

Dra. Miriam Gorender



Professora associada do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da UFBA, a Dra. Miriam Gorender tem trajetória de quase 30 anos no serviço público e trabalha, atualmente, no Hospital Especializado em Saúde Mental Mario Leal Ferreira. É, também, professora do curso de Medicina da FTC e, na UFBA, ensina na Graduação, Internos e Residentes. Médica formada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), sua Residência em Psiquiatria foi no Hospital Juliano Moreira e tem doutorado em Ciências da Saúde na área de Concentração. Fez, ainda, formação em Psicanálise, no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), e integra o Círculo Psicanalítico da Bahia, com vários trabalhos publicados na área. Por duas vezes presidiu a Associação Psiquiátrica da Bahia, na qual atualmente, é diretora secretária. Atua, ainda, em colaboração permanente com a Associação Brasileira de Psiquiatria.

Calamidade na assistência à Saúde Mental

“Desde a época da faculdade luto, ininterruptamente, por um atendimento mais digno para doentes mentais”. A afirmação da entrevistada desta edição define bem não apenas as premissas para o diagnóstico que faz sobre a atenção à Saúde Mental na Bahia, mas sua qualificação profissional para falar sobre o assunto. Presidente por duas vezes da Associação Psiquiátrica da Bahia, Miriam Gorender é militante no combate ao estigma que se abate sobre a doença mental. Afirmando também que a vida associativa está no seu sangue, a médica denuncia a precarização que predomina, hoje, no âmbito da Saúde Pública. Na entrevista a seguir, Miriam apresenta o drama vivenciado por médicos e pacientes, que atinge toda a sociedade. Sua primeira resposta resume em apenas uma palavra a gravidade da questão da Saúde Mental na atualidade: calamidade.

■ **Luta Médica: Como está hoje a atenção à Saúde Mental na Bahia?**

Miriam Gorender – É a área mais problemática da Saúde. Em uma palavra: calamidade.

■ **Luta Médica: Eu sei que tem muitos problemas, mas se fosse possível pontuar alguma questão central, qual seria?**

MG – Eu diria a desassistência, que acontece em absolutamente todos os níveis, porque a Saúde Mental, assim como outras especialidades, precisa ser complexa. Você não pode ter apenas um equipamento dando conta, da mesma forma como não pode ter apenas um tipo de atendimento de cardiologia. Então, você tem desde a atenção primária, até os leitos de internamento, passando por CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e ambulatorios... tudo insuficiente, funciona mal e está subfinanciado. Está precarizado, com pouco pessoal.

“Na atenção primária existe uma rotatividade altíssima. É difícil que fique uma mesma equipe por mais que um ou dois anos”

Para entender melhor, vamos analisar a atenção primária, em que as equipes não têm nenhum treinamento para lidar com a Saúde Mental e com a questão do estigma. Não tem programa de prioridade. Então, começa aí o imenso problema do preconceito, do acolhimento, que só pode ser revertido com o trabalho específico voltado para a redução do estigma, que pega toda equipe, incluindo os médicos, porque isso é uma coisa comum a toda sociedade.

■ **Luta Médica: Esta é uma coisa pontual de Salvador ou atinge a Bahia toda?**

MG – Isto é uma questão mundial, que só muito recentemente começa a receber alguma atenção.

■ **Luta Médica: Mas a Bahia tem algum recorte de maior gravidade ou está no mesmo patamar?**

MG – Eu diria que está no mesmo patamar, porque isso é uma coisa perversa, que acaba envolvendo tanto o paciente, quanto a família e os profissionais que cuidam. Até mesmo as medicações e outros tipos de tratamentos envolvidos acabam entrando nessa questão do preconceito. As equipes não têm materiais, não têm medicações, não têm treinamento, nem preparação e não têm matriciamento.

■ **Luta Médica: Matriciamento em que sentido?**

“Essas práticas que os gestores adotam é que levam a uma alta rotatividade e à desassistência... e à queda da qualidade do atendimento à população”

MG – O matriciamento é uma coisa que deveria estar prevista pelo Ministério da Saúde, mas que eu não vejo acontecer em praticamente nenhum lugar. Inclusive, as pessoas têm uma ideia errada do que seria matriciamento. Acham que seria uma equipe com médicos psiquiatras que atenderiam na atenção primária, quando na verdade não é isso. O matriciamento seria uma equipe, que pode estar baseada nos CAPS ou em uma equipe específica e que vai estar em contato com uma quantidade de postos de atenção primária, regularmente.

■ **Luta Médica: Não permanentemente, mas regularmente...**

MG – Isso, regularmente... Tipo uma vez a cada quinzena, vamos dizer. Mas, naquele momento, vai passar um turno, um dia com aquela equipe, discutindo os pacientes e a população que estiver envolvida, vendo como manejar os casos, ensinando continuamente a equipe. É um tipo de supervisão, já que está provado que curso não funciona.

■ **Luta Médica: Somente o curso é insuficiente?**

MG – Não funciona! Não funciona. Entra por um ouvido, sai pelo outro. Isso é um trabalho que tem que ser continuado...

■ **Luta Médica: E tem que ter uma equipe específica...**

MG – Isso é uma coisa também mundial. Na atenção primária existe uma rotatividade altíssima. É difícil que fique uma mesma equipe por mais que um ou dois anos. Um tempo atrás, vi um trabalho da Irlanda exatamente sobre isso, lá é igualzinho. Você prepara uma equipe e quando ela já está ficando pronta, roda e vem um novo pessoal que está despreparado. É o contrário do conceito de médico de família, que fica durante décadas.

■ **Luta Médica: E esse rodízio, digamos assim, você diria que se dá por um desgaste da equipe, por uma saturação com a questão da Saúde Mental ou como**

resultado da precarização, pela falta de uma política de manutenção?

MG – Esse desgaste na atenção primária não tem a ver com a Saúde Mental. Tem a ver com a Saúde em geral. Tem a ver com a precarização, com o fato de você, por exemplo, no interior, não ter contrato. Todo mundo sabe que chega final de ano e as prefeituras demitem todo mundo. Um médico demitido, geralmente, não vai ficar. Não vai vir no próximo ano, entendeu?

Então, essas práticas que os gestores adotam é que levam à uma alta rotatividade e à desassistência... e à queda da qualidade do atendimento à população, porque não tem como atender bem com uma rotatividade dessas.

■ Luta Médica: Então, neste sentido, a questão da Saúde Mental não é diferente da atenção da Saúde Primária. Ela está na mesma lógica.

MG – Na mesma lógica, mas ainda pior, porque tem que lidar com o preconceito...

■ Luta Médica: Que é um agravante.

MG – É... Vamos ver a questão dos CAPS, por exemplo. Foram colocados como eixo central do tratamento em Saúde Mental de uma forma absolutamente equivocada, porque, na verdade, no eixo central deveriam estar os ambulatórios. O CAPS foi concebido como um equipamento para reabilitação social de pacientes crônicos e graves. Ele não foi concebido para servir como ambulatório, como emergência, para dar conta de tudo. E querem que o CAPS dê conta de tudo sem psiquiatra. Porque em boa parte deles não tem psiquiatra.

■ Luta Médica: E nem na rede de atenção primária, de modo geral.

MG – Muito menos. Aí não tem mesmo. Mas nos CAPS, que deveria ter, não tem. Os CAPS I, de acordo com o Ministério da Saúde, podem funcionar com clínico. A partir do CAPS II, teria que funcio-



nar com psiquiatra. Mas acontece é que eles estão contratando médicos que não são psiquiatras, que fazem esses “cursos de Pós-Graduação”, ou “Especialização”, de final de semana, que não equivalem a uma especialização real. Eles não têm prova de título de especialista, não tem Residência e não têm nenhuma garantia de qualidade.

■ Luta Médica: É mais uma precarização.

MG – Eu vou dar o exemplo de um post de rede social de um colega, sobre um paciente extremamente chateado, porque o exame de HIV veio positivo.

■ Luta Médica: De um paciente em tratamento... O que aconteceu?

MG – É. Por que deu HIV positivo? Porque estava

“Vamos ver a questão dos CAPS, por exemplo. Foram colocados como eixo central do tratamento em saúde mental de uma forma absolutamente equivocada, porque na verdade no eixo central deveriam estar os ambulatórios”

“Muitos dos profissionais que atuam nos CAPS integram a luta antimanicomial, cujo eixo conceitual é que a doença mental não existe. E se ela não existe, o médico não tem lugar ali, raciocinam eles”

sendo atendido por um desses psiquiatras formados em final de semana. O paciente é bipolar e esse “colega” deu antidepressivo pra ele. Qualquer psiquiatra bem formado sabe do imenso cuidado que se deve ter com antidepressivo em paciente bipolar, porque pode ter uma virada pra mania. Que foi exatamente o que aconteceu.

Ele entrou em uma mania franca, intensa. Teve relação sexual desprotegida e contraiu HIV. E agora, que está fora da mania, que remitiu com o tratamento e foi hospitalizado, está tristíssimo, envergonhado. É uma circunstância que poderia perfeitamente ter sido evitada com o tratamento adequado. Então, que ninguém pense que o atendimento por pessoas não qualificadas não tenha consequências. Tem e podem ser muito graves.

Além disso, muitos dos profissionais que atuam nos CAPS integram a luta antimanicomial, cujo eixo conceitual é que a doença mental não existe. E se ela não existe, o médico não tem lugar ali, raciocinam eles.

■ **Luta Médica: Entendo. Aí tem mais um agravante nos CAPS.**

MG – Então, nos CAPS onde as equipes têm essa orientação – e são muitos -, há uma atitude hostil

“O Brasil, em 2015, teve 12 mil suicídios registrados. Mas tem estudos mostrando que essa taxa é, no mínimo, o dobro. Ou seja: 24 mil mortes por suicídio em um ano”

e de rechaço ao psiquiatra e ao tratamento médico. E as consequências são muito graves.

■ **Luta Médica: E quanto aos ambulatórios especializados?**

MG – São pouquíssimos atualmente e estão com muitas deficiências.

■ **Luta Médica: Na prática os CAPS viram ambulatório.**

MG – Sim. E não fazem aquilo que deveria ser o principal: a reabilitação. A coisa mais rara que você vê no CAPS é um paciente ter alta.

■ **Luta Médica: Então existe um desvirtuamento.**

MG – Existe. Porque de um lado eles viram mini ambulatórios e de outro mini asilinhos. Eles acabam se tornando aquilo que eles nasceram para combater.

Normalmente, os CAPS têm um portão, têm grade, têm alguém vigiando. Eles repetem o modelo asilar. Eles são manicomiais. Os CAPS, hoje em dia, são manicomiais.

■ **Luta Médica: E em termos de emergência e internamento?**

MG – É o recurso quando nada mais deu certo e você precisa salvar a vida do paciente e tirar do surto para ele voltar ao tratamento em comunidade, na família. Essas vagas são cada vez mais escassas... O governo não prioriza, quer extinguir e isso não é apenas no Governo do Estado, isso é do Ministério da Saúde. É uma política nacional. Inclusive, agora com um agravante terrível em relação aos hospitais psiquiátricos, que estão querendo fechar.

■ **Luta Médica: Esta análise e este quadro difícil que você descreve causa um sofrimento aos profissionais.**

MG – Sim, vamos tratar disso. Mas tem uma coisa que não mencionei, que considero ainda mais

grave, porque é a que mais mortes provoca: o suicídio. Que é objeto do maior tabu e do maior preconceito inimagináveis. Eu vou dar alguns dados para você: o Brasil, em 2015, teve 12 mil suicídios registrados. Mas tem estudos mostrando que essa taxa é, no mínimo, o dobro. Ou seja: 24 mil mortes por suicídio em um ano. E a estimativa é de que mais de 90% dessas mortes por suicídios têm relação direta com a doença mental. Isso é estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS).

E nove, entre dez casos, são preveníveis com tratamento. Se você trata a doença de base, você previne o suicídio. A pessoa não quer mais morrer. Ou seja: a desassistência tem mais essa relação direta com a mortalidade.

■ **Luta Médica: Certo. Então a doença mental está intrinsecamente relacionada com o nível de suicídio.**

MG – Sim, mas esta ligação com o suicídio não está sendo entendida dessa forma, nem pelos gestores e nem sequer pela maioria dos médicos. Porque não tem informação, nem treinamento.

■ **Luta Médica: Então, isto serve como um alerta para o profissional médico...**

MG – Serve como um alerta e a Federação Brasileira, nós da Associação Psiquiátrica e as suas federadas, inclusive a Associação da Bahia, da qual sou diretora, defendemos que isto seja um tema importante no ensino médico.

■ **Luta Médica: Eu queria perguntar sobre a condição do médico dentro desta problemática, pra gente poder entender melhor a sua gravidade.**

MG – Em relação aos médicos, isto é mais grave. Os médicos e os policiais têm as maiores taxas de suicídio de todas as categorias profissionais. Isto é extremamente preocupante.

Em relação aos médicos, temos alguns agravantes: o imenso estresse, a exigência de perfeição e de não poder errar nunca, a grande responsabilidade que é

assumida, a imensa exigência por parte da população – e não apenas em serviço público, também nos serviços privados -, esse estresse, por conta da falta de condições, que é algo generalizado...

■ **Luta Médica: Por conta dessa estrutura...**

MG – Por toda essa estrutura aí vigente e, também, de toda campanha que foi desencadeada, há uns três ou quatro anos atrás, contra a classe médica, que provocou uma gigantesca hostilidade da população. Ninguém pense que isso não tem um reflexo direto, porque tem.

■ **Luta Médica: E o médico, no contato direto com a população, está na ponta de uma política pública que faz a interface com o usuário.**

MG – E pega toda a carga, o impacto. De um lado, dos gestores e da falta de condições de trabalho e, de outro lado, de uma população desinformada, com baixo nível educacional e voltada contra o médico.

■ **Luta Médica: E pior do que desinformada, é ser mal formada e mal informada.**

MG – Isso. As questões do suicídio e do burnout dos médicos mundiais também. Eu acredito que seja mais grave aqui no Brasil, e é muito grave no Nordeste, na Bahia, em particular. Aí a gente está o tempo inteiro recebendo notícias de suicídios de médicos.

■ **Luta Médica: Tem sido frequente tem alguma estatística produzida neste sentido?**

MG – Tem, tem estatística. Estudos ligados à universidade. Normalmente, quem faz isso são a aca-

“O Burnout é uma condição exatamente de profissionais que lidam com o público. É uma expressão em inglês, que significa uma queima total. A pessoa se exaure, se queima...”

“*Estudo do The Lancet que eu falei mostra que pelo menos metade dos médicos tem burnout. Isso mundialmente. Aqui, no Brasil, eu acho que não seria menos de 75%...*”

demia e o próprio governo, mas tem uma revista médica de muito prestígio, a *The Lancet*, que agora, no final de 2016, publicou um estudo sobre suicídio e Síndrome de Burnout em médicos, que tem chamado muito a atenção.

Curiosamente, antes de entrar aqui, eu estava lendo um artigo da professora Alexandrina Meleiro, que é, possivelmente, a maior especialista em suicídio do país, e que tem estudado muito o suicídio e Burnout em médicos.

O Burnout é uma condição exatamente de profissionais que lidam com o público. É uma expressão em inglês, que significa uma queima total. A pessoa se exaure, se queima e isso gera fadiga, exaustão, uma sensação de dissociação. A pessoa está trabalhando além das suas forças e, com isso, vem raiva, dissociação do público que deveria estar sendo atendido – eu falo do público, porque isso não acontece apenas com o médico -, insônia, depressão e suicídio. Enfim, uma série de sintomas que são bastante graves. Enquanto apenas os médicos se queixavam, eram vistos como: “você são uma classe privilegiada...”

■ **Luta Médica: Eram ignorados.**

MG – (...) vocês estão se queixando de barriga cheia. Só que as pessoas estão começando a perceber que o médico com Burnout não atende bem, está mais sujeito a erro médico, não vai fazer uma boa relação médico-paciente. Ou seja, tem um reflexo direto na saúde da população. Aí a coisa muda de figura. Então, por conta disso, tem havido uma mudança na orientação das gestões para que se comece a tomar um cuidado especial com a questão do Burnout e do suicídio.

O suicídio é uma tragédia maior ainda quando se trata do médico, porque você tem uma quantidade de tempo e recurso. Não tem nenhuma carreira que demande tanto tempo e recurso para formação quanto a carreira de um médico. Então, é um recurso precioso.

■ **Luta Médica: Com certeza. Existe um investimento social...**

MG – Eu não estou falando apenas da perda de vida. Isso já seria grave o suficiente, mas é uma perda de um recurso precioso, que levou tempo e dinheiro para ser formado. Então, é um prejuízo social maior ainda.

■ **Luta Médica: E voltando à questão do quadro institucional, de desassistência, de precariedade, o que acarreta do ponto de vista do sofrimento mental para o médico?**

MG – Isto eu posso falar de cátedra, porque eu estou inserida neste quadro. Olhe, esse estudo do *The Lancet* que eu falei mostra que pelo menos metade dos médicos tem Burnout. Isso mundialmente. Aqui, no Brasil, eu acho que não seria menos de 75%... no mínimo.

■ **Luta Médica: E isto tem correlação direta com a condição de trabalho.**

MG – Absolutamente direta. O Burnout é uma condição ligada, diretamente, ao trabalho e a nenhum outro fator.

■ **Luta Médica: E essas condições precárias de trabalho, em sua opinião, configuram assédio moral?**

MG – Eu acredito que sim. Você tem assédio moral direto. Você tem assédio físico, também, frequente.

■ **Luta Médica: (...) por conta das chefias, das hierarquias...**

MG – Não necessariamente. Você tem agressão física do paciente. O fato é que atender em um serviço público, atualmente, é viver em situação de

guerra. Já faz tempo que eu digo que nós vivemos em uma guerra civil. No Brasil, estamos em uma guerra civil de muitos anos, não declarada, com alta taxa de mortalidade. Maior do que boa parte das guerras aí pelo mundo... A gente tem 50 mil mortes por violência, por ano. O pessoal que não morre de imediato vai para onde?

■ **Luta Médica: Vai para os hospitais.**

MG – Não é? Os grandes hospitais. No Rio, isso é mais exacerbado... pelo menos até onde eu saiba, os médicos estudam Medicina de guerra.

■ **Luta Médica: É, porque o que chega é ferimento à bala, esse tipo de coisa...**

MG – É. Eu vou te dar informações... Por exemplo, eu atendo em um ambulatório de psiquiatria no Hospital Especializado Mário Leal, que fica no bairro do IAPI. No ano passado, em pelo menos duas ocasiões, que eu tive conhecimento. O hospital, assim como tudo nos arredores, foi fechado pelos traficantes. Aconteceu alguma coisa... chegou o toque de recolher: – Vai todo mundo embora!... E vai todo mundo embora, com menino de 10 anos, com fuzil atirando para o alto.

■ **Luta Médica: O Estado paralelo em ação...**

MG – É. Meus pacientes me relatam essa violência cotidiana. Isso afeta a gente. Não vivemos diretamente isso no bairro da gente, que tem certa segurança ainda, mas não quer dizer que a gente não tá inserido, que a gente não seja afetado. É você... em um ambulatório, por exemplo, a gente acompanha os pacientes, faz um vínculo com o paciente, de você ouvir que alguém da família do paciente foi assassinado não é uma coisa fácil não. Isso tem uma consequência e a violência está chegando ao serviço também, diretamente.

■ **Luta Médica: E essa lida cotidiana é extremamente estressante.**

MG – É (suspiro). Que o psiquiatra lida com a violência em seu trabalho... isso é uma coisa desde sempre. Isso é uma coisa que a gente espera, porque o paciente que está em surto, frequentemente, é agressivo, violento, e cabe a gente tratar para que ele deixe de ser, para que ele volte a ficar bem. Então, essa violência é uma violência esperada, a gente já está preparado. Temos um treinamento para lidar com isso. A violência da sociedade não tem quem prepare. Para essa não tem treinamento. Nós somos médicos, não soldados.

■ **Luta Médica: Claro que estamos falando de uma coisa muito complexa, mas se você pudesse apontar alguma medida que considere fundamental e necessária para mudar essa realidade, especialmente no campo da Saúde Mental, qual seria ela?**

MG – Uma mudança no modelo de gestão, na prioridade, no modelo assistencial. Que realmente se torne uma política de assistência e não antimanicomial, como vem sendo. Em qualquer área da Saúde Pública, a gente precisa de um melhor financiamento, de uma melhor gestão.

“ *A violência da sociedade não tem quem prepare. Para essa não tem treinamento. Nós somos médicos, não soldados* ”

