocupacional.

Como instrumentos de coleta de dados utilizamos: entrevistas abertas, formulários, estatísticas oficiais, relatórios, livro de ocorrências, prontuários e literatura sobre o assunto.

Este trabalho está composto por dois capítulos: no primeiro, abordaremos aspectos gerais das políticas de saúde mental, Hospital Colônia Santana ontem e hoje e interdisciplinaridade na equipe de saúde.

No segundo, abordamos a questão da equipe interdisciplinar no Hospital Colônia Santana, as funções do atendente na equipe, o atendente visto pela equipe e as representações do atendente sobre seu trabalho.

E, por último, apresentamos as considerações finais, sugestões e bibliografia.

I - A SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE

1.1 -Aspectos Gerais Da Política De Saúde Mental Do Brasil.

Antes que fosse feito o primeiro Hospital Geral na Idade Média, quase não se ouvia falar em doentes confinados por causa da loucura, pois, os loucos nessa época conseguiam viver na comunidade sem que alguém os maltratassem. A loucura era vista como parte de um misticismo.

Porém, desde a Revolução Industrial e a conseqüente ascensão da Burguesia, esta passou a exigir que todos fizessem parte do processo de produção; o louco passou a ser visto como um desequilibrado, um amoral e um perturbador da ordem estabelecida; ele não fazia parte do processo produtivo e por isso, passou a ser confinado com os ladrões.

Com o passar do tempo, houve uma modernização dos Hospitais, porém, isso não fez com que o louco deixasse de ser confinado.

Rezende (1987) nos conta que: com o fim do campesinato como classe e o fim do trabalho artesão, a loucura foi colocada como sendo um problema de ordem social. Com isso expandiu-se por toda a Europa a idéia de reprimir aqueles indivíduos que viviam na ociosidade, na mendicância, na vagabundagem voluntária, ou não. Para isso, foram elaboradas as leis que ajudaram na repressão destes indivíduos, bem como na criação de Instituições, Casa de Correção e de Trabalho e os chamados Hospitais Gerais. Mesmo assim, Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Tolde nos Estados Unidos, começaram a questionar a forma de tratamento em que os loucos ficavam junto com os marginais, e conseguiram fazer com que estes fossem tratados através da Psiquiatria. Só que esta conquista na mudança do tratamento dos loucos, fez aumentar a violência e as privações, pois os loucos ficavam à cargo dos médicos.

No que se refere ao Brasil, segundo Garcia (1994), no Período Colonial a Psiquiatria aparece como uma prática totalmente ignorada, para logo em seguida, assumir o papel de uma Psiquiatria Médica que passaria a fazer o tratamento dos chamados loucos.

Em decorrência disso, o Estado e a Burguesia passam a ver na Psiquiatria o seu ponto de apoio para exclusão através do discurso médico, acontecendo assim, uma enorme semelhança entre o Estado e este discurso.

Além disso, no Período Colonial, o tipo de trabalho que era explorado era o trabalho escravo. Assim sendo, o Estado não dava muita atenção aos loucos, ou seja, não prestava boa assistência pois, em sua maioria se tratavam de escravos. Porém, quando aparecia algum doente mental nas classes dominantes, este era recebido com um tratamento digno, ou seja, os doentes da elite eram tratados em suas mansões, recebendo a visita de médicos e outros profissionais sem precisar sair do convívio familiar. Por outro lado, os escravos e aqueles doentes mentais que pertenciam às camadas mais pobres da população, eram jogados em porões, colocados em cadeias acorrentados e até mesmo assassinados. A assistência psiquiátrica para a classe dominada não tinha por objetivo a cura, e sim a exclusão.

Rezende (1994: 34) escreve que: “pode-se caracterizar a vida social da época da seguinte forma - de um lado, uma minoria de senhores e proprietários; de outro, uma multidão de escravos e entre eles, a massa indefinida que não cessa de crescer dos inadaptados, dos indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho. Eles são em sua maioria pretos ou mulatos, mestiços de todas as matizes e categorias, que não podendo ser proprietários e não sendo mais escravos, se vêem repelidos de qualquer situação estável, ou pelo preconceito, ou pela inexistência de empregos disponíveis.

Alguns brancos permanecem pelos campos, apartados da civilização, vivendo miseravelmente daquilo que a natureza pôde lhes dar. Brigões e truculentos, pilham caravanas tropas de burros; outros procuram refúgio entre os senhores de terras e engenhos - os

chamados agregados; que vêm engrossar as milícias particulares dos grandes proprietários e sua agressividade canalizada para fins socialmente aceitáveis.”

A classe dominada, ou seja, escravos alforriados juntamente com o resto dos excluídos da sociedade, viviam perambulando pelas ruas, se embebedando em botequins, brigando nos cortiços e com isso, saindo dos padrões morais estabelecidos pela classe dominante. Isso fez com que a Burguesia usasse de meios para manter a ordem por ela estabelecida.

Assim, cada vez mais a classe dominante tratou de rotular de louco todo o indivíduo que não andasse dentro da ordem. Dessa forma, todos aqueles considerados loucos, eram levados para asilos, onde deveriam receber um tratamento para corrigir suas formas erradas de comportamento. Tudo isso, era amparado legalmente pelas leis impostas pelo Estado.

Diante disso, houve grande pressão da sociedade sobre o Império, contra as precárias condições em que ficavam os considerados loucos. Somente em 1852 o Estado inaugurou o primeiro Hospital Psiquiátrico no Brasil, localizado no Estado do Rio de Janeiro. O nome do Hospital foi uma homenagem a D. Pedro II e passou a ser visto como a grande arrancada na institucionalização da Psiquiatria brasileira.

A partir daí, foram construídos mais e mais Hospícios, onde os loucos deveriam ser tratados - não havendo mais a necessidade de serem recolhidos a prisão ou a asilos. Porém, a semelhança de tais Hospícios com as prisões eram enormes: “com grades, muros altos e com guardas.” E mesmo tendo médicos e enfermeiros nestas instituições, os loucos sofriam todo o tipo de pressão e maus tratos, como numa prisão.

Na Primeira República, os médicos passaram a ter poder total sobre as instituições psiquiátricas, surgindo assim, uma psiquiatria médica legitimada pelo Estado e aumentando a quantidade de profissionais médicos interessados na Neuropsiquiatria.

Com a Neuropsiquiatria, os médicos passariam a ver o louco como um indivíduo que é contrário a sociedade e por isso deveria ser proibido de transitar livremente pelas ruas. Além disso, tal indivíduo deveria ser recolhido a uma instituição psiquiátrica para receber tratamento médico.

Segundo De Macedo (1981) - com a abolição da escravatura, e o grande número de imigrantes que chegaram ao país, começam a ser formados enormes contingentes urbanos. Com tal crescimento, o Estado passa a requerer que os membros da classe dominada fossem recuperados de seus desvios para que não houvesse nenhum movimento contrário a ordem, e também para que os profissionais médicos se aperfeiçoassem em suas técnicas, no sentido de contribuírem para o tratamento dos desajustados, sendo que estes deveriam ser tratados atrás dos muros dos Hospícios.

Com isso, a união entre Estado e Psiquiatria fica mais sólida, pois era interesse deste que a Nação Brasileira fosse sanada dos “focos de desordem” causados pela população, destituída dos meios de sobrevivência.

Segundo Castel (1978 : 43): “se o esquema ideal de igualdade das pessoas for desmentido pelos fatos, pode-se ainda atribuí-lo a responsabilidade do sujeito que tem alguma coisa a ver com a sua miséria, mesmo que não é penalmente culpado, cai-se, então, em sã consciência na política da assistência. A descoberta da necessidade do pauperismo como condição estrutural do funcionamento do capitalismo, faz com que haja a transformação da problemática da assistência especializada, em política de sujeição generalizada das classes populares. Esta será a segunda etapa do processo, para o qual, a medicina mental, representando o cume tecnológico da filantropia será um processo essencial.”

No governo de Rodrigues Alves (1902 - 1906), o Estado passa por medidas coercitivas no sentido de reeducar as pessoas que não se adaptavam a ordem, isto é, àquelas pessoas que vivessem sem trabalho, morando em cortiços e causando a contaminação de toda a

sociedade. Tais pessoas, não assimilavam facilmente a ideologia dominante, além disso, não contribuíam para o processo de desenvolvimento do capital.

Em decorrência disso, passou-se a requerer a construção fora da zona urbana, e sim, nos arredores das capitais, das colônias agrícolas onde se praticaria laboroterapia - técnica destinada a doentes incuráveis ou crônicos.

Segundo Cunha (1986) - possivelmente, uma vez criado como poderoso instrumento de disciplinarização da vida urbana, fruto do medo e da insegurança que o crescimento rápido, desordenado e explosivo da cidade provocava nas elites dominantes, a escolha do trabalho agrícola funcionava também como uma espécie de exorcismo da ameaça urbana - um retorno destinado àqueles que não suportavam as exigências da "civilização" - a um idílico e bucólico trabalho rural, que "exige menos esforço intelectual" e que projeta a imagem confortadora e segura de um trabalhador dócil, disciplinado e resignado com a sua condição.

Porém, este tipo de tratamento, tornou-se uma grande contradição; pois os doentes ao saírem dos Hospícios, retornavam a vida urbana e se defrontavam com uma realidade totalmente diferente daquela ensinada no período de tratamento, ou seja, aprendiam atividades rurais e eram levados para a vida urbana, onde não conseguiam mais se adaptar. Isto fez com que o Estado investisse mais verbas para construção de mais Hospícios-Colônias, pois os doentes mentais não poderiam ficar nos centros urbanos por causa dos padrões morais estabelecidos.

Assim, a Psiquiatria se expandiu cada vez mais, pois, ela aparece como um discurso de tratamento e o conseqüente fim da doença mental. Porém, o que aconteceu na verdade, foi que a Psiquiatria aumentou o número de doentes mentais, criando para si uma permanente clientela.

Com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (L. B. H. M.) em 1923 - procurou-se colocar em ordem o tratamento institucional de doentes mentais. Além disso, tinha

a função de promover a higiene mental dentro dos Hospícios Brasileiros. A Liga também procurou fazer com que não houvesse misturas de raças e, conseqüentemente, queria formar uma pessoa totalmente sem problemas mentais.

Segundo De Macedo (1981) - a Liga classificou de pessoa totalmente sem problemas mentais, o indivíduo que: era branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e anti-liberal.

A Psiquiatria se aproveitou deste discurso da eugenia para descartar as ligações da doença mental com as desigualdades sociais. Dizia ela que: “só existiam pessoas excluídas da sociedade por causa de um problema biológico, e que não existia uma luta de classes para causar os problemas mentais.”

Segundo Saide (1980) - a Psiquiatria não só ajudava na manutenção da ordem, como foi muito mais além do que isso; chegou ao ponto de em 1923, usar os Hospitais Psiquiátricos para experiências científicas, isto até, usava os doentes como cobaias.

Em decorrência disso, no governo de Getúlio Vargas, ou mais precisamente em 1944, foi criado pelo Estado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (S. N. D. M.) - que tinha a função de organizar a saúde mental em todo o Território Nacional.

Mesmo assim, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (S. N. D. M.), se manteve muito conservador e só a partir da década de 50, iria propor novas formas de tratamento para os doentes mentais. As novas propostas eram de fazer acordo com as Secretarias de Saúde dos Estados e da Federação para a construção e ampliação tanto de Hospitais como de Ambulatórios de Higiene Mental. Isto expandia cobertura assistencial desse órgão que até então, só prestava atenção psiquiátrica direta aos doentes no Distrito Federal.

Mas isso só fez aumentar a população psiquiátrica cada vez mais, acompanhando a crise sócio - econômica do país. Além disso, a expulsão do homem do campo para a cidade, a

concentração de renda nas mãos de poucos e os novos avanços da psiquiatria, contribuíam com o aumento da população psiquiátrica.

Com a tomada do poder em 1964, através do golpe dado pelos militares, foi instalado um período de autoritarismo. Com isso, os militares querendo abafar aqueles que protestavam contra o golpe, passaram a usar a perseguição e a repressão, pois o Estado autoritário, financiado pelos Estados Unidos da América do Norte, tinha por objetivo o desenvolvimento do capitalismo e a acumulação de mais renda para a classe dominante. Desta forma, o Estado passou a perseguir todos aqueles que iam contra o sistema autoritário, e para isso, fechou sindicatos, acabou com as garantias trabalhistas, foi responsável pelo desaparecimento de inúmeras pessoas, colocou líderes contrários ao regime nas prisões e nos Hospitais Psiquiátricos.

O Estado procurou privatizar os Serviços de Saúde Pública no Brasil, com grande destaque para os de assistência psiquiátrica. Além disso, os psiquiatras começaram a ver na privatização dos Hospitais, uma fonte de riquezas que lhes daria muito mais lucro do que uma rede de hotéis.

Com todo esse aparato montado, o número de internações num período de vinte anos chegou a um aumento de 213%, segundo Cerqueira (1989).

Até 1966, continuava o governo, através do Serviço Nacional de Doenças Mentais (S. N. D. M.), construindo mais Hospitais Psiquiátricos Públicos. Mesmo assim, o maior número de internações estava com a rede privada.

Com isso, o Estado começou a repassar verbas do setor Público para manutenção da rede de psiquiatria privada. Além disso, a “indústria da loucura” passou a fazer propaganda de seus serviços privados, dizendo que o setor de psiquiatria privada tinha melhor tratamento para os doentes mentais do que o da rede pública. Porém, o grande interesse desta “indústria da loucura” era o de aumentar sua clientela, e com isso, levar uma parte do orçamento do setor de saúde pública.

Mesmo assim, só os filhos da burguesia, se tivessem algum problema de distúrbio, eram tratados em clínicas com atendimento especializado; o restante da população de doentes mentais eram jogados nos Manicômios Públicos e nos Privados, ficando na dependência de um diagnóstico médico, que os classificaria como desordeiros e causadores de incômodos à sociedade.

No governo Costa e Silva, houve uma mudança no Sistema de Coordenação de Saúde Mental (S. C. S. M.). O Serviço Nacional de Doenças Mentais (S. N. D. M.), foi extinto e em seu lugar foi criada a Divisão Nacional de Saúde Mental (DISAM).

Com a implantação da Divisão Nacional de Saúde Mental (DISAM), começou-se a buscar novos conhecimentos para que o tratamento dos doentes mentais fosse melhorado. Desta forma, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DISAM) - passou a adotar uma forma de tratamento através de equipes multiprofissionais. Assim, abriu-se espaço para um tratamento mais humanizado, através do trabalho do psicólogo, do assistente social, do enfermeiro, dos técnicos e auxiliares de enfermagem e de outros profissionais.

Mesmo assim, o número de internações continuou a aumentar principalmente nos hospitais particulares, pois assim poderiam exigir mais recursos do governo. Além disso, os psiquiatras não aceitavam que o tratamento fosse feito fora dos Hospitais, pois não queriam perder sua fonte de lucro, ou seja, os psiquiatras diziam que enquanto o governo investisse nos Hospitais Psiquiátricos, não era necessário uma rede de atendimento ambulatorial, pois os Hospitais Psiquiátricos dariam “conta do recado.”

Com uma portaria criada no início do governo Figueiredo, tentou-se alcançar os seguintes objetivos, segundo escreve Trieger (1981 : 37).

- 1- “A redução da morbidade nos grupos de alto risco materno-infantil, adolescência e geriátrico;

- 2- A identificação e o diagnóstico precoce das alterações mentais e emocionais, com o objetivo de prestar as mesmas, tratamento eficiente e eficaz;
- 3- A promoção de atividades de reabilitação voltadas para a reintegração familiar e social dos casos atendidos;
- 4- A racionalização dos programas do Ministérios da Saúde e da Previdência, com instrumentos para impedir a cronificação e marginalização dos beneficiários da Previdência, em decorrência de sua prolongada hospitalização e conseqüente institucionalização.”

Com tudo isso, o número de internações era cada vez maior, pois era causado pelo próprio sistema de desenvolvimento do país, ou seja, o sistema capitalista faz com que a economia determine o modo de vida das pessoas, onde a maioria da população é excluída pela elite dominante. Este sistema de desenvolvimento não interpreta a realidade a partir do pobre, pois o próprio sistema dominante destruiu o modo de vida do pobre.

Assim, a sociedade capitalista diz que o homem possui livre arbítrio e tem poder de decidir se quer, ou não, trabalhar. Para a sociedade capitalista a mera declaração da vontade cria obrigações. Além disso, esse sistema usa as Instituições Sociais para distorcer a igualdade entre os homens.

Ainda no governo Figueiredo, o Ministério da Previdência procura modificar a forma de assistência psiquiátrica, pois passou a perceber que existiam muitas irregularidades no tratamento dos doentes mentais. O Ministério da Previdência descobriu que muitos diagnósticos eram questionáveis, internações desnecessárias, altas sem que os pacientes deixassem o hospital e a conseqüente reinternação.

Com uma reunião feita pela Divisão Nacional de Saúde Mental (DISAM), juntamente com os Secretários de Saúde e os trabalhadores em Saúde Mental, começou-se a discutir novas formas de assistência psiquiátrica para o Brasil.

A partir daí, o número de internações em Hospitais Psiquiátricos da rede privada teve uma diminuição, ou seja, era visível a crise que passava o setor de saúde mental. Porém, a crise não era só no setor de saúde mental, mais sim em todo o Sistema de Saúde Brasileiro. Com tal crise, os profissionais de saúde e outros setores da sociedade se reúnem em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Os profissionais ali reunidos, não debateram sobre um setor de saúde específico e sim sobre o Sistema de Saúde Geral. Segundo o Relatório Final da Conferência as principais propostas foram:

- A- “alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- B- moradia higiênica e digna; educação e informação plenas;
- C- qualidade adequada do meio ambiente;
- D- transporte seguro e acessível;
- E- repouso, lazer e segurança;
- F- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações em saúde;
- G- direito a liberdade e a livre organização e expressão;
- H- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.” Os profissionais pediram também a criação de um Sistema Único de Saúde.

Em 1987, é realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que veio atender aos anseios daqueles que lutavam por uma melhor forma de tratamento do doente mental, sendo considerada um marco histórico em termos de discussão sobre Psiquiatria no Brasil.

Com esta nova visão sobre Saúde Mental, a luta passou a ser para recuperar a cidadania das pessoas consideradas com problemas mentais e passou-se a lutar pela mudança da lei que tratava do doente mental, datada de 1934. Em decorrência disso, existem atualmente projetos de lei que propõem o progressivo fim dos manicômios; um deles é o do Deputado

Paulo Delgado - este projeto quer proibir a construção de novos Hospícios Públicos e Privados. Também torna ilegal a internação de um paciente sem que ele próprio de o consentimento.

Caso o doente seja internado à revelia, caberá a um juiz determinar se a internação é correta, ou não. Além disso, cria também uma rede de atendimento ambulatorial ou outros serviços para beneficiar os pacientes.

O projeto foi aprovado na Câmara e já produziu uma grande polêmica, pois a Federação Brasileira de Hospitais Psiquiátricos tenta convencer os senadores de que o projeto é um engodo. A Federação Brasileira de Hospitais Psiquiátricos conta com o apoio da Indústria Farmacêutica que não quer parar de vender medicamentos para os Hospitais Psiquiátricos. Outro ponto, diz respeito ao Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizado em Brasília de 1 a 4 de dezembro de 1992.

Foi proposto nesta Conferência: a) substituição do atual modelo de tratamento, onde o paciente fica internado em um Hospital especializado, por uma rede de atendimento psicossocial, pois, o atual modelo de tratamento em manicômios, tende a isolar o paciente por completo do meio social e a concentrar poderes nas mãos dos médicos psiquiatras; b) Por isso, propõe que os Hospitais Psiquiátricos sejam aproveitados em outras especialidades; sendo que, os Hospitais Gerais poderão ter leitos destinados aos pacientes com problemas mentais, haja visto que, desta forma o direito de cidadania será devolvido a estes pacientes; c) Propõe também a criação do Hospital-dia ou Hospital-noite; onde o paciente passa o dia no Hospital e volta para casa ao anoitecer, ou vice-versa; d) criação de lares abrigados feitos para os doentes abandonados pela família. Tudo isto, unindo profissionais, usuários, familiares e envolvendo todas as Instituições Sociais.

Em Santa Catarina, foi apresentado em 18 de maio de 1993, o projeto de lei de número 148/93, cujo autor foi o deputado estadual Idelvino Furlanetto, que dispõe sobre: a)

substituição progressiva dos leitos em Hospitais Psiquiátricos, por uma rede de atenção integral ao sofrimento psíquico;

b) defende o atendimento nos postos de saúde admitindo a internação só em caso de surto, porém, assim que passa o surto, a pessoa deverá ser recolocada na sociedade. Além disso, estará dando um novo encaminhamento na forma de tratamento público e privado dos Hospitais Psiquiátricos do estado de Santa Catarina.

O Hospital Colônia Santana, é o único Hospital Público do Estado de Santa Catarina que oferece serviços psiquiátricos e atende toda demanda do Estado. Isto vem causando problemas de toda ordem na medida que o número de vagas é limitado.

1.2 - Hospital Colônia Santana: ontem e hoje.

Já vimos no item anterior que o Hospital Colônia Santana é o único Hospital Público de Santa Catarina que atende Psiquiatria.

O Hospital Colônia Santana foi inaugurado em 10 de novembro de 1941, constituindo-se em um marco histórico da assistência psiquiátrica em Santa Catarina, pois foi o primeiro Hospital especializado no estado. Até então, Santa Catarina possuía “asilos de loucos”, como o de Brusque e o de Joinville, apenas para recolhimento dos poucos doentes abandonados.

O Hospital foi inaugurado com 300 leitos, recebendo na época, os doentes recolhidos nos “asilos” acima citados, sendo que alguns deles, permanecem internados até a presente data, pois os seus familiares nunca foram localizados.

O número de leitos foi sendo aumentado pouco a pouco, conforme se fez necessário, para atender a demanda de internações. Em 1951 contava com 600 leitos e apenas com 2 (dois) psiquiatras; o Diretor, que acumulava a Direção com o serviço clínico psiquiátrico, 1 (um) fisiologista, 1 (um) clínico e 1 (um) cirurgião. No ano seguinte, o número de leitos aumentou para 800, tornando o corpo médico insuficiente.

Em 1971, o Hospital Colônia Santana, se encontrava em condições precárias, desestruturado e anacrônico. Estava falho na parte administrativa e técnica e possuía também um número alarmante de 2040 pacientes para 1070 leitos apenas.

Em agosto do mesmo ano, o Hospital Colônia Santana, até então subordinado diretamente à Secretaria da Saúde, passou a ser subordinado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Com o apoio do Secretário da Saúde, fez-se uma reformulação no Hospital pois, o mesmo encontrava-se em difícil situação. Foram contratados 159 funcionários entre (médicos, assistentes sociais, enfermeiros, dentistas, psicólogos, bioquímicos, etc.).

No que se refere a recuperação da planta física e atividades técnicas e administrativas podemos citar:

- a) criação da Unidade de Emergência;
- b) criação da Unidade para atendimento de intercorrências clínicas-cirúrgicas;
- c) eliminação dos pátios/celas;
- d) criação do serviço de triagem;
- e) modificação da orientação terapêutica, formando-se equipes multidisciplinares;
- f) criação da Unidade de Terapia Ocupacional;
- g) realização de viagens ao interior do Estado, conduzindo aqueles pacientes com alta médica;
- h) elaboração do regimento interno;
- i) integração do Hospital Colônia Santana com a rede ambulatorial do D. S. P. (Departamento de Saúde Pública).

Em 1974, o Hospital Colônia Santana possuía 1123 leitos e uma média de 1089 pacientes internados.

Em 1977, os pacientes foram setorizados por C. A. R. S. (Centros Administrativos e Regionais de Saúde). Apesar dos resultados positivos, a setorização por C. A. R. S., deixou de ser observada porque certas enfermarias passaram a ter pacientes excedentes, enquanto que outras, dispunham de leitos vagos.

Em 1980, foram contratados 2 (dois) médicos, 4 (quatro) psicólogos, 2 (dois) professores de Educação Física e Medicina. Houve assim, uma intensificação e diversificação no atendimento aos pacientes, que passaram a ter parte do seu tempo de internação, ocupados com atividades orientadas tecnicamente.

Do 2º semestre de 1983 até o final de 1987, o Hospital Colônia Santana, permaneceu com excedente de pacientes.

Em decorrência deste aumento, houve um declínio na qualidade do atendimento prestado pelos profissionais, além da falta de roupas, material de higiene, alimentação, etc. Tal situação fez com que a partir do 2º semestre de 1988, a direção, juntamente com a equipe técnica, tomasse medidas no sentido de rever a situação, e fazer uma campanha para esclarecer à comunidade das reais condições do Hospital Colônia Santana.

A partir desta campanha, houve uma maior mobilização por parte da comunidade, com o envio de doações para o Hospital, bem como das Autoridades, Governo do Estado e Fundação Hospitalar. Foi autorizada a contratação de funcionários, a compra de viaturas e reforma na estrutura física do Hospital Colônia Santana.

Neste contexto, a estratégia do poder público, no que diz respeito a política de saúde mental, não consegue apresentar uma proposta de acordo com as necessidades da realidade, pois, elabora políticas de acordo com os interesses dominantes. Assim acontece com a Saúde Mental em Santa Catarina.

A política de Saúde Mental do Estado no atual governo (1991-1994) compreende a execução do plano assistencial que consta do seguinte:

A nível primário (sistema extra-hospitalar):

- a) que os médicos e os profissionais atuantes na Unidade Básica de Saúde, possam estar sendo treinados para diagnosticar e dar atendimento primário aos distúrbios psiquiátricos menores com resolubilidade, encaminhando os casos de maior complexidade aos centros de referência;
- b) uma equipe de Saúde Mental, (1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo, 1 (um) assistente social ou enfermeiro) especializada e capacitada a prestar atenção primária para cada 50.000 habitantes, reservando parte de sua jornada à Supervisão e acompanhamentos dos não especialistas.

A nível secundário (sistema extra-hospitalar):

- a) unidade ambulatorial integrada ao ambulatório geral de especialidades;
- b) unidade ambulatorial especializada de maior complexidade, como referência secundária à rede primária. Necessariamente, tais unidades deverão desenvolver programas assistências para a clientela referida. Será preconizado, quando houver necessidade, expansão para programas de hospitais dia e noite, centro de atenção psicossocial, C. A. R. S., pensões protegidas, etc.

Tais serviços deverão se estruturar para contar 2.000 pacientes aderidos, 2.000 atendimentos por mês, com equipe composta de 3 (três) psiquiatras, 3 (três) psicólogos, 3 (três) assistentes sociais, 3 (três) terapeutas ocupacionais, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) fonoaudiólogo, visitantes domiciliares, 3 (três) auxiliares e agentes de saúde. Será referência para cerca de 200.000 habitantes.

- c) em cidades de pequeno e médio porte e áreas periféricas das grandes cidades, determinar a inclusão de leitos de observação para ampliar resolutividade do serviço, constituindo-se as Unidades Mistas.

A nível terciário (sistema hospitalar):

- a) serviço de emergência psiquiátrica em pronto socorro geral, com leitos de observação;
- b) retaguarda de leitos psiquiátricos e dependentes em Hospitais Gerais para a hospitalização de pacientes de curta permanência (8 a 21 dias);
- c) desestimular criação de leitos psiquiátricos em hospitais especializados;
- d) formular propostas técnicas para os hospitais especializados existentes, (públicos e privados), que os adequam às necessidades e demandas das cidades - (rotatividade de leitos), programas de Hospitais dia e noite e macro-hospital (Colônia Santana), com população cronificada.

Suprir o caráter do Hospital Psiquiátrico desta instituição, estudando-se a possibilidade de transformá-lo, progressivamente, em Núcleo Habitacional, com gerência voltada à “Promoção Social”, onde se poderá instalar uma equipe de Saúde Geral e os “condôminos” poderão desenvolver tratamento, se necessário, em uma estrutura onde o trabalho, a integração social e atividades culturais serão gerenciadas por organismos públicos (Promoção Social, Saúde, Justiça, Agricultura, etc.).

Este plano assistencial foi elaborado com o objetivo de evitar a hospitalização, colocando à disposição da clientela, recursos regionais fazendo com que o doente mental permaneça em seu meio social.

O atual governo, elaborou o plano assistencial destinado a Saúde Mental, mas como os governos passados, não colocaram o plano em prática - este, permanece no papel. Isto fica evidente quando se faz uma análise da atual situação do Hospital Colônia Santana, onde o mesmo funciona constantemente beirando o seu limite máximo.

O Hospital Colônia Santana esta subordinado, hoje, à Secretaria de Saúde.

Os pacientes do Hospital Colônia Santana estão setorizados em:

- Unidade de curta permanência que tem por objetivo prestar assistência a pacientes cuja patologia, história de vida da enfermidade, antecedentes, suporte sócio-familiar, prevêm um prognóstico de alta hospitalar no prazo máximo de 90 dias;
- Unidade de longa permanência que tem por objetivo prestar assistência a pacientes asilares ou crônicos, com início da doença há mais de 5 (cinco) anos;
- Unidade de cuidados especiais designadas a pacientes com várias internações e longos períodos de permanência no Hospital, sem vínculo familiar e empregaticio;

- Unidade de clínica médica que tem por objetivo prestar assistência aos pacientes internados que apresentam intercorrências clínicas;
- Unidade de Gestão Participativa (U. G. P.) e Pensão Protegida.

Os usuários do Hospital Colônia Santana compreendem pessoas em sua maioria homens, com idade entre 18 a 80 anos, nível de instrução primário incompleto, com atividade de subemprego, de procedência da região da grande Florianópolis, demais regiões do Estado e outros Estados.

Quanto ao atendimento prestado no Hospital Colônia Santana, ele é feito em primeiro lugar no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística). O paciente, ao chegar no Hospital passa por este setor (SAME) para fazer o prontuário e depois é encaminhado para o atendente que fica de plantão na triagem do Hospital. Ele (o atendente) realiza as ações de rotina como: verificar a pressão arterial do paciente, a altura, os pertences, etc. e, posteriormente, encaminha o mesmo para o médico de plantão. O médico de plantão examina o paciente e quando o interna encaminha novamente para o atendente, e este, por sua vez, encaminha o paciente para o plantão do Serviço Social.

Após o Assistente Social realizar o levantamento sócio-econômico do paciente e seus familiares, será explicado as normas e o tipo de tratamento oferecido pelo Hospital Colônia Santana.

O paciente é novamente encaminhado ao atendente que o leva até a enfermaria, onde passará a ser tratado pela equipe de saúde do Hospital Colônia Santana.

A explanação do trabalho realizado pelos diferentes componentes da equipe do Hospital Colônia Santana, será abordada no 2º (segundo) capítulo deste trabalho.

1.3 - Interdisciplinaridade na equipe de saúde: uma questão em debate.

Não se chegou a um denominador comum sobre a interdisciplinaridade, pois, não é tarefa fácil definir a ação conjunta de várias disciplinas. Existe uma busca constante da interdisciplinaridade, mas apesar do desejo de encontrá-la, ainda não foi alcançada em sua totalidade. A busca está sendo através da prática e do esforço sobre o prisma da conquista do interdisciplinar.

Este saber, no entanto, se coloca de diversas formas no contexto do conhecimento. No positivismo, por exemplo, o saber aparece de forma fragmentada, impedindo assim, a construção da interdisciplinaridade.

Conforme escreve Severino (1989 : 16) - “a concepção fragmentária da ciência, tal qual foi consolidada pelo Positivismo, no contexto do mundo contemporâneo, relaciona-se de forma íntima com um processo de divisão técnica do trabalho, que arrasta consigo uma correspondente divisão social do trabalho, diluindo-se no Taylorismo da ação técnico-profissional.

Não resta dúvida que o positivismo tem sustentado o aparato ideológico que dá sustentação ao poder dominante da sociedade moderna, onde os meios coercitivos são empregados, indo contra a idéia de colocar a ciência em prol da liberdade tão buscada pelos homens.

Em decorrência disso, a procura de uma identidade grupal, longe das ideologias de um trabalho em equipe, só acontecerá no exercício da interdisciplinaridade.

Outro ponto que pode ser destacado, diz respeito a divisão sócio-técnica do trabalho que, se por um lado, fragmenta mais as ações, por outro, coloca nas ações dos

A interdisciplinaridade não tem o objetivo de acabar com a ideologia que está presente em cada membro da equipe, mas sim, manter um certo controle sobre ela.

O trabalho interdisciplinar é rico e estimulante. A partir dele, os membros de cada área, poderão perceber que existe um campo ideológico que não aparece no primeiro momento.

A partir do momento que tal campo ideológico começa a ser percebido, poderá se ter um trabalho com uma visão mais crítica.

A interdisciplinaridade leva em conta a complementação das “disciplinas científicas”, com um trabalho integrado a um objetivo comum, que consiste em uma colaboração de várias disciplinas de uma determinada ciência. Esta disciplina, aparece para fazer frente à educação positivista e conservadora, permitindo assim a discussão a respeito da teoria e da prática e reforçando o desenvolvimento da ciência e da pesquisa.

A partir da participação das diversas áreas de conhecimento, busca-se encontrar a complementação do “processo de trabalho”, superando todos os comportamentos impostos pela ciência positivista.

São muitas as expressões que aparecem num grupo interdisciplinar, onde são abordadas as diferenças dos diversos campos de conhecimento. Cada membro da equipe poderá fazer com que suas idéias, observações, experiências e avaliações tenham peso dentro do trabalho de grupo, através de encontros que serão realizados para discutir a melhora do trabalho.

A interdisciplinaridade é, na maioria das vezes, ligada a um trabalho institucional. Sendo assim, é preciso que haja a preservação dos membros da equipe de possíveis desgastes na instituição. Não se pode deixar de lado, o trabalho indisciplinar pois ele é muito difícil de ser alcançado e, quando alcançado, deverá ser preservado.

O trabalho interdisciplinar segue regras como outro trabalho qualquer. Os membros da equipe não estão distantes de pressões, limitações e direcionamentos que possam advir,

contribuindo para o aparecimento de um clima tenso ou agradável. Assim acontece em qualquer trabalho em equipe, onde tais situações interferem nas relações dos membros do grupo interdisciplinar.

É muito importante que a equipe tenha as informações de todas as situações existentes, para que possam fazer uma avaliação de suas atividades no decorrer do trabalho interdisciplinar.

Para se realizar o trabalho interdisciplinar, é necessário que haja um sentimento de grupo para que ocorra um estímulo na produção do trabalho. Deve-se sempre levar em conta o respeito aos valores humanos postulados na ética profissional.

Além disso, não é coisa fácil viver com os outros, pois, as dificuldades aumentam quando se trabalha com pessoas estranhas.

É de suma importância, que cada membro da equipe tenha consciências de suas atribuições, não só para executá-las corretamente, como também estar preparado quando for exigido dele um trabalho coletivo, e não apenas individual.

Segundo Bartlet (1970) o trabalho interdisciplinar é caracterizado pela forma como a equipe age, pensa, sente e se prepara no sentido de que se tenha uma mútua colaboração de todos, bem como o engajamento para um trabalho mais profundo e consistente. Para buscar um bom desempenho no trabalho é importante que a equipe procure o entrosamento, pois, fazendo ações conjuntas, a contribuição de cada especialista só tende a aumentar. Além disso, a contribuição interdisciplinar constitui um passo enorme na superação da burocracia da instituição.

“A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa”. (JAPIASSU - 1976 : 74).

Lopes (1970 : 10) escreve que: “para garantir o bom andamento do trabalho em uma equipe interdisciplinar, é preciso que a vontade de cada elemento da equipe leve em conta a intercomunicação, a habilidade para deixar bem claro as funções específicas, a capacidade para que haja cooperação de todos, o respeito mútuo entre os membros da equipe e para com as pessoas a serem atendidas, não deixando de fora a maturidade emocional.”

Uma das características do trabalho em equipe é dada pela consciência de todos os membros e do interesse em alcançar um objetivo comum. Este objetivo se converte em uma força de coesão que deve superar as forças antagônicas que surgem em todo o grupo.

No que se refere ao trabalho em equipe de saúde, percebe-se, segundo GONTIJO (1976) que há pouco de tempo atrás, médicos e enfermeiros responsáveis pelo tratamento dos enfermos, conduziam os seus trabalhos com uma visão quase que exclusiva de obter resultados positivos, na recuperação e cura dos males físicos e mentais dos doentes. Mesmo assim, nem sempre o trabalho dos médicos e enfermeiros surtia os efeitos desejados, pois o doente, ou não conseguia corresponder ao tratamento dado, ou então, saía de alta sem conseguir viver normalmente, porém, era considerado curado fisicamente.

A partir daí, os médicos começaram a observar que outros fatores estavam influenciando no tratamento e também na vivência cotidiana.

Com a evolução das Ciências Humanas e Sociais, o tratamento visando a cura passou a ser visto de modo diferente, embora o médico não tenha deixado de lado o seu objetivo - o de curar o paciente. O meio social passou a ser considerado de suma importância para o bom resultado do tratamento.

Os médicos passaram a requerer a colaboração de outros profissionais, pois, o objetivo a ser atingido não era só o da cura, mas também o da recuperação do paciente como pessoa, favorecendo a possibilidade de uma vida normal e produtiva.

Sendo assim, profissionais de diferentes formações que atuam no campo da Saúde, tomaram consciência de que os esforços de todos deveriam conduzi-los a um trabalho em conjunto. A colaboração de toda a equipe tornou-se essencial para se obter bons resultados, ou seja, o bom tratamento dado ao paciente.

“A diversidade das técnicas e a sua complexidade é tal; que um homem só não pode assumi-las e pô-las em prática”. (MONELO - 1971 : 11).

Dessa forma, não se pode mais pensar em um trabalho individual, pois este deve ser substituído por um trabalho em equipe, onde objetivos humanos e técnicos possam ser atingidos. Além disso, o trabalho em equipe de Saúde, tem por objetivo o restabelecimento do estado bio-psico-social do paciente, ou seja, ter saúde.

O trabalho em equipe procura atingir as necessidades do paciente na sua totalidade. Para isso, será necessário que os membros da equipe planejem suas ações, para que não aconteça duplicidade de tarefas, bem como, para a integração de todos os profissionais proporcionando espaço para o livre trânsito de opiniões, saberes e perspectivas.

É de fundamental importância que haja comunicação, respeito e seriedade entre os profissionais da equipe, pois só assim, eles conseguirão um melhor entrosamento pra chegar a um denominador comum sobre pontos polêmicos que poderão vir a aparecer no decorrer do trabalho. Essa comunicação entre os membros da equipe de Saúde, terá papel fundamental no tratamento do paciente, pois poderá favorecê-lo ou prejudicá-lo. É necessário que a equipe se reúna sistematicamente para discutir as ações que pretende realizar.

Uma equipe competente é aquela que consegue superar suas dificuldades em benefício do paciente, haja visto que o bom relacionamento entre seus membros, proporcionará espaços para que sejam alcançados resultados positivos. A democracia deve ser ponto primordial para o trabalho em equipe de Saúde, onde cada elemento deverá ter liberdade de iniciativa na sua especialidade, não significando apenas a consciência da doença, mas, ter condição de uma vida nas suas múltiplas determinações: trabalho, lazer, moradia, transporte,

acesso aos direitos de cidadania. Requer ainda, que se tenha um certo grau de amadurecimento pessoal e profissional que possibilitará o reconhecimento das capacidades e limitações de cada um.

Sendo assim, pelo que foi colocado até aqui sobre interdisciplinaridade na equipe de Saúde, podemos dizer que sua importância é fundamental no tratamento prestado ao paciente, levando em conta que este é uma unidade bio-psico-social, necessitando de um balanceamento destes fatores para que tenha uma melhor recuperação.

Dessa forma, o tratamento a ser prestado ao paciente vai além da área médica, exigindo assim, um trabalho interdisciplinar que englobe esforços e conhecimentos especializados. Considera-se também o avanço das Ciências Humanas e Sociais, no que se refere as ações interdisciplinares, o que vem proporcionando uma especialização das diversas profissões da área de Saúde, bem como a independência de cada uma buscando sempre, trabalhar no aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes.

Foi através de um trabalho interdisciplinar, isto é, da discussão de diversos especialistas que, em 1986, aconteceu a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, onde foram tomadas decisões importantes que mudaram o antigo conceito de Saúde. Os profissionais reunidos nesta Conferência chegaram a conclusão que saúde é um direito de todos e não de uma minoria. Colocaram como proposta em seu relatório final, que o conceito de saúde, como afirmamos anteriormente, vai muito além do que doença e deve ser o resultado das condições de alimentação, meio ambiente, habitação, renda, lazer, emprego, educação, transporte, etc.

Com isso, passou-se a requerer que o Estado oferecesse condições de sobrevivência a população, pois a maioria das doenças são manifestadas nas classes mais baixas.

Essa perspectiva de entendimento da Saúde, certamente constitui-se hoje no grande desafio da realização do trabalho interdisciplinar, pois exige uma nova postura dos profissionais no sentido de superar a visão parcializada do paciente, entendendo-o na sua globalidade como

um ser permeado de relações. É de fundamental importância esta nova visão de Saúde, principalmente no tratamento do doente mental, pois ela proporcionará à equipe de Psiquiatria um melhor entendimento da doença mental.

No próximo capítulo, abordaremos o trabalho da equipe interdisciplinar do Hospital Colônia Santana.

II - A SAÚDE MENTAL E INTERDISCIPLINARIDADE

2.1 - A EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO HCS

A equipe interdisciplinar do Hospital Colônia Santana, como já citamos no primeiro capítulo desse trabalho, começou a ser formada em 1951. Na época contava com 2 (dois) psiquiatras, 1 (um) fisiologista e 1 (um) cirurgião. Em 1953, a equipe contava com a colaboração de médicos, farmacêuticos e dentistas. Somente depois dessa data é que passou a integrar à equipe profissionais de Enfermagem, Educação Física e Serviço Social.

A presença desses profissionais na equipe psiquiátrica do HCS, contribuiu de forma primordial no tratamento do doente mental.

Sendo assim, compete aos membros da equipe: ao médico, prescrever a medicação, detectar problemas clínicos e psiquiátricos, atender individualmente cada paciente; compete ainda ao médico observar e estimular os pacientes a fazerem atividades na horta, no refeitório, na cozinha e na enfermaria. O médico também participa do plantão, na triagem do HCS, onde decide se interna, ou não, pacientes que a ele chegam. Além disso, ganha por internações na remuneração do chamado "pró-labore".

Outro componente da equipe técnica é o psicólogo. Compete ao mesmo, realizar avaliações que ajudem na elaboração do psicodiagnóstico, planejar e coordenar as atividades de grupos, procurando atingir os objetivos propostos. Além disso, cabe a ele, participar das reuniões com a direção técnica, onde estejam todos os membros da equipe, bem como escolher e supervisionar as atividades de estagiários de psicologia.

Ao enfermeiro compete a orientação, a direção e a supervisão de Enfermagem em cada enfermaria, bem como coordenar e supervisionar grupos de atividades, tais como: higiene

coordenar reuniões com a equipe de Enfermagem, evoluir o plano de assistência e cuidados de enfermagem em prontuários e encaminhamentos quando se fizer necessário, ao dentista, assistente social, médico etc.. Compete ainda ao enfermeiro: participar de grupo de alta, supervisionar procedimentos e condutas de pessoal de Enfermagem.

O terapeuta ocupacional tem por função realizar atividades ressocializantes e reabilitórias nas diversas áreas produtivas do HCS como: pocilga, lavanderia, cozinha, montagem de panos de limpeza e outros. Compreende ainda a este profissional:

- Promover campeonatos, gincanas, passeios juntamente com a área de educação física. Realizar estimulação sensorial, motora, através de atividades expressivas;
- Organizar e coordenar festas tradicionais e de aniversários, bailes, bingos etc;
- Avaliar individualmente o paciente segundo programação de terapia ocupacional, para encaminhamentos às atividades específicas;
- Organizar atividades culturais tais como: chimarrão, culinária, danças, coral e outros.

Ao professor de Educação Física, compete as sessões de ginástica postural, de movimentos, compensação e relaxamento;

Sessões de reeducação psicomotora, conscientização corporal e preparação do espaço-temporal;

Atividades esportivas de cunho terapêutico e psico-motor;

Atividades aeróbicas externas (caminhadas) e outros.

O Serviço Social, junto ao HCS teve sua implantação em 1971 com dois assistentes sociais, contando hoje com oito profissionais na área.

O assistente social atua na admissão do paciente, individual ou em grupo, para conhecer a situação sócio-econômico-familiar e para encaminhar um plano de intervenção; realiza visitas domiciliares e orienta as famílias quanto a situação do paciente; Mobiliza recursos externos e internos; Acompanha o paciente através de trabalho conjunto com Postos de Saúde, Secretária de Saúde Municipais e Órgãos afins; Mantém contatos com Institutos de Previdência Social, tendo em vista o acompanhamento de concessões de aposentadorias e benefícios; Faz entrevistas e/ou grupos de preparação para alta hospitalar, orientando o paciente quanto a continuidade do tratamento e providências tomadas para a efetivação de alta hospitalar.

Dentro da estrutura organizacional do HCS, o Serviço Social está subordinado a direção técnica.

Compete também ao assistente social: realizar plantão na triagem do HCS e efetivar alta hospitalar; realizar entrevistas com familiares de pacientes, quando o assistente social da enfermaria estiver ausente do hospital. Prestar atendimento a todas as pessoas encaminhadas ao serviço social; Efetivar alta a pedido, ou seja, quando o familiar quiser levar o paciente sem que o médico tenha dado alta.

Na enfermaria, o assistente social faz grupos com os pacientes, tais como: grupo de admissão, onde se procura conhecer o paciente e orientá-lo quanto as normas e rotinas da enfermaria. Grupos de atividade: neste grupo procura-se estimular o paciente a desenvolver atividades laborativas (horta, jardinagem, atividades manuais e limpeza das enfermarias). Grupo de pré-alta: procura-se avaliar o paciente, tratamento hospitalar, orientá-lo e encaminhá-lo para tratamento ambulatorial e recursos da comunidade.

Além disso, participa das reuniões com a equipe técnica, conscientiza a família da importância da sua participação no tratamento do paciente, visitando-o periodicamente e comparecendo ao Hospital sempre que solicitado; Coordena o planejamento e avaliações dos trabalhos desenvolvidos pelos estagiários; participa das reuniões de supervisores de estágio no

núcleo de saúde do Serviço Social da UFSC; Participa também, com os demais membros das equipes das enfermarias, de reuniões e discussões de casos para estudo e resolução dos problemas dos pacientes. Além disso, estabelece sistemática própria com pacientes, grupo de pacientes e familiares.

A equipe interdisciplinar do HCS ainda não alcançou um bom entrosamento, haja visto que muitas vezes o médico toma decisões.

Neste sentido, há de se levar em conta que o trabalho da equipe tem encontrado certos conflitos, por se tratar de um trabalho em psiquiatria, que é lento, de resultados a longo prazo, e nem sempre gratificante, devido ao tipo de usuário que o HCS atende.

Becerra (1972:96) escreve-nos que: “quando se chega ao conhecimento real sobre a preparação dos profissionais que formam a equipe, é mais fácil atuar com autêntica atitude de respeito pelos outros, respeito é imprescindível para um bom trabalho em equipe e para uma boa equipe de trabalho”.

Os diversos profissionais que formam a equipe técnica do HCS, deveriam antes de tomar qualquer providência a respeito de objetivos, consultar todo o grupo. Assim, todos os membros da equipe teriam poder de decisão igual, pois atualmente quem mais têm poder de decisão são os profissionais médicos, pois quase sempre tomam suas decisões sem a participação do restante da equipe.

Além da equipe técnica, o trabalho desempenhado pelo atendente destaca-se como de fundamental importância no tratamento do doente mental.

Nesse sentido, conforme explicitamos na introdução deste trabalho, abordaremos, a seguir, as funções desempenhadas por este profissional e sua relação com a equipe interdisciplinar.

2.2. As funções do atendente na equipe do Hospital Colônia Santana

O Hospital Colônia Santana, conta atualmente com a colaboração de 230 atendentes, distribuídos nas enfermarias existentes.

A escolaridade exigida para ser atendente é o primeiro grau completo, não sendo necessários outros requisitos para o mesmo trabalhar na área de psiquiatria.

A grande maioria dos atendentes é do sexo masculino, isto é, 60%. Mesmo assim, nas enfermarias masculinas trabalham atendentes do sexo feminino. Nas enfermarias femininas é muito raro trabalharem atendentes do sexo masculino.

O treinamento que é dado ao atendente, é muito curto, compreendendo no máximo uma semana. Além disso, o treinamento é feito só quando o atendente é novo, sendo-lhe transmitidas noções básicas de psiquiatria, bem como manejo e abordagem com os pacientes.

Sendo assim, o atendente acaba aprendendo mais com os profissionais mais velhos do que nos cursos de treinamento a ele oferecido.

Em decorrência disso, aos poucos ele vai criando sua própria técnica e adquirindo um grande poder no exercício de sua função.

Os atendentes são responsáveis pela passagem de plantão e tomada das ocorrências, bem como prestar cuidados de higiene e conforto do paciente; verificar sinais vitais e anotar no prontuário; comunicar as alterações que venham a ocorrer na enfermaria, acompanhar o paciente nos diversos setores do hospital; auxiliar na deambulação, recreação, alimentação, preparo dos pacientes para exames, admissões, altas, transferências e óbitos. Além disso, manter limpa e em ordem a unidade do paciente e demais dependências da enfermaria, limpar e conservar o material usado no setor, fazer anotações claras e precisas das

anormalidades; participar das reuniões e assembléias de pacientes; cumprir e fazer as normas da instituição.

Quando houver necessidade de transportar pacientes para outros hospitais, o atendente é responsável por esta atividade.

Além disso, compete ainda ao atendente: assumir o plantão e ficar com a responsabilidade de organizar as medicações que serão ministradas durante seu turno bem como auxiliar na alimentação dos pacientes, observar o estado de saúde dos mesmos e comunicar ao médico qualquer alteração.

Os atendentes são os profissionais da equipe que mais tempo passam com o paciente, e por este motivo, tomam várias decisões em relação ao mesmo.

São eles, os atendentes, que providenciam junto ao aumoxarifado, materiais de higiene e limpeza e realizam levantamento do que falta na unidade.

É ainda de responsabilidade dos mesmos: a) deixar os prontuários organizados para que o médico possa avaliar os pacientes; b) escolher os pacientes para serem atendidos pelo médico; c) escolher os pacientes, que devem ser transferidos de uma enfermaria para outra; d) cuidar do dinheiro dos pacientes, pois a responsabilidade de controlar o livro de saldos que fica na enfermaria é do atendente, bem como, fazer compras para os pacientes.

A partir do momento em que ele achar que o paciente não está bem, tratar logo de encaminhá-lo ao médico para que este o medique.

Fica estabelecido assim, uma relação de poder entre atendentes e pacientes mantendo atitudes autoritárias, de controle, de vigilância, de proibições e coerções.

Segundo Foucaut (1982), o poder não se constitui de uma teoria geral, visto que não é algo que tem uma realidade ligada a uma natureza, pois não faz parte de uma união e também de um todo, mas é algo que está sempre em processo de modificação. Além disso, o poder se fundamenta na história como sendo ela, uma prática socialmente constituída.

O poder também atinge aos homens num sentido material - “o seu corpo” mantendo relações com a realidade social, pois tem capacidade para influenciar na vida diária das pessoas, onde se apresenta como “micro-poder ou sub-poder”. Assim, destacam-se aspectos que estão ligados uns com os outros, pois ele é considerado em suas extremidades, a começar pelo seu formato em diversos pontos. Além disso, leva em conta todos os procedimentos técnicos possíveis, que ajudem a manter controle detalhado sobre “o corpo, gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos”.

O poder também fica subordinado a um sistema de mudanças em realidades diferentes, com processos “heterogêneos”. Com isso, leva em conta o tipo de intervenção que está se praticando, já que essa subordinação não aparece de forma direcionada.

O poder tem sua existência embasada no poder que perpassa toda sociedade, pois se forma, e tem sua “origem” no poder social. Além disso, suas relações aparecem com mais intensidade fora do saber.

Sendo assim, o atendente aparece como uma espécie de vigilante que garante o controle institucional, pois é ele que fica a par das anormalidades e do comportamento dos pacientes no dia-a-dia da unidade. Ele descreve o que passou de anormal e anota no livro de ocorrências. Controla todos os atos dos internos, amarra no leito quando acha que o paciente está agressivo, escolhe a cama em que o paciente vai dormir e troca, quando o paciente está descontrolado, decide se é preciso usar ou não, a força física com os pacientes, observa atentamente os pacientes que são considerados agressivos para não serem agredidos.

Além disso, dentro do HCS o atendente cria sua própria técnica para lidar com os pacientes, pois é desta maneira que eles conseguem manter os doentes em constante controle, fazendo com que os mesmos não se tornem desordeiros. Além disso, usam a medicação como forma de manter a ordem, pois a maioria dos atendentes trabalham em enfermarias de 50 a 90 pacientes, sendo que ficam no máximo 15 atendentes por enfermaria.

Os atendentes devem fazer com que os pacientes tomem a medicação, quando estes não querem, bem como mandar que os mesmos abram a boca e levantem a língua para ver se estão escondendo a medicação. A resistência em tomar a medicação é quebrada com a ameaça, por parte dos atendentes, com uma medicação mais forte, já que o médico deixa prescrito que poderá fazer uso dela.

O horário de trabalho do atendente é das 7:00 às 19:00 horas, em dias alternados, enquanto a equipe técnica passa bem menos tempo junto aos pacientes. Dessa forma, os atendentes estão mais expostos as agressões, contaminações e até mesmo a problemas psíquicos.

A instituição usa os atendentes como elo de ligação entre ela e os pacientes, no sentido de dar ao mesmo uma sociabilidade dentro da mesma, pois os técnicos dificilmente conseguem tal relacionamento, devido ao pouco tempo que passa junto ao paciente. Diante disso, o atendente, quando bem treinado para sua função, poderá ser a melhor forma de ligação entre paciente e equipe.

Segundo Foucault (1982), existe um fator disciplinar, que nada mais é do que uma parte do poder. A partir dele é que se consegue ter um maior controle do corpo, o que faz com que os indivíduos permitam a diluição de sua força de resistência. E assim, faz também com que os homens tenham uma posição de “docilidade e utilidade”, ou seja, é um gráfico que trabalha o corpo dos homens elaborando o tipo de homem adequado ao sistema de produção capitalista.

Normalmente, o cotidiano da enfermagem se insere naquilo que o atendente diz, pois o mesmo não se utiliza de técnicas, manejo e abordagem em psiquiatria, na medida em que pouco foi preparado.

Sendo assim, nas relações entre pacientes e atendentes, os mesmos desempenham papel predominante, pois as relações tornam-se mais centralizadas. Assim, os atendentes mostram sua importância no controle dos pacientes. Além disso, tais relações são melhoradas porque os pacientes vêm no atendente um profissional com o nível de instrução baixo, pois

percebem que os mesmos são desprovidos de um saber científico, o que não vêem na equipe técnica. Dessa forma, a verbalização de problemas com os atendentes torna-se mais fácil para o paciente, não acontecendo o mesmo com a equipe técnica, pois os pacientes percebem que esta tem uma abordagem diferente, por serem profissionais de nível superior. Sendo assim, a equipe passa a se valer de muitas coisas que o atendente diz ou relata no livro de ocorrências.

Dessa forma, no próximo item abordaremos a visão que a equipe técnica tem do atendente enquanto profissional que fornece subsídios para o tratamento na medida em que está em contato direto com os pacientes.

2.3. O ATENDENTE VISTO PELA EQUIPE TÉCNICA

Como vimos no item anterior, o atendente tem papel muito importante dentro do HCS, pois é ele o profissional que mais tempo passa com o paciente. Mesmo assim, recebe alguns questionamentos da parte de outros profissionais. Ou seja, é visto pela equipe técnica do HCS de formas diferentes. Diante disso, passaremos analisar o atendente a partir da ótica da equipe técnica. Para tal, realizamos entrevistas com: Psicólogos, Assistentes Sociais, Enfermeiras e Terapeuta Ocupacional.

A equipe técnica identifica as atividades profissionais do atendente de diversas formas, pois muitos profissionais o consideram uma ponte de ligação da equipe com os pacientes.

“Além das atividades de atender o paciente (higiene e estimulação), o atendente é o elo entre o paciente e os demais profissionais.”(Psicólogo)

Mas, há técnicos que consideram as atividades do atendente como uma mera prestação de serviço ou quase sem importância.

“Eu identifico o atendente como uma ama seca, um ser prestativo”(Terapeuta).

Alguns técnicos consideram o atendente um profissional muito importante, pois é através dele que se poderá dar um melhor encaminhamento a assistência prestada ao paciente.

“A atividade profissional do atendente é importante pois, o mesmo manipula recursos, buscando a melhora no atendimento e visando o bem-estar físico-ambiental. Além disso, dentro da equipe ele deveria ser um elo entre os demais profissionais”(assistente social 1)

Mesmo que sua profissão seja considerada desqualificada para o trato com o doente mental, o atendente consegue exercer uma grande influência na equipe do HCS.

“Função de fundamental importância e de muita influência na dinâmica das unidades, sendo que esta influência é algo não formalizado”. (assistente social 2)

O atendente não é um profissional que fez grandes cursos para trabalhar em psiquiatria, muito pelo contrário, não é exigido dele um preparo adequado, mas somente noções básicas de enfermagem e psiquiatria. Mesmo assim, muitas vezes, faz atividades que caberiam a outros profissionais.

“O atendente é um profissional da área de enfermagem, do qual não é exigido nenhuma formação ou curso preparatório e, a princípio, é responsável pela atividade básica de higiene, conforto e verificação de sinais vitais.

Em instituição como esta, o atendente tem assumido muitas outras funções de outros profissionais, a nível de auxiliares e técnicos de enfermagem, considerando a escassez dos mesmos no mercado de trabalho e a falta de estímulos em termos de condições salariais e de trabalho.

Na área de psiquiatria o atendente pode ser preparado e treinado internamente para exercer funções importantes dentro da equipe psiquiátrica no que se refere ao relacionamento e nas relações de ajuda ”(enfermeira)

Em relação aos papéis desempenhados pelos atendentes junto aos pacientes e familiares, os membros da equipe técnica colocam que o mesmo desempenha mais seu papel junto aos pacientes, ficando apenas com a função de dar informações aos familiares.

“ O atendente tem papel mais atuante junto aos pacientes, no momento em que o acompanha na enfermaria, na sua entrada e saída do Hospital, e nas atividades extra-enfermaria. Portanto, exerce papéis de estimular, acompanhar e atendê-lo. Mas, junto a família seu papel está restrito a dar informações sobre o estado do paciente”. (psicóloga)

A partir do momento que o atendente tiver condições de desempenhar melhor seu papel junto aos pacientes, o mesmo passará a contribuir para a abertura de espaço entre ele e os demais profissionais da instituição.

“ Quando cumprido adequadamente seu papel, o atendente se torna muito importante, pois facilita as relações interpessoais e meio, já que permanece durante todo o tempo junto à enfermaria. Mas junto a família fica apenas informativo”. (assistente social 1)

As representações que os profissionais da equipe têm sobre o papel do atendente, são diferenciadas. Enquanto para alguns, ele exerce um papel secundário, para outros aparece com poder de decisão que lhe é delegado pelos próprios técnicos.

“ Junto aos familiares, possui pouca influência, já que quase não mantém contato, mas ainda teria o papel de informar o estado geral do paciente na unidade, quando solicitado. Junto aos pacientes, desempenha as atividades básicas de enfermagem, que seriam higiene e conforto. Desempenha, a nível informal, mas com grande ingenuidade, papel de vigilante e regulador no dia-a-dia do paciente, sendo uma figura dominadora e autoritária, tendo oportunidade dado pelo modelo terapêutico da instituição e a ausência do trabalho da equipe, de influenciar na direção indicada conforme seus padrões pessoais”. (assistente social 2).

Para alguns técnicos, o atendente possui pouco poder de decisão pela própria falta de estímulos no ambiente institucional.

“ O nível decisório do atendente, é bastante reduzido, uma vez que é pouco estimulado pelos demais, bem como o próprio atendente se exime das decisões”. (psicóloga).

Para alguns profissionais os atendente poderão ter um maior poder de decisão a partir do momento em que o trabalho em equipe passar a funcionar adequadamente, pois de outro modo, o poder de decisão do mesmo, ficará sempre prejudicado, haja visto que os mesmos não conseguem se envolver o suficiente.

“ O nível decisório é quase que inexistente ou bem reduzido, pois os memos não se envolvem o suficiente para tal situação, e também porque o funcionamento das equipes ainda deixa a desejar”. (assistente social 1).

O poder de decisão dos atendentes aparece para os profissionais de forma muito ingênua, pois os mesmos não aproveitam as oportunidades que lhes são dadas.

“ Percebe-se que prontamente, a nível decisório destes profissionais é limitado. Nas reuniões de equipe existe espaço, a meu ver pouco aproveitado pelos mesmos. Já em nível mais amplo, dificilmente têm oportunidade de participar nas deliberações da instituição. Como já foi descrito, influenciam de maneira ingênua”. (assistente social 2).

Porém, outros membros da equipe técnica vêem no atendente um profissional com grande poder de decisão.

“ Dentro do Hospital Colônia Santana, são vários os pontos, pois os que mais tempo permanecem com o doente mental”. (terapeuta).

Um outro técnico amplia essa visão de poder do atendente e coloca que muitas vezes o mesmo poderia contribuir a partir desse poder.

“Em nível organizacional o atendente não possui nenhum poder decisório. Em nível informal, dependendo do conhecimento, interesse pelo trabalho, envolvimento terapêutico com os pacientes, o atendente pode influenciar em várias decisões, colaborando com sugestões e informações”. (enfermeira).

Em relação a utilização e manejo de informações do prontuário, medicação, internação e alta, a equipe técnica faz uma significativa demonstração de como vê o atendente nestes aspectos.

“ No geral, utiliza-se do prontuário apenas para dar informações solicitadas, usando ética. Em relação aos outros itens os conduz de forma adequada”. (psicóloga).

Mais uma vez é colocado a falta de preparo destes profissionais para lidar com tais itens.

“ A falta de treinamento os leva a um despreparo profissional que prejudica a utilização de técnicas que seriam benéficas na recuperação do paciente”. (assistente social 1).

O atendente mantém uma relação especial de trabalho com a classe médica, uma vez que este precisa do atendente para obter informações sobre o paciente, bem como o atendente se aproveita desta situação para que os pacientes sejam medicados.

“Utiliza as informações do prontuário, sem rigor ético, sem cuidados e respeito necessário. É flagrante a solicitação e influência direta sobre o médico para o aumento da prescrição de medicação, como forma de conter problemas na unidade, mantendo os pacientes mais sedados. Utiliza a medicação, se necessário, como forma de punição aos pacientes que se descontrolam. Já em relação a alta, influencia diretamente o médico, que prontamente é o responsável por este ato e que, como pouco conhece os doentes, utiliza-se da opinião do atendente para fazer esta avaliação. Neste caso, os critérios para alta também seriam passíveis de dúvidas”. (assistente social 2).

A falta de treinamento faz com que o atendente tenha um manejo inadequado na hora de lidar com o prontuário, alta e medicação.

“ O atendente faz utilização precária do prontuário, pois pouco tem conhecimento, bem como é pouco informado e sem preparo para atuar na internação, alta e medicação”. (terapeuta).

Nem sempre os atendentes fazem uso do prontuário, e isso tem se tornado numa barreira no que diz respeito às informações, pois estas se perdem. A equipe técnica utiliza mais o prontuário, enquanto o atendente utiliza mais o livro de ocorrências. Além disso, faz anotações das medicações administradas, sem ao menos ter noção do que elas representam.

“Na grande maioria os atendentes não têm maior interesse quanto às informações do prontuário. Tem sido um trabalho bastante exaustivo conscientizar os atendentes a lerem sobre a evolução e principalmente de fazerem registros nas observações de enfermagem no prontuário. Os atendentes canalizam toda esta gama de informações para o livro de ocorrências, que acaba se perdendo e as importantes informações não vão para o prontuário, que é o documento mais importante do paciente. Quanto a internação e alta, é normalmente o atendente que recebe o paciente, procedendo as atividades de rotina como: verificação de sinais vitais, cuidado de higiene e pertences, administração de medicamentos e primeiras orientações, ocorrendo também a preparação no momento da alta. Quanto a medicação, o atendente está ligado a administração de medicamentos, sem maiores conhecimentos de seus efeitos terapêuticos ou colaterais. Aos pouco esta tarefa está sendo repassada aos auxiliares de enfermagem, que na realidade são os próprios atendentes treinados”. (enfermeira).

Em relação ao relacionamento com os profissionais da equipe técnica, alguns entrevistados colocaram que o atendente mantém uma relação espontânea.

“Relaciona-se mais espontaneamente com os técnicos, mostrando ressalvas ao lidarem com a classe médica”. (psicóloga).

Os atendentes não estão preparados para trabalharem em uma equipe, e isto faz com que seu entrosamento com os demais membros do grupo fique prejudicado.

“ Em algumas equipes de enfermagem, o relacionamento com os membros fica prejudicado, devido ao despreparo do atendente”. (assistente social 1).

É muito importante as relações de comunicação do atendente com a equipe técnica, pois é a partir dessa comunicação que se poderá dar bom andamento nas relações de trabalho, bem como para resolver os problemas que venham aparecer.

“ Relacionamento prejudicado com os técnicos no que diz respeito ao aprofundamento das questões, já que os problemas não são verbalizados. Relaciona-se melhor

com os médicos, com quem mantém vínculo mais estreito, servindo-se imaturamente como respaldo já mencionados anteriormente.” (assistente social 2).

É grande a falta de profissionalismo do atendente, chegando ao ponto de levar algumas questões para o campo pessoal, segundo a equipe técnica.

“ Dentro do Hospital Colônia Santana, o atendente mantém uma relação pessoal com a equipe técnica, não demonstrando nenhum relacionamento profissional”. (terapeuta).

Para que haja uma melhora no relacionamento entre atendente e equipe técnica, é preciso que as duas partes entrem em acordo.

“ O relacionamento é complexo, e depende do atendente e de outros profissionais. Na maioria das vezes, entendo que é bom.” (enfermeira).

Com relação a habilitação do atendente dirigida a saúde mental (preparação), os técnicos colocaram que é muito precária.

“ Sinto despreparo de muitos atendentes, como no manejo com as normas. Muitas vezes utilizam-se do bom senso (e não de treinamentos, seminários...) para lidar com situações complicadas.” (psicóloga).

Enquanto não houver uma conscientização, no sentido de preparar o atendente para que conheça melhor o campo de saúde mental, ficará muito difícil o seu desempenho e manejo diante dos pacientes.

“ A habilitação profissional do atendente é precária, pois o mesmo não é treinado para trabalhar em tal área”. (assistente social 1).

Os atendentes possuem pouco conhecimento sobre o que é saúde mental na atualidade, pois sua habilitação profissional não o leva a ter tal visão.

“ Quanto a habilitação dirigida a saúde mental, resume-se no pragmatismo de repetição dos valores e atitudes vigentes na instituição”. (assistente social 2).

O atendente vem para psiquiatria por causa da investidura em cargo público. Ou seja, para ser servidor público.

“ Poderiam ter maior instrução, no que diz respeito ao manejo, a abordagem e a realidade, mas têm uma preparação específica, pois vem ser atendente por acaso, ou porque passou no Concurso Público da Saúde.” (terapeuta).

“ Apesar do atendente estar presente em grande número na instituição e participar da maioria das ações da enfermagem, seu preparo em saúde mental é quase nulo. O atendente na maioria das vezes participa apenas de cursinho sobre noções básicas de psiquiatria”. (enfermeira).

Outro ponto, são as sugestões apresentadas pela equipe técnica para que a qualidade das relações entre: atendente e equipe técnica, atendente e hospital, atendente e paciente sejam melhoradas.

“Tentar melhorar o nível da comunicação, bem como valorizar e aproveitar mais o trabalho dos atendentes na enfermagem e suas opiniões. Criar, para alguns atendentes, pois muitos já assumem este papel, a função de agente da saúde. O Hospital deve oferecer treinamentos, cursos que abordem as dificuldades encontradas no trabalho, oferecendo assim algum suporte.

Trabalhar com o atendente, forma de lidar com o paciente psiquiátrico, manejo, informar o paciente acerca do que é doença mental, a medicação utilizada.” (psicóloga).

Só a partir de um bom programa de treinamentos é que poderá melhorar o desempenho do atendente dentro do HCS.

“ Acreditamos que um programa de treinamentos (cursos de aperfeiçoamentos, etc.), habilitaria e integraria as equipes, contribuindo para a melhora da qualidade das relações em vários aspectos.” (assistente social 1).

É preciso também que a equipe técnica, dê mais apoio ao trabalho do atendente, pois se tal apoio não for dado, o trabalho do atendente, mesmo que tenha um treinamento ficará sendo feito nos moldes atuais. Neste sentido, alguns aspectos são considerados fundamentais como:

- “ Processo de valorização dos atendentes na instituição através das equipes.
- Treinamento constante de relações humanas.
- treinamento constante numa visão transformadora da assistência ao sofrimento psíquico.
- Implantação de política de assistência definida formalmente na instituição para que se possa colocar outro estilo de trabalho.

Sem esta última afirmação, considero praticamente inviável o trabalho de equipe.”
(assistente social 2).

As relações dos atendentes com a equipe técnica e os pacientes devem ser melhoradas com treinamentos e orientações para os mesmos, haja visto que a partir daí eles darão mais valor ao trabalho em equipe.

“ O atendente tem que ter treinamentos constantes, supervisão técnica, orientação farmacológica e outros.

Somos iguais em relação a mesma situação de manejo e abordagem, mas agimos diferente no serviço. Ou seja, em relação ao atendimento, equipe e trabalho individual. Eles também não dão muita importância ao que se diz em relação espaço físico, responsabilidade frente a objetos e outros. Além disso, existe falta de manejo e abordagem, conhecimento das relações técnicas e profissionais, desorganização dos propósitos do trabalho, relação emocional e respeito. Assim, fazem parceria e oferecem privilégios para alguns pacientes que se mostram organizados frente a doença mental. Sendo assim, só um bom treinamento poderá mudar esta situação”. (terapeuta).

É preciso que se ofereçam cursos que abordem temas sobre psiquiatria, fazendo com que os atendentes participem dos debates e também suas opiniões sejam aceitas por todos.

“ O caminho está na melhoria da formação do atendente e de outros profissionais, através de cursos profissionalizantes na área da enfermagem e cursos de atualização e aperfeiçoamento constante. Também na promoção de discussão interna sobre os assuntos da comunidade hospitalar, das unidades de internação e das relações com os pacientes, como reuniões de serviço, de equipe., assembléias, grupos de apoio e reflexão dos funcionários em geral”(enfermeira).

Os depoimentos de diversos membros da equipe técnica identificam a importância do trabalho do atendente na medida em que lida com funções fundamentais como administração de medicamentos, acompanhamento do dia- a - dia do paciente, o que lhe confere um poder delegado pela própria instituição.

Como se pode observar pelos depoimentos, a falta de preparo destes profissionais para o exercício de suas funções, faz com que suas ações sejam revestidas de um poder autoritário e coercitivo, o que se contrapõe àquilo que se pode denominar de direitos do paciente. Essa questão dos direitos é uma tática que precisa ser discutida no âmbito das instituições, principalmente no campo hospitalar, pois na maioria das vezes, os pacientes são tratados apenas como seres “doentes” sem condições de manifestar seus desejos e opiniões.

Certamente o doente mental tem dificuldades de tomar decisões e de se relacionar com o meio social, mas nem por isso deve ser privado dos cuidados necessários a que tem direito, principalmente através de profissionais capacitados que busquem sua inserção no conjunto das relações sociais.

2.4- As Representações do atendente sobre seu trabalho.

O atendente é um profissional da área de enfermagem, mas dentro do Hospital Colônia Santana é ele quem mais tempo passa junto aos pacientes, bem como mais influencia no trabalho da equipe técnica, haja visto que este profissional é responsável pela realização de atividades diretas junto aos pacientes.

A esse respeito escreve MOREIRA (1983: 121), “Os atendentes não guardam imagem positiva dos pacientes. Se os percebem como doentes, associam a esse estado características pouco dignificantes tais como mentira e desonestidade: não se há de dar credibilidade a fala do paciente, um vez que a doença já teria deteriorado sua mente, e sua linguagem estaria portanto comprometida. Da mesma forma, as reclamações não podem ser levadas em conta, porque se considera que elas fazem parte de seu estado”. A mesma autora prossegue dizendo que : A estes caberá obediência; aos funcionários, a ordenação. E assim, será visto que é necessário preservar o controle interno e o andamento regular da rotina institucional. Para realização desse objetivo, os atendentes dispõem de um sistema de sanções, com o qual premiam os bons, tornando-os exemplares, ou punem os indisciplinados, assegurando assim, a manutenção das regras do jogo, via ameaça, temor e castigo”.

¹ L.P.
S.R.E.
V.Z.
C.B.O.
E.C.R.
D.L.T.
R.F.
C.C.
T.M.S.
M.A.Z

¹ As siglas são fictícias

O Hospital Colônia Santana não foge a regra, pois a maioria dos atendentes foram trabalhar no mesmo, por necessidade, e sem ter experiência em psiquiatria. Mesmo assim, não tiveram dificuldades de adaptação, pois, não necessitavam de técnicas para lidar com o doente mental.

“Eu vim trabalhar no HCS porque eu era uma pessoa necessitada e precisava de trabalho. No começo foi muito difícil a adaptação, porém a cada dia que passava eu aprendia a lidar com os pacientes, pois os atendentes mais velhos de casa iam me ensinando a fazer o serviço. E assim, acabei gostando do serviço e resolvi ficar”. (atendente L.P.)

A falta de conhecimento em psiquiatria foi muito prejudicial no começo de alguns atendentes no HCS, pois vieram trabalhar no mesmo, por terem passado no concurso da saúde, bem como por não terem tido opção de escolher outro Hospital, uma vez que a Secretaria designou o HCS.

“Quando eu vim trabalhar no HCS, não tinha nenhum conhecimento sobre o trabalho feito aqui, e também não tinha experiência em Hospital Clínico. Quando eu passei no concurso e fui chamada para trabalhar, só me deram como opção a colônia. Portanto, eu tive que vir para cá, para não perder a vaga, ou seja, não vim por minha vontade própria”. (Atendente S.R.E)

Os atendentes que tiveram uma adaptação mais rápida no HCS, foram aqueles que se criaram na localidade e tinham parentes que trabalhavam no Hospital, pois os mesmos, davam depoimentos sobre o trabalho feito.

A idéia que eu tinha da colônia era aquela passada pelo meu pai e minha mãe, uma vez que, os dois trabalhavam aqui no Hospital. Além disso, me criei aqui na localidade de Santana. E assim, quando eu fui chamada para trabalhar aqui, não tive dificuldades de me adaptar, pois também sempre via os pacientes andando no bairro”. (atendente. V.Z.)

O atendente se constitui na famosa mão de obra barata, pois muitos deles começaram a trabalhar no HCS na perspectiva de ter um melhor salário. Além disso, muitos deixaram outras atividades e vieram para a colônia sem ao menos conhecer o que é doença mental.

“Eu não fazia idéia do que era a colônia, só vim conhecê-la quando comecei a trabalhar. O meu objetivo, quando vim pra cá, era ter um bom salário, mas a realidade é totalmente diferente. Mesmo assim, eu ganhava pouco no meu emprego anterior mesmo, então, eu acho que ficou elas por elas”. (atendente C.B.O.)

Alguns atendentes começaram a trabalhar no HCS porque queriam saber o que era a psiquiatria, bem como o trabalho feito no mesmo.

“Eu sempre quis trabalhar em psiquiatria, mas quando a secretaria da saúde me chamou, me mandou trabalhar em Hospital Clínico, pois na época não havia vagas aqui no HCS. Mas, com a passar do tempo, consegui ser transferido para cá, mas sem nenhum conhecimento sobre a colônia (atendente, E.C.R.).

Sobre o que pensam do doente da Colônia, alguns atendentes colocaram que o mesmo é prejudicado pela falta de preparo profissional. Além disso, o tratamento deveria ser um pouco melhor, uma vez que, atualmente não é bom.

“Os doentes da Colônia são seres Humanos que devem ser tratados de uma forma mais humana, por isso, procuro tratá-los da melhor maneira possível, Mesmo assim, considero muitos profissionais despreparados para lidar com o doente mental”. (atendente D.L.T.).

Alguns atendentes vêem o doente da Colônia como um encarcerado, fora do normal, sem liberdade, um ser totalmente diferente dos demais seres humanos.

“Para mim. O doente da Colônia é um ser irracional, pois perdeu a sua liberdade. Sendo que o ser humano, tem inteligência e é livre, o que não acontece com o doente da Colônia”. (atendente R.F.).

O doente da colônia é considerado como uma criança por alguns atendentes. E assim, o tratamento deve ser dado hora com carinho, hora com dureza.

“Eu considero o doente da Colônia igual a uma criança. Por esse motivo, procuro tratá-los como trato os meus filhos, pois existem momentos que a gente procura tratá-los um pouco melhor, com carinho, mas há momentos que eles têm que ser tratados duramente para que obedeçam a gente”. (atendente C.C.).

O paciente também é visto como um “possuidor de maus espíritos”, pois ninguém consegue tratá-lo ou definir sua doença. Ou seja, a questão da cultura, das crenças, da religião e do senso comum também compõem as representações que o atendente tem sobre saúde mental.

“Eu acho que o doente da Colônia tem várias doenças, mas a maioria é tudo problemas espirituais, pois não o vejo ser curado, sempre sai de alta e volta”.(atendente T.M.S.).

A questão da religiosidade para os atendentes deveria ser preponderante no tratamento, somada a uma maior relação de afetividade no trato com os pacientes

“Eu acho que 60% dos pacientes que estão aqui, não têm nada a ver com loucuras, é tudo coisa espiritual. Eles deveriam ser tratados com menos remédios, e com mais carinho. Portanto, eu penso que os doentes deveriam ser tratados por pastores, e não por médicos, haja visto que os médicos não conseguem curar o paciente com a medicação” (atendente M.A.Z.).

Na visão de alguns atendentes, o doente da Colônia não foi inventado por ninguém, ele é uma pessoa que precisa de um bom tratamento, pois só assim, o mesmo poderá se recuperar e voltar a ter uma vida normal, em sociedade.

“Eu penso que o doente da colônia não é um palhaço, mas uma pessoa que precisa de um bom tratamento para se recuperar, pelo menos em parte de sua vida. Ou seja, acho que tem que se dar um tempo de compensação para ele se recuperar.”(atendente L.P.).

Os atendentes colocam que grande parte dos problemas que afetam seu trabalho no HCS, é a péssima situação em que se encontra o setor de saúde mental no Brasil.

“A assistência de saúde mental é muito ruim, pois, faltam remédios e pessoal qualificado para lidar com o dente mental. Outra causa é a falta de treinamentos para os profissionais do setor, principalmente nós, atendentes, pois somos os que mais sentimos a falta de treinamento. E assim, quem sai prejudicado é o paciente.”(atendente T.M.S.).

Na visão de alguns atendentes, a assistência de saúde mental que é prestada na colônia, não é de boa qualidade.

“Por não conhecer a realidade de outros Estados do Brasil, e me basear só na assistência prestada na Colônia Santana, considero a assistência em psiquiatria uma porcaria”. (atendente M.A.Z.).

Para os atendentes, a assistência de saúde mental está cada vez pior porque hoje em dia só se fala em acabar com os manicômios. E assim, não se vê mais investimento em psiquiatria.

“A assistência de saúde mental é muito ruim pois não se desenvolve um trabalho junto aos familiares de pacientes, bem como investimento em mão-de-obra especializada. O que tem acontecido é que as pessoas estão querendo acabar com a colônia, mas ninguém pensa em nos dar um bom salário para trabalharmos com o doente mental. Além disso, deveria ter pessoal mais capacitado para trabalhar em psiquiatria, pois a maioria dos funcionários não tem jeito para fazer abordagem com os pacientes”(atendente L.P.).

No que se refere ao trabalho que desenvolvem, os atendentes, se consideram mais atuantes junto ao paciente do que a equipe técnica.

“Os profissionais da equipe técnica são importantes na medida em que conversam com o paciente e tiram sua ansiedade, mas nós somos o remédio do paciente, pois nos desempenhamos atividades de conversas com o mesmo, sentamos com eles e procuramos fazer uma boa abordagem, pois isso melhora muito o paciente”. (atendente S.R.E).

Existe uma diferença entre as atribuições do atendente e a equipe técnica, e alguns atendentes entrevistados deixaram isso muito claro.

“As atribuições do atendente são a higiene, conforto do paciente, medicação e curativo. Já à da equipe técnica, é fazer grupos, cuidar das questões sociais, supervisionar e cuidar do paciente no geral.”(atendente V.Z.).

Boa parte dos atendentes acham que muitas de suas atribuições, não compete a eles, mas sim, à equipe técnica. Além disso, coloca que a equipe técnica dá mais crédito ao que o paciente diz, do que aquilo que o atendente fala.

“Eu acho que o atendente tem muitas coisas que não pode fazer, tais como: aplicar injeção e fazer grupos. Mesmo assim, acho que o atendente deve ter noção de todas as coisas, para que na hora do “aperto”, possa agir mais rápido. Sendo assim, considerado que os profissionais da equipe técnica têm muitas atribuições, mas não fazem quase nada. Além disso, eles são muito a favor do paciente, e não levam em conta que o atendente também possa estar com problemas”(atendente C.B.O).

Quando se fala sobre as atribuições do atendente no HCS, não se deixa de ouvir dos mesmos que são eles é quem cuidam do paciente, e mostram também, que a equipe técnica não consegue trabalhar sem eles, pois sempre lhes perguntam sobre o estado do paciente. E assim, muitas vezes a equipe repassa parte de suas atribuições às mãos do atendente.

“ O atendente é a pessoa que dá banho, verifica sinais vitais e faz anotações no livro de ocorrências. Já a equipe técnica, eu coloco que eles deveriam passar o mesmo tempo que nós passamos junto ao paciente. Quando eles chegam na enfermaria, somos nós que

informamos o estado do paciente. Portanto, eu acho que eles não cumprem com suas obrigações, pois quase não aparecem na enfermaria, deixando tudo em nossas mãos”. (atendente E.C.R.).

Isso revela que, na maioria das vezes, há um poder delegado ao atendente pela própria equipe técnica.

Os atendentes dizem tomar várias decisões sobre os pacientes, pois se acham profissionais suficientes para isto.

“Eu sou um profissional que sabe o que faz. Portanto, eu tomo as decisões que acho que são certas, por exemplo : imobilizar o paciente quando penso que ele está agitado; fazer uma medicação se necessário e também controlar o tempo que eles devem ficar dentro da enfermaria. Além disso, eu sei quando o paciente está, ou não em bom estado de saúde”(atendente D.C.T.).

Para alguns atendentes a hora em que mais tomam decisões sobre o paciente, é no final de semana, pois dizem ficar com toda a responsabilidade, haja visto que a equipe técnica trabalha de segunda a sexta-feira, enquanto eles permanecem na instituição em período integral.

“Nos finais de semana nós somos obrigados a tomar todas as decisões em relação ao paciente, pois ficamos sozinhos na enfermaria, ou seja, nós e os pacientes. Sendo assim, somos nós quem tomamos todas as decisões, pois é nossa responsabilidade de carregar-mos o HCS nas costas nos finais de semana”(atendente R.F.).

Este depoimento revela que também a instituição delega poder aos atendentes, os quais passam a ter perante os pacientes as responsabilidades da equipe técnica, como também o papel institucional. Isso confere aos mesmos um poder que se fortalece independente do saber que possuem.

Os atendentes colocam que muitas de suas decisões são tomadas no sentido de se protegerem da violência do paciente, e também por sentirem que a equipe técnica não assume a responsabilidade de ficar mais tempo na enfermaria.

“Eu tomo todas as decisões imagináveis, pois passo muito mais tempo junto aos pacientes do que a equipe técnica, pois eles ficam se escondendo em seus setores, deixando tudo para nós fazermos. Além disso, nós ficamos expostos a violência dos pacientes. Portanto, tomo decisões no sentido de mostrar ao paciente que ele deve me obedecer, fazer aquilo que eu mando, para que não seja amarrado no leito ou medicado se necessário.” (atendente C.C.).

Neste sentido, o poder do atendente reveste-se conforme nos fala Foucault de atitudes autoritárias e coercitivas, que bloqueiam os mínimos direitos do paciente no cotidiano do Hospital.

“Eu tomo todas as decisões da enfermaria quando estou só com os pacientes, pois ele só pode usar aquilo que eu permito. Além disso, muitas vezes se eu não os controlo, eles só tomarão banho quando bem entenderem, e para que isso não aconteça, eu tomo a decisão de não deixar. Também interfiro na hora de receber pacientes de outras enfermarias, pois se eu não proceder assim, mandarão para nós só pacientes ruins”.(atendente T.M.S.).

Segundo os atendentes, muitas de suas decisões são tomadas por não encontrarem um profissional da equipe técnica na hora em que há uma emergência.

“Nós tomamos todas as decisões em relação ao paciente, porque o enfermeiro quase não aparece na enfermaria, e também porque na hora em que precisamos dele, não o encontramos facilmente no Hospital. Portanto, nós tomamos decisões no sentido de evitar o pior para o paciente”. (atendente M.A.Z.).

Um atendente amplia o seu poder de decisões que toma, chegando ao ponto de controlar o paciente completamente.

“Eu tomo a decisão de imobilizar o paciente, pois não dá para esperar pelo técnico na hora de uma emergência. Além disso, decido não deixar o paciente sair de alta quando percebo que ele não está em condições, pois sou eu quem fico todos os dias com ele. Assim, sei quando ele está, ou não, bom para ir embora, quando o médico me pergunta sobre o estado do paciente. Do mesmo jeito, eu decido se o paciente pode, ou não, ir a um passeio, pois os técnicos que organizam os passeios pedem para que o atendente escolha os melhores pacientes. Portanto, eu só escolho os que acho que têm condições.”(atendente L.P.).

Isso evidencia que se estabelece um pacto entre atendentes e técnicos que interfere diretamente nos direitos do paciente, na sua possibilidade de ir e vir.

Existe um elo entre atendente e médico que influi em toda equipe técnica. A respeito disso, alguns atendentes entrevistados fizeram as seguintes colocações:

“O médico precisa de nós para saber como está o paciente, se está regredindo ou melhorando. Sendo assim, eu observo o paciente e informo tudo ao médico pois ele passa pouco tempo na unidade.” (atendente S.R.E.).

Um atendente relata que quem entra no consultório da unidade para consultar não é o paciente, mas o atendente.

“O elo existente entre médico atendente influi muito no trabalho da equipe técnica, pois o médico não vê o paciente. Quando ele chega na enfermaria, não é o paciente que entra no consultório, mas o atendente que passa todas as informações a respeito do paciente. Portanto, eu acho que quem acaba consultando é o atendente, não o paciente, pois tudo o que o atendente diz sobre o paciente, o médico só prescreve.”(atendente V.Z.).

Embora nos seus depoimentos muitos entrevistados da equipe técnica consideraram que os atendentes possuem pouco poder de decisão, revelando-se até como uma função ingênua, fica claro, a partir da fala destes profissionais que a situação é inversa. Isso revela que,

a figura do médico e do atendente assumem papel central, principalmente no que se refere a prescrição de medicamentos.

A questão do excesso de medicação também é levantada pelos entrevistados.

“O elo existente entre atendente e o médico influi em toda a equipe, pois quando o médico chega na enfermaria, prescreve medicações para os pacientes a partir daquilo que o atendente diz. Ele não sabe de nada sobre o estado do paciente e nem vai averiguar o que está acontecendo com o mesmo. O que ele faz é perguntar pra nós como está o paciente. E assim, muitos pacientes acabam com excessiva medicação, chegando ao ponto de ficarem bem sedados. Além disso, quando a gente liga para o quarto deles pedindo para virem ver o paciente, eles pedem para levarmos o prontuário até eles, e assim, prescrevem a medicação, ou então, medicam pelo telefone”. (atendente V.Z.).

Alguns atendentes colocam que o elo existente com o médico influi na equipe ocorrendo às vezes transferência de seu poder ao atendente.

“ O médico nos passa grande parte de suas atribuições... Destas atribuições posso citar o caso da alta e o da medicação. No caso da medicação ele pergunta se deve aumentar ou diminuir a medicação prescrita, e depois pede para observarmos o paciente e contarmos a ele o que aconteceu. No caso da alta, nós informamos a ele quando o paciente está bom para ir embora”. (Atendente C.B.O.).

Muitas atendentes sentem a importância de suas atribuições no dia-a-dia em relação ao paciente, condições de trabalho, equipe técnica e familiares de pacientes sem deixar de mencionar as condições precárias em que trabalham.

“ Procuro tratar o paciente da melhor maneira possível. Já, em relação a equipe técnica, muitas vezes, eles jogam as suas tarefas em cima do atendente. Em relação a família do paciente, só passo informações sobre estado do paciente na unidade. Em se tratando das

condições de trabalho, são tão ruins que fica difícil de colocar, pois não existe treinamento e nem reconhecimento do nosso trabalho”. (Atendente E.C.R.).

Alguns atendentes criticam a equipe técnica pelas más condições do HCS.

“Eu mantenho contato com os familiares dos pacientes, mas só para informações sobre o paciente. Quanto a equipe técnica, considero-a péssima, pois as más condições do hospital são culpa dela. Em relação as condições de trabalho também são péssimas, a começar pelo salário, falta de material e pessoal, o que prejudica e não permite desempenharmos um bom trabalho”. (Atendente D.L.T.).

Tais questões em nada diferem das condições em que se encontra a área da saúde na realidade brasileira. A cada momento a imprensa falada e escrita têm divulgado as péssimas condições nos hospitais, quer seja de grandes centros como São Paulo e Rio de Janeiro, quer seja dos postos de saúde, sem as mínimas condições de funcionamento em diferentes pontos do Brasil.

Outro atendente prossegue relatando sobre as condições em que vê o HCS.

“Em termos de treinamentos, só fizeram quando eu entrei aqui na Colônia, depois disso, nunca mais passei por um bom treinamento. Portanto, eu coloco que não existe aperfeiçoamento profissional. As condições de trabalho são muito ruins, pois falta material de proteção e segurança na enfermaria. Em relação a equipe técnica, na minha opinião a Colônia não deveria ter técnico, pois eles só vêm ao hospital para ganhar dinheiro com hora plantão. Na hora de viajar com o paciente, eles se apresentam para fazer a viagem, pois assim ganharão uma diária do governo, mas nós que passamos todo o tempo durante o tratamento junto ao paciente, ficamos sem esta oportunidade de viajar com o mesmo.” (Atendente R.F.).

A importância do atendente bem treinado para ajudar o trabalho do médico, conforme escreve MOREIRA (1983:179): “na realidade, os médicos têm que confiar no atendente, facultando-lhe, assim, parte de seu poder. Caso contrário, teriam que estar mais

presentes no Hospital e supervisionar com frequência o que acontece com seus pacientes na unidade”.

No HCS além do preparo do atendente, de sua capacitação para servir de elo com a equipe, é mal treinado, não fugindo da situação do país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a sua criação até os dias de hoje, a saúde mental no Brasil vem recebendo uma série de questionamentos por parte da sociedade, que deseja a modificação nas políticas segregadoras da área. Além disso, as mudanças nas políticas de saúde mental contam hoje com projetos elaborados e alguns aprovados pelo Legislativo. Projetos estes, que buscam a reforma manicomial, bem como o resgate da cidadania daqueles que sofrem problemas psíquicos.

Mesmo assim, os impasses são grandes, haja visto que há um grande interesse em manter o atual parque manicomial, que se expressa através da indústria farmacêutica e dos donos de hospitais psiquiátricos, colocando assim, obstáculos às propostas de mudança na forma de tratar os doentes mentais.

Dessa forma, torna-se importante que os profissionais da área busquem a transformação na forma de tratamento, através do trabalho em equipe, pois, o trabalho interdisciplinar se apresenta como alternativa no sentido de tratar o doente mental com mais dignidade.

Neste sentido, a equipe do HCS pode contribuir a partir do momento em que busca um maior entrosamento entre seus membros, levando em conta também, o apoio da instituição e das próprias políticas de saúde.

Dessa forma, as decisões serão tomadas em conjunto, favorecendo assim o paciente.

Há de se levar em conta também, o apoio do atendente para mudar a forma de tratamento, pois o mesmo desempenha função de fundamental importância no tratamento do doente. Ele necessita, no entanto, de treinamentos constantes, no sentido de fazer uma

abordagem mais consciente. Além disso, poderá oferecer melhores informações a equipe técnica e contribuir para a efetividade do atendimento.

Atualmente, o atendente é detentor de um grande poder de decisão. Mesmo não sendo um profissional preparado para isto, ele acaba envolvendo toda a equipe técnica.

Em decorrência disso, este trabalho se torna de fundamental importância, pois vem mostrar que o atendente não é um ser ingênuo dentro da instituição, mas alguém muito importante, pois fornece informações dos pacientes a toda a equipe do HCS. Além disso, é preciso urgentemente capacitar este profissional.

Ao concluir este trabalho é importante salientar que as ações de saúde estão relacionadas com o papel do Estado e com a postura dos agentes profissionais. Neste sentido, entender a saúde não apenas enquanto ausência de enfermidade, mas como qualidade de vida é questão que demanda ações e vontade política de todos aqueles que, direta ou indiretamente estão envolvidos na definição e execução de políticas na área.

SUGESTÕES

Diante do aqui exposto sugerimos:

- a - fortalecer os debates sobre o movimento antimanicomial no contexto do H.C.S., no sentido de articular-se com as forças organizadas da sociedade civil;
- b - encaminhar debates junto a direção do H.C.S., no sentido de pressionar os órgãos competentes para ampliar a equipe técnica;
- c - a necessidade de oferecer aos atendentes maior preparo e oportunidade de atuarem sem limitação pessoal;
- d - melhorar urgentemente as condições de trabalho dos atendentes;
- e - mostrar aos atendentes a importância do prontuário e da utilidade em relatar todas as informações obtidas do paciente;
- f - necessidade de um trabalho de cooperação e ajuda mútua entre atendentes e equipe técnica;
- g - uma melhor remuneração para os atendentes e equipe técnica, no sentido de desempenharem melhor suas funções;
- h - necessidade de esclarecer os atendentes sobre os efeitos e as causas da medicação.

BIBLIOGRAFIA

- BECERRA, Rosa Maria Ledesma de. *Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico*. Ed. Ecro, Buenos Aires, 1972.
- BERZOVSKY, Mina. *Serviço Social Médico na Administração Hospitalar: análise teórica e levantamento da situação em hospitais de São Paulo*. ed. Cortes & Morais, São Paulo, 1977.
- DE MACEDO, Maurício Roberto Capelo. *Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro, 1981.
- CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. ed. Graal, Rio de Janeiro, 1978.
- CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental*. Ed. Atheneu, São Paulo, 1989.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juqueri: a história de um asilo*. Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1986.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1982.
- GARCIA, Nelson Santos. *Do hospício a comunidade: políticas públicas de saúde mental*. Florianópolis, Letras Contemporâneas, 1994.
- GONTIJO, Eugênia. *Reabilitação em trabalho de equipe e o papel do orientador vocacional*. Debates sociais. Ed. Vozes, Rio de Janeiro, 1967.
- JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Ed. imago, Rio de Janeiro, 1976.
- LOPES, Marisa Meira & Vilaça. *Serviço Social no Campo da Saúde*. Ed. Clark, Rio de Janeiro, 1970.

MONELO, Philippe & Jacolso Victor. *Trabalho Social em Equipe*. Ed. Moraes, Lisboa, 1971.

MOREIRA, Diva. *Psiquiatria: controle e repressão social*. ed. Vozes, Petrópolis, 1993.

REZENDE, Heitor. *Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica*. ed. Vozes, Petrópolis, 1987.

SAÍDE, Osvaldo Luiz. *Psiquiatria e Organização do Estado Brasileiro*. Rio de Janeiro, UERJ, 1980.

SEVERINO, Antônio Joaquim. In: Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinariedade. *Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão*. ed. Cortez, São Paulo, 1989.

TREIGER, Júlio. *Assistência Psiquiátrica no Brasil*. Revista Brasileira de Psiquiatria, Ano 2, Volume III, nº 5, 1981.