

EXPERIÊNCIAS EM PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer o convite para estar aqui expondo um pouco da minha experiência como psiquiatra.

Bom, sou psiquiatra e trabalho em uma cidade chamada *Lecce*, situada no sul da Itália.

Comecei a minha atividade psiquiátrica no ano de 1978, em um hospital psiquiátrico. Após poucos meses comecei a trabalhar em vários "*Centros de Higiene Mental*" (assim se denominavam na Itália organizações parecidos com os CAPS brasileiros). Atualmente esses "*Centros de Higiene Mental*" chamam-se "*Centros de Saude Mental*".

Já no ano de 1989 fui convidado pelo Diretor do Hospital Psiquiátrico de *Lecce*, para realizar experiências de de-internação.

Concluída esta experiência, no ano 1997, fui conduzido a uma seção psiquiátrica em um Hospital Geral, e enfim agora, desde o ano 2001 trabalho no *CSM* da minha cidade, *Lecce*.

As experiências que vou apresentar são duas: uma ruim e a outra boa, no meu sentido. Quando terminar esta apresentação vamos discutir sobre as experiências e decidir qual foi a ruim e qual a boa.

PRIMEIRA EXPERIÊNCIA

Esta minha primeira experiência abrange um período de dois anos, do ano 1987 ao ano 1989. Obtive uma vaga como Responsável por um *CSM* perto da minha cidade e fui para lá.

O **território** deste *CSM* compreendia 5 pequenas cidades, na província de *Brindisi*, na região *Puglia*, no sul da Itália.

A **população** dessas 5 cidades era de 46.550 habitantes; o CSM ficava na cidade de *San Pancrazio Salentino*; as distâncias das outras cidades estavam a um mínimo de 10 quilómetros e um máximo de 20 quilómetros.

A **equipe** do CSM compreendia:

- 2 Médicos, dos quais um ficava responsável pelo Serviço;
- 2 Psicólogos
- 2 Assistentes Sociais
- 6 Enfermeiros
- 1 Auxiliar

O CSM utilizava um carro com motorista.

O **horário** de abertura do CSM era de 12 horas, das 8.00 da manhã as 20.00 da noite; portanto o pessoal ficava dividido em dois turnos, cada turno de 6 horas, das 8.00 as 14.00 e das 14.00 as 20.00. Em cada turno encontrava-se 1 médico, 1 psicólogo, 1 assistente social e 3 enfermeiros; o motorista e o auxiliar trabalhavam só pela manhã.

A **atividade** do CSM era muito ligada ao território, com um serviço de assistência domiciliar programada; ou seja, a equipe, em uma reunião mensal determinava quais pacientes precisavam de assistência domiciliar e com que frequência (diária, semanal, etc.); os enfermeiros planejavam a assistência e iam ao domicílio do paciente com o carro do Serviço ou com um ónibus; cada enfermeiro ficava responsável pela assistência a um grupo de pacientes.

Nas reuniões semanais, realizadas aos sábados, com toda a equipe, se discutiam os casos, as dificuldades, etc. Quando um paciente precisava da intervenção médica, o médico saía com os enfermeiros, e talvez com a psicóloga e a assistente social.

Claro que no caso de urgência a programação ficava modificada, dando prioridade à urgência; mas com essa modalidade de trabalho as urgências verdadeiras tornavam-se raras.

Os médicos e as psicólogas faziam atendimento no ambulatório, pela manhã ou à tarde; as assistentes sociais desenvolviam contatos com os Serviços Sociais das Prefeituras de cada cidade, com artesãos e pequenos empreendedores para a inserção dos pacientes no trabalho, com escolas profissionais onde inserir pacientes, etc.

Eu implementei esse trabalho comunitário do CSM, dando uma ênfase maior à intervenção domiciliar dos médicos, das psicólogas e das assistentes sociais; portanto, quase toda a equipe chegava cada dia em uma das 5 cidades, indo ao domicílio dos pacientes, para encontrar a família e para encontrar, também, a Assistente Social da Prefeitura, conversar sobre alguns pacientes, planejar as atividades de reabilitação, marcar consultas ambulatoriais ou psicoterapias por alguns casos, etc.

Na urgência a equipe ficava perto da família, cada um com o seu papel. Com esta modalidade o *CSM* representava uma verdadeira referência pela família.

No ano 1988 fizemos um **estudo estatístico** sobre a nossa atividade; os **resultados** foram os seguintes:

- Prevalência de casos psiquiátricos: 315 (676,69 casos cada 100.000 habitantes);
- Incidência: 82 casos (176,15 casos cada 100.000 habitantes);
- Internações: 31 (66,59 internações cada 100.000 habitantes):
 - 10 internações compulsórias
 - 21 internações voluntárias.

Por casos psiquiátricos entendemos todos os casos de consulta pelo CSM. Evidentemente, não foi um estudo de prevalência/incidência de doença (esquizofrenia, depressão, etc.).

As **atividades** desenvolvidas pelo Serviço no ano 1988 foram:

- Consultas no ambulatório: 4.329 (14,43 por cada dia, considerando 300 dias úteis no ano):
- Visitas domiciliares: 3.336 (11,12 por cada dia):
- Contatos com Serviços Socio-Sanitários: 376 (1,25 por cada dia);
- Contatos com outras Instituições/Organizações: 1.103 (3,68 por cada dia).

Na realidade dos Serviços Psiquiátricos do sul da Itália, bastante atrasada no confronto com os Serviços do norte, foram números significativos; os Serviços no sul ficavam fechados no modelo médico, as visitas domiciliares eram muito menores, como número, respeito as consultas ambulatoriais, os contatos "extra-sanitários", dizemos assim, eram escassos, pelo menos naquele período.

Os pacientes ainda internados no Hospital Psiquiátrico foram 8 (17,18 cada 100.000 habitantes)

Dos 315 casos atendidos pelo Serviço no ano 1988, os de **psicose**, com diagnóstico de acordo com os critérios do DSM-III-R, foram 78 (24,76% do total; 167,56 cada 100.000 habitantes):

- Esquizofrenia e Transtorno Esquizoafetivo
- Transtornos delirantes
- Outros transtornos psicóticos
- Transtornos Bipolares
- Depressões Unipolares

Dos 78 pacientes psicóticos:

- 35 (44,87%): moravam com os pais;
- 21 (26,92%): moravam com o parceiro;

- 8 (10,25%): moravam com outro familiar (irmão, tio, etc.);
- 12 (15,38%): moravam sozinhos;
- 1 (1,29%): morava em uma residência de idosos;
- 1 (1,29%): ficou na cadeia e depois no manicômio criminal, porque matou a sua esposa.

Quase todos os 78 pacientes psicóticos foram **tratados** com medicamentos (91%), uma minoria (30%) também com psicoterapia, e mais da metade (59%) também com tratamento social; por tratamento social entendemos todas as intervenções das Assistentes Sociais.

Assim, alguns receberam só tratamento farmacológico, outros tratamento farmacológico e psico-social integrado.

O **tratamento** foi ambulatorial em 70% dos casos de psicose, domiciliar em 91%; 44% dos psicóticos participaram as atividades de reabilitação (viagens, excursões, festas, atividades artesanais, etc.).

Os **contatos** do Serviço com cada paciente foram maiores que 40 em 32% dos casos, entre 20 e 40 em 28%, menores que 20 em 40%; por alguns pacientes, com doença mais grave, ocorreram mais de 100 contatos em um ano.

As **internações** em seções psiquiátricas em hospitais gerais, neste grupo de pacientes psicóticos, foram 15, quase a metade das 31 internações totais, anteriormente referidas.

Nenhum paciente foi internado mais de uma vez no ano 1988; portanto os pacientes psicóticos internados foram 19,23% do total.

SEGUNDA EXPERIÊNCIA

A segunda experiência é a atual, desde o ano 2001. O CSM é na minha cidade, *Lecce*.

O **território** é de 170.000 habitantes, abrange, além da cidade de *Lecce* (90.000 habitantes), outras 8 pequenas cidades; as distâncias são entre os 10 e os 20 quilômetros.

A **equipe** compreende:

- 8 médicos, dos quais um é Responsável pelo Serviço;
- 4 psicólogos
- 3 assistentes sociais
- 8 enfermeiros
- 2 auxiliar

O CSM utiliza três carros e uma caminhonete; os carros para as visitas domiciliares, a caminhonete para levar os pacientes às atividades de reabilitação, viagens, excursões, etc.

Não há motorista, portanto os carros são conduzidos pelo próprio pessoal do CSM.

O **horário** de funcionamento é de 12 horas; só os 8 enfermeiros desenvolvem turnos, os outros trabalham pelas manhãs e só um dia à tarde.

Nesta segunda experiência faltam dados estatísticos, pois não são considerados importantes. O que posso dizer é que a atividade se desenvolve muito no ambulatório, não se desenvolve assistência domiciliar, as visitas domiciliares são em número muito menor que as visitas ambulatoriais.

O número de internações é muito alto; faltam dados, mas cada dia há pelo menos uma internação. As urgências são frequentes e dramáticas; muitos psicóticos ficam internados 2-3 vezes ao ano.

O hospital psiquiátrico está fechado há 3 anos mas muitos pacientes ficam em várias estruturas para psicóticos, idosos, etc., com pouco controle pelo CSM.