



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“O CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro”

por

Daniel Duba Silveira Elia

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Creuza da Silva Azevedo

Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Lilian Miranda

Rio de Janeiro, maio de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“O CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Daniel Duba Silveira Elia

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Paula Cerqueira Gomes

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Prof.^a Dr.^a Creuza da Silva Azevedo – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

E42 Elia, Daniel Duba Silveira

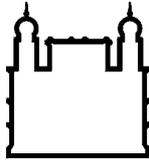
O CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro. /Daniel Duba SilveiraElia. -- 2013. 181f.

Orientador: Azevedo, Creuza da Silva
Miranda, Lilian

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1.Serviços de Saúde Mental. 2. Saúde Mental. 3. Crise. 4. Território. 5. Atenção Psicossocial. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.2098153



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2013.

Daniel Duba Silveira Elia

/Fa

Para minha filha

AGRADECIMENTOS

A conclusão do mestrado não é uma tarefa fácil. Tem suas dores e suas delícias. Então eu preciso dizer que não teria conseguido sem algumas pessoas. Então eu agradeço:

À Lia, meu amor, que soube tolerar minhas angústias e dar apoio, em todos os momentos, e, assim, compartilhar comigo mais uma conquista. A maior delas é com certeza a nossa pequena Aurora. É muita coisa pra te agradecer.

A meus pais, que tem tudo a ver com o que eu sou e o que eu penso. A minha mãe pelo carinho, por ouvir minhas angústias e por estar sempre lá quando eu preciso. A meu pai pelas conversas, pela segurança e pela força para que eu siga meus caminhos.

A minha querida irmã, que sempre tem tempo pra mim. Pelas correções carinhosas e certeiras.

Às queridas Gisela e Valéria, que fizeram comigo uma parceria inesquecível, uma galera da pesada. Esse trabalho que eu concluo agora tem muito de vocês.

À direção do Instituto Nise da Silveira, onde pude trabalhar nos últimos anos. Em especial ao grande amigo Rodrigo, que garantiu que eu pudesse realizar essa pesquisa, com quem dividi muitas reflexões e conversas de bar.

A todo pessoal do Nise da Silveira, em especial Maira, Andréa, Lucimar, Enara, Silvia, Érika, Marcella, Carla, Rose, Ana Maria, Alberto que dividiram comigo muitos momentos importantes no trabalho, na minha formação e na vida pessoal. Aos queridos ATs, que me ensinaram que a clínica é um troço muito mais complexo. E aos pacientes, imponderáveis e surpreendentes, que ensinam demais sobre a vida.

À Ligia, que me aproxima do campo da saúde pública e partilha comigo sua sabedoria e sua incansável perseverança.

À Creuza, minha querida orientadora, pela generosidade acadêmica e delicadeza com que conduziu esse processo, pelo carinho, pelos ensinamentos e pela paciência com meus atrasos.

À Lilian, minha orientadora também, pela precisão e gentileza dos apontamentos teóricos e leitura minuciosa e cuidadosa dos meus textos.

À Paula Cerqueira, professora querida. Foi a partir de sua paixão nas aulas que eu conheci o campo da saúde mental. Agradeço à Paula também por estar sempre presente em momentos importantes. Supervisora, professora e agora aceitou muito carinhosamente o convite para esta banca.

Ao professor Paulo Amarante, figura fundamental na história da saúde mental brasileira. Tive o prazer e honra de assistir suas aulas, ler seus livros e agora de tê-lo em minha banca.

Ao CAPS Linda Batista pela acolhida da pesquisa. Agradeço a gentileza com que fui recebido pela direção, a receptividade da equipe e a tudo que me permitiram aprender com eles. Aos entrevistados, que solícitamente aceitaram participar da pesquisa.

À Coordenação de Saúde Mental, que leu meu projeto, autorizou a pesquisa e ainda concedeu duas entrevistas fundamentais.

Aos colegas da ENSP, em especial Melissa, amiga de reencontros e afinidades.

À ENSP e a FIOCRUZ, pela oportunidade de poder avançar na minha formação, estudar e por dar condições para que este seja um processo profícuo.

A CAPES, pelo financiamento a esta pesquisa e à produção de conhecimento.

RESUMO

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil avançou bastante, principalmente depois da lei 10.216, de 2001. Trata-se de um processo complexo, com muitas características particulares e bastante vigoroso. Para além da mudança de um modelo de assistência, o que se propõe é, acima de tudo, a superação da lógica que regula a relação da loucura no campo social. Propõe-se, portanto, a superação da lógica manicomial pela lógica da atenção psicossocial. Conforme este processo avança, ele também se depara com dilemas fundamentais. Consideramos que um destes dilemas é o modo como o campo da saúde mental enfrenta as situações de pacientes em crise. Este é um desafio crucial, pois temos observado que é um momento em que os típicos recursos manicomialmente que se deseja superar são ativados. Diante disto, optamos por pesquisar como tem sido a atenção à crise em saúde mental no Rio de Janeiro. Este trabalho consiste, portanto, numa pesquisa de campo, a partir da metodologia da observação participante, sobre como um CAPS da cidade tem atuado na atenção à crise. Procuramos as bases teóricas que poderiam nos ajudar, como a Psiquiatria Democrática Italiana, a Psiquiatria Preventiva, fontes teóricas sobre os diferentes sentidos do termo crise em saúde mental, além de uma revisão bibliográfica sobre a produção acadêmica recente sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a construção dos CAPS. Na nossa pesquisa de campo, procuramos compreender as noções que orientam as práticas, as próprias intervenções clínicas e a forma como o CAPS se relaciona com a rede de saúde mental e o território.

PALAVRAS-CHAVE

Crise; Centro de Atenção Psicossocial; Atenção Psicossocial; Saúde Mental; e Território

ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform process had a great progress, especially after the Federal Law 10.216/2001. This is a complex and vigorous process, with many peculiar characteristics. More than change the assistance model, the idea of the Reform is to overcome the mental hospital logic in the Brazilian society and to put in the center of interest the psychosocial care. However, while this process advances, it also deals with basic dilemmas. Our hypothesis is that one of these dilemmas is the way the mental health care comes up against the situations with patients in crisis. This is a crucial challenge, as we've been observing how practices that once shaped the psychiatric hospitals are reproduced in this kind of situations. That's why how the health professionals in Rio de Janeiro cope with the crisis is our object. This work consists in a field research, through participant observation, about how a CAPS (Center of Psychosocial Attention, the Brazilian Reform's main service) in Rio de Janeiro has been coping with situations of crisis. Our theoretical foundations are the Italian Democratic Psychiatry, the Preventive Psychiatry, the different definitions for the concept of crisis in the mental health context, and a bibliographical survey of the Brazilian Psychiatric Reform recent literature. In our field research, we aimed to understand the concepts that guide the practices, the interventions, and how the CAPS connects with the system of care and its territory.

KEY WORDS

Crisis; Center of Psychosocial Attention; Psychosocial Attention; Mental Health; Territory

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

A.P.: Área Programática

CAP: Coordenação de Área Programática

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad: Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas

CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência

CERSAM: Centro de Referência em Saúde Mental

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CID-X: Classificação Internacional de Doenças

CONASP: Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CSM: Coordenação de Saúde Mental

DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESAM: Escola de Saúde Mental

ESF: Estratégia de Saúde da Família

GSM: Gerência de Saúde Mental

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPUB: Instituto de Psiquiatria da UFRJ

MS: Ministério da Saúde

NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

OS: Organização Social

PAAP: Policlínica Augusto Amaral Peixoto

PDI: Psiquiatria Democrática Italiana

PNASH-psiquiatria: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – sub-área da psiquiatria

PRH: Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RPB: Reforma Psiquiátrica Brasileira

RPI: Reforma Psiquiátrica Italiana

SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SIM: Superintendência de Institutos Municipais

SMSDC: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SUBHUE: Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

SUBPAV: Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMSP: Transtornos Mentais Severos e Persistentes

SUMÁRIO

Introdução	p. 12
Capítulo 1: Alguns referenciais teóricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira	p. 20
1.1: Psiquiatria Democrática Italiana: o processo de desinstitucionalização como norte e a crítica à Psiquiatria Preventiva	p. 20
1.2: A Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos: uma psiquiatria ampliada	p. 25
Capítulo 2: Reflexões sobre a natureza dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil	p. 30
2.1: Novos serviços em saúde mental: substitutivos ou complementares	p. 30
2.2: Algumas características básicas dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, sua organização e algumas questões atuais.....	p. 35
2.3: Desafios atuais da reforma psiquiátrica no Brasil	p.46
Capítulo 3: A polissêmica noção de crise: alguns significados	p.64
Capítulo 4: Metodologia.....	p.75
4.1: A psicossociologia francesa e a pesquisa qualitativa.....	p.75
4.2: O desenho da pesquisa.....	p. 83
4.3: Entrada no campo da pesquisa.....	p. 88
4.4: Aspectos éticos.....	p. 91
Capítulo 5: Breve contextualização sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro	p. 92
Capítulo 6: A atenção à crise no Centro de Atenção Psicossocial Linda Batista: noções, práticas e a relação com a rede	p. 96
6.1: Descrição do processo de trabalho no CAPS	p. 96
6.2: Noções de crise e a função do CAPS	p. 102
6.3: As intervenções em situações de crise	p. 113
6.4: A rede e sua relação com o CAPS na atenção à crise	p. 135
6.4.1: Uma visão geral sobre a rede de saúde mental, sua organização e o lugar dos CAPS na atenção à crise	p. 135
6.4.2: O CAPS e a rede: tentativas de cuidado integrado com a estratégia de saúde da família, com o hospital psiquiátrico e com a emergência psiquiátrica.....	p. 142
Considerações Finais:	p. 152
Referências Bibliográfica:	p.157
Anexos:	p. 165

INTRODUÇÃO

O Brasil passa por uma profunda transformação no campo da saúde mental desde fins dos anos 70. O modelo hegemônico hospitalocêntrico vem sendo substituído por outro centrado em serviços comunitários territoriais, abertos, tais como os centros de atenção psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas, apoiados por ambulatorios, centros de convivência, as ainda existentes internações em hospitais psiquiátricos e aquelas que ocorrem em hospitais gerais, além de agenciamentos solidários com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e demais equipamentos de saúde. Existem ainda parcerias cada vez mais significativas com os setores da cultura, justiça, assistência social, lazer, esporte e educação. Esse processo conectado com uma construção de referenciais teóricos ampliados sobre as relações entre saúde e doença mental e práticas de inserção social dos loucos, mais do que produzir mudanças assistenciais, vem transformando o paradigma da saúde mental no Brasil. Chamamos este processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE *apud* TENÓRIO, 2002).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo histórico consequente da luta de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental. Em 2001, é promulgada a lei 10.216, que redireciona o modelo assistencial e dispõe sobre os direitos dos usuários de serviços de saúde mental. Entre outras coisas, a lei garante que a inserção social é uma das finalidades mais importantes do tratamento (BRASIL, 2001). A partir daí, uma nova política nacional de saúde mental tem início, após inúmeras experiências exitosas em municípios de todo o Brasil. Com isso, proliferaram CAPS pelo país, acompanhados da diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), de 2002, ano da portaria 336 que regulamenta os CAPS no Brasil, até 2011, o número de CAPS no país subiu de 424 para 1742. Já os leitos psiquiátricos, no mesmo período, caíram de 51.393 para 32.284. O gasto do Ministério da Saúde com assistência hospitalar manteve-se estável, enquanto o gasto com ações extra-hospitalares em saúde mental multiplicaram-se por dez. Assim, pela primeira, vez em 2006, o gasto com ações extra-hospitalares passaram de 50% do total gasto, chegando, em 2011, a 71,2%. Além disso, a proporção de hospitais de pequeno porte entre o total de hospitais psiquiátricos aumentou substancialmente, o que mostra que o processo de diminuição de leitos hospitalares é

acompanhado por mecanismos que privilegiam hospitais menores, que têm condições de dar uma melhor assistência.

Mais do que a substituição de hospitais psiquiátricos por novos serviços, porém, a proposta da Reforma Psiquiátrica consiste numa mudança da lógica assistencial, nos modos de tratar o louco e, portanto, na mudança do estatuto da loucura na sociedade brasileira. No lugar da exclusão da loucura, os novos serviços, como os CAPS, passaram a ter função central no processo de reinserção social do louco. O CAPS, com sua capacidade de comunicação com o território e com sua articulação constante com demais setores da sociedade, é o principal dispositivo para esta nova lógica de lidar com o louco diferente daquela manicomial: a lógica da atenção psicossocial.

Depois de dez anos da Lei Federal 10.216, já é possível fazer uma análise de suas consequências. Diversos aspectos poderiam ser avaliados.

Um processo de tal magnitude pressupõe que as situações de crise não fiquem de fora do escopo de situações tomado pelos novos dispositivos e suas estratégias de cuidado, sob pena de não obter êxito em suas propostas fundamentais.

Neste trabalho optamos por pesquisar como vêm sendo realizadas as práticas de atenção à crise no município do Rio de Janeiro. Crise é um termo que tem diversos significados. De um modo geral, pode ser entendido como momento específico em que a experiência subjetiva se configura de tal modo que se torna incompatível com o contexto social em que está inserido, fazendo com que a pessoa procure um serviço de saúde mental. Costa (2007) define como um momento de efervescência de questões, afetos e comportamentos que determinam uma intervenção clínica. Dell'Acqua e Mezzina (2005) afirmam que existe um valor limite, em função de uma determinada organização psiquiátrica, a partir do qual questões das mais diversas ordens, emocionais, psíquicas, sociais, familiares, são consideradas crise. Isto significa que a noção de crise é sempre circunscrita em um determinado contexto histórico-social, num determinado território, a partir do qual algum evento que ultrapasse esse limite construído socialmente é entendido como crise. Do ponto de vista subjetivo, a crise deve ser entendida também como um momento de ruptura com uma determinada organização ou arranjo subjetivo com o qual o sujeito conseguia se posicionar diante das questões da vida.

A opção por este tema é orientada pela ideia de que a atenção às situações de crise é um grande desafio para o sucesso de uma reforma psiquiátrica (SOUZA, 2008; WHO, 2003). É no momento da crise que podemos avaliar se de fato há mudança na

lógica assistencial, ou se ainda reproduzimos antigas práticas assistenciais de caráter manicomial quando a situação é mais aguda. Para Souza (2008), a questão da crise é um desafio para qualquer serviço que tenha como objetivo o tratamento em liberdade, porque isto implica um trabalho cotidiano de criação de formas de restabelecimento do laço social rompido na crise.

O que se está querendo propor é que a partir do entendimento de que a crise tem uma relação com rompimento do laço social por ser, por um lado, concebida em um determinado contexto social que estabelece os limites a partir dos quais um comportamento ou uma resposta subjetiva são entendidos como crise, o tratamento deve levar em conta o modo como esta sociedade se organiza e seus valores, assim como deve intervir também sobre eles.

Por outro lado, a crise também é um desarranjo subjetivo da organização que o sujeito produz para estar no meio social, de modo que as tecnologias de cuidado devem promover condições para que o sujeito possa reconstruir um novo modo de articulação com o social. Para isso, é preciso que, para além de respostas prontas e de classificações psicopatológicas, o tratamento se subordine às necessidades particulares e construa novas soluções a cada situação.

O CAPS, com seu lugar central na Reforma Psiquiátrica Brasileira, tem em seu mandato, entre outras atribuições, a função de receber e tratar pacientes em crise. É preciso, portanto, que esteja preparado para isso, e que haja de fato uma política que favoreça este processo.

No entanto, pude observar através de minha prática em saúde mental que, em muitos casos, as situações de crise têm sido contornadas através de recursos tipicamente manicomiais, como se as estratégias do campo da atenção psicossocial só pudessem ter efeitos em casos já estabilizados. Neste sentido, as intervenções multidisciplinares, orientadas para o território, com olhar amplo direcionado para os aspectos subjetivos, que incluem a questão central do rompimento do laço social que engendra a irrupção da crise são deixadas de lado, enquanto se recorre muito facilmente às contenções mecânicas e medicamentosas, à internação psiquiátrica e à intervenção uni-profissional médica.

Para melhor situar o foco da questão, vou retomar meu percurso de formação até o momento. Fiz faculdade de psicologia e alguns estágios em saúde mental. Em especial, fui acadêmico-bolsista do município do Rio de Janeiro, onde passei um ano no hospital-dia Casa d'Engenho, no Instituto Nise da Silveira, que já funcionava como um

CAPS antes de se tornar o CAPS Torquato Neto. Além disso, fui estagiário da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, como acompanhante terapêutico no processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão, no município de Carmo/RJ, que estava sob intervenção em função das condições precárias em que funcionava. Após estas experiências, descobri que meu desejo se direciona de fato para a área da saúde mental. Tanto no campo acadêmico quanto no que diz respeito ao trabalho prático. Por este motivo, fiz a Especialização no Formato de Residência em Saúde Mental, proporcionada pela prefeitura do Rio de Janeiro em parceria com o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). A prefeitura oferece o campo de estágio, chamado de treinamento em serviço, e a universidade oferece o subsídio acadêmico. Fui lotado em serviços da Zona Norte do Rio de Janeiro, onde passei pelo CAPS Torquato Neto, CAPSad (álcool e drogas) Raul Seixas, CAPSi (infanto-juvenil) Maria Clara Machado, pelos serviços do Instituto Nise da Silveira de moradia, ambulatório e enfermaria. Durante a Residência, meu interesse específico pela questão da crise despertou-se, principalmente após a passagem pelos CAPS e pela enfermaria. Concluí a especialização com monografia elaborada a partir de casos clínicos de pacientes em situação de crise. Ao fim da residência, fui contratado pelo Instituto Nise da Silveira, onde fui assessor do Núcleo de Atenção à Crise (NAC) para as enfermarias feminina e masculina de crise das áreas programáticas (A.P.) 3.1 e 3.2 (o município do Rio de Janeiro tem seu território dividido administrativamente em A.P.).

As enfermarias psiquiátricas no Rio de Janeiro têm tido importante papel na atenção à crise devido aos limites que os recursos comunitários existentes, principalmente os CAPS, têm enfrentado para responder às necessidades de atenção do território de forma integral. Ou seja, algumas situações se conformam de tal forma que são encaminhadas à internação psiquiátrica, já que os CAPS e ambulatórios não têm condições de fornecer os cuidados necessários. Estas situações são chamadas comumente de crises. Existe, portanto, diante do número relevante de internações no município do Rio de Janeiro, um número também relevante de crises as quais os CAPS não têm atendido plenamente.

Pude observar no meu trabalho que as situações levadas à internação e que chegam às enfermarias, normalmente chamadas de situações de crise, são episódios nos quais o quadro clínico necessita de intervenção constante e ágil, muitas vezes no território e mesmo na moradia do paciente e que, nos casos que já estavam em

tratamento, os CAPS não têm conseguido fazer este tipo de acompanhamento. Por outro lado, nos casos de pacientes que não estão em tratamento, seja por estarem na primeira crise, ou por nunca terem se tratado, é interessante notar que buscam a internação como primeiro recurso, antes de buscar apoio na rede comunitária. Existem muitas outras crises manejadas pelos CAPS, assim como casos em que a população recorre aos CAPS e os reconhece como serviços de apoio fundamentais. No entanto, existe um limite a partir do qual não tem sido possível deixar de recorrer às internações em hospital psiquiátrico. Como o objetivo da política de saúde mental é diminuir ao máximo as internações em hospital psiquiátrico até que se possa prescindir dela é fundamental entendermos como se constrói este limite. Da mesma forma, é preciso avançar na compreensão de como funcionam os CAPS, para que se possam alargar estes limites e ampliar a capacidade de atender as situações de crise.

Na minha experiência, foi possível também perceber que os trabalhadores de saúde mental enfrentam as questões da crise de várias maneiras. É esperado que haja mesmo uma variedade de modos de tratar a crise, que respeitem as singularidades subjetivas e a complexidade da construção de um fenômeno como esse (COSTA, 2007; FERIGATO et al, 2007). No entanto, a variedade de sentidos atribuídos à noção de crise que persiste na concepção dos trabalhadores também permite que muitas intervenções se pautem pelas estratégias manicomiais, de isolamento e contenção física, medicamentosa e espacial. Para isso, também contribuem as ações políticas, a elaboração de programas e a organização da rede e dos serviços. Estas também se baseiam em noções de crise e, principalmente, de como deve ser a lógica de uma rede de saúde mental.

O objetivo principal deste trabalho é compreender como tem sido a atenção à crise nos CAPS do município do Rio de Janeiro, identificando quais os maiores desafios enfrentados pelos CAPS no atendimento a situações de crise e qual o lugar dos CAPS na política e na rede de saúde mental da cidade. Como pressuposto para esta pesquisa temos a ideia de que o CAPS é o dispositivo criado para efetivar a reformulação das práticas de cuidado em saúde mental e portanto deve ser capaz de operar tais mudanças.

Os objetivos específicos são:

- 1) Mapear e discutir o que os profissionais entendem por crise, como acreditam que deve ser enfrentada e como entendem o papel dos CAPS na atenção à crise.

2) Compreender a natureza e as características das intervenções utilizadas pelos CAPS nas situações de crise.

3) Analisar qual a relação dos CAPS, no que diz respeito à atenção à crise, com outros recursos territoriais e com outros serviços da rede de saúde, tais como hospital psiquiátrico, emergência e Estratégia de Saúde da Família.

Para que os objetivos sejam alcançados se recorrerá à revisão da literatura sobre o tema, a coleta e análise de informações junto a profissionais de CAPS e a um levantamento do contexto assistencial dos CAPS no Rio de Janeiro.

Existem vários e importantes trabalhos que descrevem e definem a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Nossa perspectiva aqui é tentar apontar alguns aspectos que nos interessam para a discussão sobre os CAPS, serviços estratégicos no modelo assistencial em saúde mental preconizado no Brasil, a respeito de algumas de suas características fundamentais para que possamos balizar alguns argumentos acerca da atenção à crise. Nesse sentido, iremos identificar concepções de serviço de saúde mental que façam parte do processo de construção do que se entende como características essenciais aos CAPS. Para isso, tentaremos mostrar nuances de diferentes pontos de vista que certamente influenciaram o que são os CAPS hoje.

A nossa estratégia, do ponto de vista conceitual, para essa empreitada é: a partir de algumas das teorias que inspiraram o processo brasileiro, como a Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) e a Psiquiatria Preventiva norte-americana, discutir a relação entre a concepção dos CAPS e a atenção à crise; identificar características do processo de construção e implantação dos CAPS, como seus marcos históricos e normativos; discutir alguns pontos cruciais a respeito da organização dos CAPS a partir de pesquisas recentes; e abordar dilemas atuais que possam ter relação com o cuidado em situações de crise.

No primeiro capítulo, procuraremos fazer breves apontamentos sobre duas experiências internacionais que influenciam a brasileira. A escolha da Psiquiatria Democrática Italiana e da Psiquiatria Preventiva nos EUA se dá pela forte presença de alguns argumentos de cada uma delas no discurso brasileiro. Sabemos da importância de movimentos reformadores como as Comunidades Terapêuticas, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor francesa e a Antipsiquiatria (AMARANTE, 1995).

No entanto, foi preciso fazer uma escolha que privilegiasse uma articulação entre os posicionamentos das tradições que estudaremos e as observações feitas na leitura dos textos e na pesquisa de campo.

A Psiquiatria Democrática Italiana é uma forte influência nos profissionais de saúde mental, principalmente os que militaram nos movimentos sociais que culminaram com o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É também uma tradição reformista em saúde mental que sustenta uma posição superação da lógica e do aparato que se construiu em torno da objetivação da doença mental pela medicina (ROTELLI, 1990), de maneira que faz uma contundente crítica à Psiquiatria Preventiva que nos será útil nas reflexões da pesquisa.

A Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos, cujos princípios teóricos e práticos foram sistematizados por Gerald Caplan (1980) é justamente a outra proposta de modelo assistencial em saúde mental de que tentaremos pinçar alguns aspectos. Esta escolha ocorreu por conta de uma percepção de que o modelo americano dos anos 1960 apresenta argumentos atuais no contexto de expansão da atenção primária em saúde no Brasil e de sua aproximação com o campo da saúde mental (COSTA, 2005). Além disso, Caplan organiza uma importante teoria das crises, num momento de introdução deste termo no campo da psiquiatria.

No segundo capítulo, faremos algumas reflexões sobre a natureza dos CAPS no Brasil. Na primeira parte, com o intuito de contextualizar a pesquisa e melhor precisar nosso objeto de investigação daremos uma breve explicação conceitual sobre a constituição do CAPS como dispositivo assistencial e remontaremos um pouco de sua história no Brasil. Na segunda parte, tentaremos, a partir de pesquisas atuais, compreender melhor as características fundamentais dos CAPS no Brasil e algumas questões suscitadas por estas pesquisas. Por fim, na terceira parte, faremos uma discussão em função do que alguns autores têm tratado como dilemas atuais no campo da saúde mental.

O terceiro capítulo é dedicado a uma investigação sobre a diversidade de sentidos do termo crise. Tentaremos fazer um percurso que vai da origem etimológica do termo, passa pela psiquiatria tradicional, por conceitos da Psiquiatria Democrática Italiana e pela teoria das crises da Psiquiatria Preventiva. Assim, incluiremos as noções que induzem tanto as práticas preconizadas pela atenção psicossocial no Brasil quanto as que induzem as práticas típicas do modelo manicomial, que se pretende substituir com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isto se baseia na ideia de que as práticas em

saúde mental não são apenas consequência de políticas, mas também de concepções teóricas e ideológicas que norteiam as ações dos trabalhadores. Assim, poderemos melhor entender como se orientam essas práticas.

O quarto capítulo se destina à apresentação da metodologia de nossa pesquisa, seus aspectos teóricos e éticos, assim como uma reflexão sobre a entrada no campo.

O quinto capítulo inaugura a segunda parte de nosso trabalho em que fazemos a apresentação da pesquisa de campo. É uma brevíssima retrospectiva sobre a rede de saúde mental no Rio de Janeiro, de modo a poder introduzir e contextualizar a discussão.

O sexto capítulo é a apresentação das observações da pesquisa de campo. Começaremos pela descrição do processo de trabalho no CAPS; depois iremos para as reflexões dos profissionais sobre a função do CAPS e as concepções de crise; os modos de intervenção em situações de crise; e a relação do CAPS com a rede de uma forma geral e com cada um dos serviços com os quais o CAPS mais se relaciona.

CAPÍTULO 1

ALGUNS REFERENCIAIS TEÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

1.1

PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA ITALIANA: O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO COMO NORTE E A CRÍTICA À PSIQUIATRIA PREVENTIVA

Para Basaglia (2010), as instituições têm um significado político enquanto uma funcionalidade institucional inserida no âmbito de um sistema social geral. Ou seja, as instituições são tanto mais importantes quanto mais servem para a manutenção ou alteração de um sistema. As instituições psiquiátricas tradicionais, mais notadamente o hospital psiquiátrico, têm como função principal a exclusão de elementos perturbadores de uma ordem social e de seus valores.

Uma nova instituição, que venha a cumprir a missão de recusa à realidade manicomial, depende da sustentação de um processo de mudança constante, com a participação de todos os atores envolvidos. Basaglia (2010) afirma então que, após a destruição da realidade manicomial, caso a situação se conforme como outra institucionalidade, com a cristalização de regras e dogmas, e o processo de reconstrução se detenha, o que ocorre é um novo arranjo, com novas técnicas, mas que visa a cumprir com a mesma função social. Para ele, para qualquer possibilidade terapêutica é necessário que haja uma dialética interna que permita a manutenção do processo de mudança.

Como Rotelli (1990) nos explica, quando Basaglia propõe a “Instituição Negada”, ele não intenciona colocar em questão somente o manicômio, mas principalmente a ideia de doença mental, enquanto objeto sobre o qual se erigem estruturas como o manicômio. Ou melhor:

A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’. (ROTELLI, 1990).

Se é possível compreender que o manicômio é o instrumento maior da função de extirpação daquilo que se apresenta como diferença numa ordem social e não ele mesmo a instituição em questão, compreende-se também que a humanização de seu interior não o destitui de sua violência intrínseca que é a própria segregação. A negação da instituição é a negação da operação com a qual a sociedade autoriza a psiquiatria a negar, anular e isolar os sujeitos à margem da normalidade (ROTELLI e AMARANTE, 1992).

Do mesmo modo, a desospitalização não funciona como mecanismo de desinstitucionalização, no sentido basagliano, já que não incide no princípio que orienta a questão manicomial e, conseqüentemente, não determina o fim do hospital psiquiátrico, não modifica a lógica de cuidado e não incide sobre o poder do saber psiquiátrico nem sobre outros instrumentos técnico-científicos de poder (ROTELLI e AMARANTE, 1992).

Na verdade, tal proposta basagliana tem em seu cerne a formulação de um novo paradigma epistemológico em função do qual possa se construir uma nova maneira de relação com a loucura diferente daquela que se constitui com a noção de doença mental. Como consequência, nascem novas racionalidades sustentadas por esse novo paradigma. Se a noção linear de causalidade que define a doença mental é um dos alicerces do paradigma tradicional da psiquiatria, propõe-se então a noção de *“existência-sofrimento em relação com o corpo social”*, que traz à luz a questão da associação entre tratamento e cidadania.

Assim, visa-se contornar o problema do objeto da psiquiatria. A doença mental enquanto objeto se constitui tanto mais distante da experiência real da loucura quanto mais intenciona defini-la em sua totalidade (ROTELLI e AMARANTE, 1992). Um objeto com tamanha complexidade, produzido na articulação da experiência subjetiva com o encontro social, exige que o modo com o qual nos debruçemos sobre ele seja da mesma forma complexo e diversificado.

A proposição basagliana de pôr a doença entre parênteses não deseja negar a existência da doença mental. Compreende, na verdade, que a construção da doença mental, como objeto da psiquiatria, é um artifício. O que não faz dela inexistente, mas que produz uma simplificação e a afasta de seu contexto concreto e existencial, de sua relação com o campo social e de suas diversas determinações. A negação da instituição busca restituir a experiência das pessoas a sua complexidade contingencial (ROTELLI, 1990; ROTELLI e AMARANTE, 1992).

Ao contrário das críticas que acusam a psiquiatria democrática de propor o não tratamento, a restituição dessa complexidade dá as bases para novas formas de lidar com a “*experiência-sofrimento em relação com o corpo social*” que substituem o tratamento tradicional. De modo que a desinstitucionalização é a criação de novas formas de vida e produção de subjetividade, mas que excluem a repetição do mesmo destino e modos de existência social fadados aos doentes mentais (ROTELLI, 1990).

Segundo Leal e Delgado (2007), o termo desinstitucionalização no Brasil atende a dois sentidos complementares comumente empregados pelos profissionais do campo. Um é o da elaboração de estratégias de agenciamento da saída de pacientes com transtornos mentais graves, com longas internações em instituições psiquiátricas, para o território, seja para dispositivos como os serviços residenciais terapêuticos (SRTs) e moradias assistidas, ou mesmo para o retorno familiar. Evidentemente que este sentido inclui a preocupação com a garantia de criação de modos de cuidados para estas pessoas. Embora a institucionalização, como dito acima, não se defina estritamente pela vida dentro de instituições como o manicômio, por esta ser uma das estratégias mais perversas – porque incidem de maneira avassaladora sobre as pessoas subjetivamente e socialmente mais fragilizadas em relação a se defender deste tipo de processo – e eficazes de institucionalizar, as ações de desinstitucionalização são, em sua maior parte, de criar políticas e mecanismos para que as pessoas possam sair dessas instituições.

O outro sentido, de caráter mais amplo, diz respeito ao enfrentamento das alienações a que todos podem ser submetidos cotidianamente, provocadas por instituições manicomialis ou não. Neste segundo sentido, o termo desinstitucionalização presume que o processo de alienação, no qual o sujeito perde contato com determinantes de seu destino, é resultante de uma institucionalização, que se define prioritariamente pela cristalização de modos de vida que se impõem através de instituições sociais enrijecidas. Ou, como diriam Leal e Delgado (2007), a condição patológica dos chamados doentes mentais é a sua restrita capacidade normativa, no sentido da capacidade de criar normas que interferem no ambiente e na sua relação com ele. Neste caso, o ambiente é a relação com o social. Portanto, se as operações de cuidado se basearem em formas de adaptação ao meio, como modos de adequação de pessoas a exigências sociais de comportamentos ditos aceitáveis ou funcionais, elas se colocam ao lado das operações institucionalizantes, ou que reforçam a incapacidade de criar normas para a relação com o mundo. O privilégio que alguns profissionais podem dar a modelos aparentemente saudáveis de vida não tem nada de clínico, pois, ao se imporem como

protótipos pré-estabelecidos, são meramente normativos, adaptadores e, portanto, institucionalizantes.

É por isso que a clínica da atenção psicossocial deve favorecer a construção de recursos com os quais o sujeito amplie as possibilidades de se posicionar no mundo. E isso não se faz sem instituições, mas com instituições que, avisadas de sua incumbência clínica, devem se esforçar para estar sempre em transformação, orientadas pela produção de vida e pelas necessidades que se apresentam em cada caso.

Rotelli (1990) propõe uma ‘instituição inventada’, que se sabe inventada e que, por isso mesmo, se organiza de modo a usar o poder institucional para que mantenha si mesma e outras instituições em constante processo de transformação. Assim, Rotelli define como terapêuticidade a intencionalidade em provocar, movimentar e precipitar trocas sociais, que antes não seriam possíveis ou estariam bloqueadas. Ele diz:

(a produção de vida...) deve fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro. (ROTELLI, 1990)

Com relação à psiquiatria preventiva americana, Basaglia (2010) faz importantes críticas. Segundo ele, a nova legislação sanitária que passara a vigorar no governo Kennedy, em 1963, tinha o objetivo de resolver tecnicamente algumas contradições da sociedade norte-americana. Por isso, ele afirma que, no contexto da “Guerra à Pobreza” dos Estados Unidos nos 1960, os novos serviços comunitários funcionam como uma nova tecnicidade com o objetivo de resolver conflitos sociais. Desta forma, uma nova parcela da população poderia ser incluída nos mecanismos de produção através de técnicas de readaptação. Basaglia afirma ainda que como as novas instituições psiquiátricas passaram a tratar também de aspectos sociais, o campo de ação da psiquiatria pôde estender-se a novas áreas da sociedade.

Assim, a lógica manicomial se manteria intacta, atrás de uma gama de serviços que Basaglia define como instituições de tolerância. Além disso, estas instituições ampliavam os mecanismos de repressão com novas técnicas.

A prevenção, por exemplo, enquanto conceito que autoriza a intervenção antecipada ao agravamento de situações que causam certa desordem social, serve mais como instrumento dilatador do campo da doença do que como articulação sanitária que

viesses a diminuir a incidência desta. Basaglia (2010) afirma que tais instituições dependiam de uma marginalidade improdutiva e desadaptada. E a possibilidade de readaptação é a própria condição de existência deste modelo. Assim, a prevenção é um mecanismo pelo qual se efetua a definição desta população que agora passaria a ser objeto da psiquiatria.

Nos Estados Unidos desta época, os manicômios continuaram a existir, enquanto os serviços comunitários não construíam possibilidades de cuidado que inviabilizassem a existência da realidade manicomial.

A negação da dimensão manicomial ocorre sobretudo mediante a destruição do manicômio por parte do setor psiquiátrico aberto e comunitário. Se o manicômio continua a servir como local de descarga dos doentes transtornados, o resto é uma mistificação. (BASAGLIA, 2010, pág.154)

Assim, no modelo americano dos anos 1960, a existência dos serviços comunitários é secundária às ações do manicômio, que continua com seu mandato de competência diante das situações mais difíceis. Os casos graves, as crises e os pacientes ditos crônicos continuavam a ser enviados aos hospícios.

1.2

A PSIQUIATRIA PREVENTIVA NOS ESTADOS UNIDOS: UMA PSIQUIATRIA AMPLIADA

Nos Estados Unidos, nos anos de 1960, segundo Costa (2007), houve um aumento significativo de internações com a Psiquiatria Preventiva. A autora afirma que isso se deve a uma exacerbação da lógica de que é normal procurar um serviço de saúde para tratar de qualquer problema subjetivo. Para ela, isso não é um fenômeno que se restringiu aos Estados Unidos. Ela afirma que esta é uma lógica crescente no mundo e que faz com que os serviços de saúde mental estejam sempre lotados. É o que ela chama de institucionalização do sofrimento e de normalização da procura por serviços de saúde mental.

Por conta de efeitos semelhantes no mundo atual, pela consistência de um modelo importante que perdurou por muitos anos e pela sua característica de propor uma complementaridade entre serviços comunitários e hospitalares, faremos uma introdução a algumas características da Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos. As críticas de Basaglia (2010) a este modelo foram construídas no momento de suas constatações sobre a impossibilidade de substituição de uma lógica de exclusão, que se exercia através da psiquiatria, com a manutenção da existência dos hospitais psiquiátricos. Hoje, mesmo que numa realidade bem diferente, tais críticas não deixam de ser atuais. Algumas características, conquistas e consequências da Psiquiatria Preventiva se assemelham e talvez sejam precursoras de algumas propostas atuais. Citaremos alguns argumentos que nos fazem acreditar nisso.

A noção de desinstitucionalização na reforma do modelo de saúde mental americano nos anos 1960 se define mais como desospitalização, no sentido administrativo da racionalização de gastos pautada pela redução de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos (AMARANTE 2008; COSTA, 2005), o que se assemelha ao primeiro dos dois sentidos de desinstitucionalização no Brasil, marcado por estratégias de retirada de pacientes de dentro dos hospitais (LEAL e DELGADO, 2007). Além disso, há o fortalecimento de propostas de modelos assistenciais que combinem a atenção comunitária com a atenção hospitalar, inclusive com a chancela da Organização Mundial da Saúde, como o *modelo de atenção equilibrada* (THORNCROFT e TANSELLA, 2008), mas que não propõem a superação do modelo tradicional centrado na concepção de doença mental como objeto da medicina.

A introdução a algumas características da Psiquiatria Preventiva possibilitará, posteriormente, comparações com algumas constatações da pesquisa de campo.

No início dos anos 1960, os Estados Unidos se encontram diante de uma discussão acirrada sobre a assistência psiquiátrica. Apesar de haver certo consenso em relação à obsolescência de grandes hospitais psiquiátricos, considerados lugar de desassistência, duas propostas ganhavam força. O Relatório da Comissão Conjunta, que envolvia diversos psiquiatras americanos, propunha a reforma dos hospitais, sua diminuição de tamanho, a ampliação dos tipos de recursos dentro dos hospitais e sua extensão para a comunidade. Já o discurso do presidente Kennedy, em 1963, reforçava a ideia de que a atenção à saúde mental deveria transferir seu enfoque do tratamento individual para atenção comunitária.

Segundo Caplan (1980), o que parece apenas uma diferença de enfoque entre os psiquiatras e os legisladores é, na verdade, uma diferença de princípios que traz consequências importantes para a assistência em saúde mental. Com o entusiasmo da proposta governamental e a garantia de investimento de recursos federais, ganha força o princípio que faz a passagem da atenção individual para tomar a questão da saúde mental como de ordem comunitária e de responsabilidade de todos. A questão da prevenção se torna preponderante em relação ao tratamento em saúde mental (CAPLAN, 1980).

Em 1964, Gerald Caplan escreve "*Princípios de Psiquiatria Preventiva*", livro que cria as bases conceituais do modelo que se procurou estabelecer nos Estados Unidos e que influenciou diversas experiências, inclusive a brasileira. Ele define a Psiquiatria Preventiva como um conjunto de conhecimentos profissionais, teóricos e práticos que busca reduzir: a incidência de distúrbios mentais (prevenção primária); a duração dos casos que efetivamente ocorrem (prevenção secundária); e a deterioração e os efeitos negativos resultantes destes distúrbios (prevenção terciária). A psiquiatria preventiva compreende que a etiologia dos distúrbios mentais é multifatorial, de modo que engloba fatores físicos, psicossociais e sócio-culturais (CAPLAN, 1980).

A preocupação de Caplan é que haja um sistema que se oriente para a população de uma forma geral. Ele espera que este sistema compreenda a comunidade como uma ecologia sobre a qual deve interferir para diminuir a incidência de distúrbios mentais e não para evitar que um determinado indivíduo adoça. Assim, ao invés de se dirigir sobretudo aos adoecidos, ele propõe um sistema que evite que aqueles que estão

saudáveis não venham a ser futuros doentes mentais. Ele diz sobre sua preocupação com que haja o devido controle em relação à possibilidade de novos indivíduos com desvios:

Minha ênfase sobre um enfoque abrangente baseia-se na convicção de que não só os padrões de comportamento mentalmente perturbado são parte de um sistema geral de respostas ecológicas de uma população em sua interação com o meio ambiente, mas de que nossas próprias atividades como psiquiatras preventivos também participam do sistema de segurança comunitária total, por meio das quais se mantêm sob controle as respostas socialmente desviantes e a formação indevida de vítimas individuais. (CAPLAN, 1980, pág. 32)

A psiquiatria que Caplan (1980) defende tem algumas características principais. Ela deve organizar um arcabouço conceitual e prático que incida de forma abrangente em todas as causas possíveis relacionadas à etiologia das doenças mentais, mesmo que não se saiba exatamente como elas funcionam. Ele afirma que, mesmo que não saibamos cientificamente como os suprimentos físicos, psicossociais e sócio-culturais determinam a origem das doenças, devemos considerar os “melhores juízos correntes”, de modo que em longo prazo haverá avanços em termos populacionais, em que pese possíveis equívocos nesse percurso. Assim, o psiquiatra deve ampliar sua formação para os diversos assuntos da sociedade, ao passo que deve ser capaz de coordenar seu trabalho com os diferentes campos profissionais e sociais que podem interferir no destino da saúde mental da população, como o campo jurídico, educacional, religioso, da assistência social e os conselheiros de uma forma geral.

O caráter preventivo se exerce através da incidência da psiquiatria sobre os fatores etiológicos. Caplan então propõe que se faça uma divisão entre fatores manipuláveis, como a capacidade de resolver problemas, a força do ego e outros relativos principalmente à personalidade, e fatores não manipuláveis ou de destino, como a idade, o sexo, a condição social. Os fatores cromossômicos, segundo Caplan, encontram-se na fronteira entre um tipo e outro, já que ele espera que se descubram maneiras de interferir eugenicamente na população de modo a modificar os padrões genéticos que causem distúrbios mentais. A partir desta distinção, objetiva-se interferir nas influências perniciosas, nos fatores ambientais e em futuras experiências patogênicas (CAPLAN, 1980).

O modelo conceitual proposto pela Psiquiatria Preventiva procura intervir em aspectos que determinam a doença mental em longo prazo, como os fatores constantes que moldam o estilo de vida das pessoas, e em curto prazo, como as crises recorrentes que levam a súbitas mudanças de comportamento. Nesse sentido, Caplan enfatiza que a

ação da psiquiatria deve ser voltada para os fatores ambientais e não para os idiossincráticos (CAPLAN, 1980).

Assim, a questão da crise ganha uma visibilidade fundamental neste sistema. A crise é entendida como um momento que pode acontecer na vida de qualquer um e que pode ser o início de uma doença mental ou a oportunidade de fortalecimento para o que o indivíduo possa melhor enfrentar as difíceis situações da vida. Do ponto de vista preventivo, a crise é o pretexto para instrumentalizar a população para aprender a não se deixar adoecer (CAPLAN, 1980).

A proposta de Caplan (1980) visa à melhoria de um sistema assistencial falido. Caplan e seus colegas não tinham críticas exatamente aos modos de tratar, mas ao olhar da psiquiatria centrado nos indivíduos e não no conjunto da população, no que diz respeito ao cuidado subsidiado por recursos comunitários. Assim, todos os recursos de diagnóstico e tratamento devem ser aproveitados, inclusive o hospital psiquiátrico. Apesar da ressalva de que sempre haverá aqueles pacientes que o sistema não conseguirá atender, ele propõe uma organização que possua diversos serviços especializados em cada situação, de maneira que o paciente possa circular entre eles de acordo com sua necessidade.

Ao tentar diminuir a incidência de doenças mentais através de práticas preventivas, as ações de detecção de possíveis desviantes e desajustados da ordem social ampliam o campo de intervenção da psiquiatria ao se dirigir agora ao que Caplan chama de distúrbios mentais. Isso gera, por sua vez, um processo de medicalização, no sentido de que comportamentos diversos passam a ser abarcados pelo saber médico (AMARANTE, 1995).

A principal preocupação da Psiquiatria Preventiva é evitar novos desvios e novos desajustados. Embora favoreça um caráter multidisciplinar e intersetorial, no sentido de que valoriza a contribuição dos diversos saberes e dos diversos campos da sociedade, já que compreende que as doenças mentais são determinadas por múltiplos fatores, ela não se caracteriza pela inclusão das múltiplas possibilidades de expressão da vida. A multidisciplinaridade e a intersetorialidade são, neste contexto, estratégias para superar o que se evidenciava como insuficiência do modelo biomédico para explicar toda sorte de desvios sociais, de modo a manter, no entanto, a doença mental como objeto de uma psiquiatria mais abrangente (AMARANTE, 1995).

A Psiquiatria Democrática Italiana aponta para uma nova relação com a loucura em que o tratamento se dirige à criação de novas possibilidades de sociabilidade e de

subjetividade. Já a Psiquiatria Preventiva Americana se enquadra no esquema em que a loucura, como doença, e agora os desvios, como distúrbios, precisam ser tratados e evitados, ainda sob o guarda-chuva assistencial de uma psiquiatria reformada e atualizada, de modo que o mandato social da psiquiatria de afastamento das experiências perturbadoras da ordem social se reafirma. Ambas possuem importantes princípios que povoam a formação dos profissionais que se dedicam a este campo, além de inspirarem as políticas de saúde mental e as recomendações ao longo das últimas cinco décadas de órgãos como a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) (AMARANTE, 1995).

CAPÍTULO 2:

REFLEXÕES SOBRE A NATUREZA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

2.1

NOVOS SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL: SUBSTITUTIVOS OU COMPLEMENTARES

Um pouco da história dos CAPS no Brasil: a criação do centro de atenção psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, na Rua Itapeva, no município de São Paulo, em 1986, marca a inauguração do primeiro CAPS do Brasil. Três anos depois, em Santos, após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, surgem os primeiros núcleos de atenção psicossocial (NAPS). Segundo Amarante e Torre (2001), trata-se de experiências fundamentais e emblemáticas para a construção das políticas de saúde mental subsequentes e, conseqüentemente, das novas práticas que daí advieram.

Os autores, no entanto, afirmam que são experiências de naturezas distintas e que, por isso, possuem riquezas conceituais e vivenciais próprias. Analisando os documentos de inauguração dos dois novos tipos de serviços, o CAPS da Rua Itapeva e os NAPS de Santos, criados até então, Amarante e Torre (2001) apontam as características principais de cada um.

O documento que introduz o CAPS da Rua Itapeva em São Paulo é formulado antes de sua inauguração, produzido pela coordenação de saúde mental do município com o objetivo de conseguir recursos para o mesmo. Além de ter um aspecto mais administrativo, descreve o CAPS como uma estrutura intermediária entre a atenção ambulatorial e a hospitalar, de internação. As principais justificativas para o novo serviço são seu caráter não cronificante, não burocrático, ligado à sociedade e à comunidade, em oposição ao modelo anterior, centrado na internação hospitalar. Ele amplia o espectro da intervenção assistencial a questões significativas, como o trabalho, a vida familiar e o contexto social. Visa, com isso, valorizar os mais diversos aspectos da vida, ressaltando o respeito às diferenças e às singularidades. O documento o descreve ainda como um serviço que funciona de segunda-feira a sexta-feira, durante oito horas por dia. O serviço se dirige a pacientes graves, com significativas limitações e incapacidades sociais.

Amarante e Torre (2001) atentam também para um aspecto fundamental da lógica preconizada pelo CAPS: a valorização do CAPS como lugar de transmissão de experiências, tanto entre os profissionais quanto para os pacientes. Neste sentido, o CAPS então criado tem o que os autores chamam de um caráter docente-assistencial. Ou seja, instrumentaliza os profissionais à medida que a troca de experiências e saberes ocorre no âmbito do serviço, permitindo maior habilidade de lidar com as dificuldades que se apresentam na clínica. Também instrumentaliza os pacientes em função da intercomunicação de vivências e a partir da orientação dos técnicos, o que lhes possibilitaria maior capacidade para o convívio em sociedade.

A concepção de tratamento no CAPS Luiz da Rocha Cerqueira trazia novidades na própria concepção de clínica. Além da busca por diversidade nas ofertas de cuidado, com possibilidades de comparecimento diário em diferentes atividades e atendimentos com diferentes profissionais, questiona-se o saber psiquiátrico de uma perspectiva interna ao próprio campo. Assim, a clínica proposta pelo CAPS não rejeita a psiquiatria, mas a submete a uma compreensão mais ampla da doença mental e do cuidado (TENÓRIO, 2002)

Enquanto os NAPS se construíram em meio a uma reformulação ampla da assistência em saúde mental em Santos, o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira sustentava uma nova clínica em um serviço no contexto de uma rede complexa no município de São Paulo, a qual não nos ateremos em discutir nesse trabalho. Assim, foi possível aos NAPS se constituírem a partir de outros princípios.

O documento de inauguração dos NAPS é produzido já após o início dos trabalhos nos novos serviços e por isso expõe uma prática já em exercício. Tem orientação teórica baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica Italiana (RPI) e, portanto, na obra de Franco Basaglia e nas de seus sucessores. Os NAPS se qualificam como serviços que visam à desconstrução do manicômio e à sua substituição, em função de bandeiras como a não exclusão e a não segregação do louco. Propõem, a partir da superação da lógica assistencial pela lógica da produção de saúde, uma outra ética de trabalho. Esta outra ética consiste, por exemplo, na compreensão de que o trabalho em equipe se caracteriza por agir, pensar e repensar o serviço de modo compartilhado pelos profissionais.

Neste sentido, Dell'Acqua e Mezzina (2005), a respeito dos centros de saúde mental de Trieste, na Itália, cidade na qual se operaram importantes experiências da RPI, afirmam que estes equipamentos de saúde não podem atender os pacientes,

respeitando suas individualidades, se não forem capazes de se colocar, eles mesmos, os serviços, em crise. Os autores querem dizer que a atenção à loucura não pode se efetuar a partir de práticas pré-estabelecidas, e, por isso, os serviços devem estar sempre se renovando, colocando suas práticas em questão e reavaliando os modos de intervenção que produzem. Por isso, a ética de trabalho proposta pelo NAPS introduz a ideia de projeto terapêutico individual como forma de unificar sob a mesma direção de trabalho as diferentes técnicas e saberes que se impõem no tratamento de uma pessoa, de modo que os técnicos compartilhem o mesmo caminho na hora de medicar, de fazer uso psicoterapia, da intervenção familiar e da comunitária.

Amarante e Torre (2001) mostram ainda outras características importantes dos NAPS. Uma delas é a importância da regionalização, ou seja, da responsabilização assumida pelos serviços por um determinado território. Com isso, objetiva-se estabelecer diálogo com as diferentes organizações comunitárias, conhecer as necessidades do território e o percurso psiquiátrico que ali se constitui. É possível então um acompanhamento mais integral no que diz respeito às necessidades do usuário.

Dell'Acqua e Mezzina (2005) também têm um discurso parecido a este respeito. Eles qualificam como fundamental a noção de tomada de responsabilidade, no sentido de uma “disposição em apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre”. Eles afirmam ser necessário que os serviços se responsabilizem por toda a demanda de saúde mental de uma área, que acompanhem e apoiem os indivíduos em seus percursos nas diversas instituições da organização social e que sejam responsáveis também pelas ações de promoção, prevenção e reabilitação. Da mesma forma, o documento dos NAPS propõe a não separação entre prevenção, tratamento e reabilitação e que sejam os NAPS o lugar a partir do qual se dêem estas ações. Por isso, tanto os Centros de Saúde Mental da Itália quanto os NAPS se propõem a tratar das situações de crise, à medida que se responsabilizam integralmente pelo cuidado de saúde mental de uma determinada região. No documento dos NAPS, afirma-se que a real compreensão da necessidade de atender as crises é fundamental para um serviço que tenha por objetivo substituir de fato o manicômio. Desta forma, os NAPS funcionavam vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana.

Para Amarante e Torre (2001), o que estas experiências buscavam originalmente é a superação de um modelo anterior, centrado na internação hospitalar, e não sua modernização e humanização. Tal modernização é sempre um risco e pode se dizer que

algo desta ordem aconteceu em experiências como psiquiatria preventiva nos Estados Unidos e as reformas inglesas das décadas de 1940 e 1950.

Para o sucesso desta superação, é necessária a ruptura com os paradigmas que sustentam a psiquiatria tradicional. Ou seja, é imprescindível a ruptura com os princípios teórico-práticos, baseados nas ciências naturais, que fundam a noção de doença mental, incurável, sinônimo de desrazão, patologia e periculosidade, e que qualificam o manicômio como lugar de cura, do tratamento moral – o asilo como recurso terapêutico adaptacionista e normalizador (AMARANTE e TORRE, 2001).

Do ponto de vista dos marcos normativos, em nível nacional, os CAPS são criados no início dos anos 90, através das portarias do Ministério da Saúde (MS) 189/91 (BRASIL, 1991) e 224/92 (BRASIL, 1992), que regulamentam novos procedimentos e novos serviços. Entre outras coisas, a portaria 189/91 inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde novos procedimentos para a saúde mental, inclusive procedimentos nos serviços, então denominados como NAPS/CAPS. A portaria 224/92 descreve todos os serviços de saúde mental, com sua composição em recursos humanos, horário de funcionamento, atribuições e regras de financiamento.

Os NAPS/CAPS são descritos como serviços intermediários entre a atenção ambulatorial e a hospitalar, com equipe multiprofissional, com responsabilidade adscrita a uma determinada região, cujos pacientes terão direito a atenção por um ou dois turnos, porém com possibilidade de acolhimento noturno. São unidades que podem funcionar em regime de vinte quatro horas por dia, segundo as definições do gestor local. Não qualifica quais os tipos de pacientes que devem ser atendidos nos NAPS/CAPS, e afirma a atribuição de porta de entrada de tais serviços.

As portarias citadas reúnem na mesma descrição características tanto dos NAPS quanto dos CAPS. Não preconizam a substituição do hospital psiquiátrico por serviços territoriais e não se referem à atenção à crise. No entanto, os serviços podem acolher situações mais graves, de acordo com as determinações dos gestores locais. Para Amarante e Torre (2001), isso tem como consequência a homogeneização de experiências distintas que assim se empalidecem quanto à riqueza conceitual que adquirem. De fato, as portarias 189/91 e 224/92 enfraquecem a discussão teórica que representavam as diferenças entre o CAPS Luiz da Rocha Cerqueira e os NAPS de Santos.

Em 2002, a portaria 336/02 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), em decorrência da necessidade de atualização da legislação após a promulgação da lei

10.216 de 2001, substitui as duas portarias anteriores e cria os CAPS I, CAPS II e CAPS III, além dos CAPSi e dos CAPSad. Os CAPS e NAPS até então existentes viriam a se cadastrar posteriormente nessas novas modalidades. No que diz respeito às atribuições dos serviços, a portaria reforça a ideia de responsabilidade regional. Diz ainda que os CAPS têm função de ordenador de toda a demanda de saúde mental de determinado território. Por isso, devem ter também a função de supervisão dos demais serviços da rede a respeito do cuidado em saúde mental. Quanto à clientela, a portaria determina que os CAPS atendam prioritariamente os casos com transtornos mentais severos e persistentes (TMSP). Define ainda que os CAPS podem atender os pacientes em três tipos de regime, intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, de acordo com o número de vezes que frequentam o serviço e o tipo de atividades desenvolvidas.

Os CAPS I e II se diferenciam pelo porte, ou seja, pelo tamanho da equipe técnica e da estrutura física, além do tamanho da população a ser atendida. Os CAPS I, segundo a portaria 336/02, têm capacidade operacional para atender municípios de 20.000 a 70.000 habitantes. Os CAPS II, por sua vez, têm capacidade para atender municípios de 70.000 a 200.000 habitantes. Ambos funcionam em dois turnos e estão fechados à noite e nos finais de semana.

Já os CAPS III funcionam vinte e quatro horas, inclusive nos fins de semana e possuem leitos para acolhimento noturno. O mesmo paciente deve permanecer no acolhimento noturno por, no máximo, sete dias seguidos ou dez intercalados em um período de trinta dias. Tem capacidade operacional para municípios de mais de 200.000 habitantes. No Rio de Janeiro, só havia CAPS II até março de 2010, quando foi inaugurado o CAPS III Maria do Socorro, na Rocinha.

2.2

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL, SUA ORGANIZAÇÃO E ALGUMAS QUESTÕES ATUAIS

O trabalho dos CAPS no Brasil é muito diverso. A partir de algumas pesquisas recentes iremos discutir algumas características que têm marcado este trabalho. Isso nos será bastante útil posteriormente, para que possamos compreender melhor em que contexto se insere a nossa pesquisa de campo. O CAPS por nós estudado tem os seus próprios modos de se organizar, mas certamente encontra semelhanças em outras experiências nacionais. Além disso, existem certos aspectos que são comuns em muitos CAPS Brasil afora. Tentaremos tratar de questões, dilemas e propostas frequentemente abordados. A utilização de pesquisas divulgadas recentemente procura conduzir o debate a partir de relatos de algumas experiências reais, das características observadas nos serviços e de desafios compreendidos como relevantes. Ao mesmo tempo, alguns conceitos comumente articulados com o campo da atenção psicossocial também serão abordados, de modo que possam também balizar algumas observações posteriores acerca da pesquisa de campo.

Muito se fala sobre a responsabilidade do CAPS sobre a demanda em saúde mental de um território. Este postulado tem relação com a proposta italiana dos Centros de Saúde Mental. Com a noção basagliana de *existência-sofrimento em relação com o corpo social*, a dimensão de sofrimento psíquico passa a comportar seu aspecto existencial em articulação com os efeitos de sua relação com o social, de maneira que a questão da cidadania deixa de ser apenas, e não menos importante, uma questão ideológica e passa a englobar um caráter constituinte da experiência de sofrimento. Assim, como diz Venturini (2010), os serviços de saúde mental devem “responder às problemáticas sociais e existenciais mais complexas ligadas inevitavelmente ao desconforto psiquiátrico”. Quando se diz, portanto, que os CAPS devem tomar a responsabilidade acerca das demandas de saúde mental de um território, isso não significa que os CAPS devem apenas atender pacientes graves e cuidar para que os demais estejam sendo atendidos adequadamente. Trata-se do princípio de que os CAPS devem exercer uma função no território de incidência sobre a comunidade de modo a interferir em sua relação com a loucura e, deste modo, na experiência de sofrimento. Daí seu caráter não especializado, não seletivo e acolhedor de qualquer demanda, no

sentido de que, a partir dela, deve ser um propagador de efeitos de sustentabilidade do sofrimento psíquico no convívio social.

Mas, a que noção de território estamos nos referindo? É preciso darmos certa ênfase a este tema, já que estamos afirmando que o cuidado em saúde mental necessita privilegiar as práticas no território. Não devemos compreendê-lo meramente como um espaço físico delimitado por fronteiras igualmente físicas. Milton Santos (2000) define território brilhantemente:

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. Santos (2000, pág. 96-97)

Nesta mesma linha de compreensão, Monken (2008) nos lembra que o conceito de território de Milton Santos remete ao modo com que se dá o uso dos objetos, entendidos como um sistema e não um somatório, de maneira que a inter-relação entre as pessoas e o modo combinado com que utilizam os objetos constituem o “conteúdo geográfico do cotidiano”. Assim, os serviços de saúde precisam reconhecer o território como lugar de características específicas, com tempo e espaço vivenciados de modo próprio. Devem também procurar compreendê-lo em diversos níveis da atividade humana, de maneira que se possa criar uma capacidade da análise social a partir do território. Até mesmo para que se possa fazer um planejamento assistencial adequado.

Há, portanto, a necessidade de que o território não seja compreendido como uma mera divisão espacial administrativa já que pode ser entendido, no campo da saúde, como o lugar de interação entre a população e o serviço. Nesse sentido, no nível local, a relação com o serviço de saúde pode ser também instrumento de fortalecimento da relação entre comunidade e seu território. Isto é fundamental porque o processo de agravamento da desigualdade social é associado ao processo de segregação espacial. Por isso, é necessária a ênfase na importância da dimensão local como estratégia de resistência ao processo de globalização, que força a submissão e o desaparecimento das experiências locais (MONKEN, 2008 e MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Esta acepção sobre o território é fundamental para a saúde mental. Há uma articulação possível entre uma visada que compreende o território a partir de sua relação com uma população e o território do ponto de vista subjetivo, de cada experiência

subjetiva. Por um lado, o CAPS precisa manter relações com o território, compreender seus meandros e as formas como funcionam os códigos sociais, se habilitar a percorrer seus caminhos e a acessar seus recursos. Além disso, é preciso saber manejar as situações difíceis, os pacientes graves e em crise, que proporcionam situações desagradáveis muitas vezes, de modo a construir possibilidade de que se sustentem no convívio territorial. As ações com pacientes em saúde mental têm repercussão na comunidade.

Por outro lado, enquanto base das relações sobre as quais se estabelece a vida das pessoas, do ponto de vista do cuidado em saúde mental o território deve ser compreendido como espaço das trocas sociais e subjetivas de que faz uso o sujeito. Ou seja, depende de como, onde e com quem um dado sujeito estabelece seus alicerces subjetivos e suas relações. Assim como as experiências locais, cada vez mais segregadas, excluídas e oprimidas, muitas vezes tendendo à extinção, precisam ser fortalecidas em suas particularidades, a loucura, entendida aí como um território subjetivo particular, da mesma forma que as dimensões locais, precisa encontrar meios de se sustentar em um mundo que lhe faz opressão, não a tolera e possui mecanismos potentes para extirpá-la do meio social comum.

As situações de crise se conformam aí como cruciais nas ações dos CAPS no território. A atenção a situações de crise no território, assistida com vigor e intensidade, tem consequências tanto para aquele que está em crise como para a comunidade. Ao passo que o sujeito procura estabelecer novos arranjos que o permitam algum laço social, ele não é retirado justamente de onde ele pode constituir-los. Da mesma forma, o corpo social é levado a construir meios de convivência com estas experiências, que fortalecem os mecanismos de solidariedade. Nada disso é fácil, mas certamente um bom começo é a confiança de que o serviço de saúde mental terá condições de realmente oferecer apoio e intermediar estas situações. Kaës (1997) nos lembra que a função de intermediário é aquela que favorece a articulação psicossocial, de forma que propicia processos de ligação e rearticulação entre elementos de campos heterogêneos. Nesse sentido, os CAPS devem incorporar a função de intermediário, como meio de, ao mesmo tempo, garantir o cuidado sem excluir do meio social e produzir relações de confiança com a comunidade. Não devemos compreender também que o paciente deve ser levado necessariamente ao convívio social mais amplo. Muitas vezes, seu território se sustenta numa vida mais isolada, ou com poucos vínculos. É preciso respeitar suas

peculiaridades, estas sim entendidas, portanto, como seu território, onde ele circula e o que lhe faz estabilizar e se organizar.

A rede, por sua vez, também deve ser entendida como a rede de possibilidades subjetivas e de vida. A rede se constitui no território, como ligação entre pontos de ancoragem que possam dar sustentação às experiências de sofrimento. São lugares de trocas afetivas e sociais, que se articulam e desarticulam entre si, na tessitura do território (LEAL e DELGADO, 2007). É preciso afirmar que tanto o território quanto a rede não existem por si só. Existem mesmo na articulação de que estamos falando. É preciso um ato, uma intencionalidade, um princípio que opere o cruzamento de pontos que forma a rede. Ela existe enquanto esta lógica a ratifica e a alimenta. Portanto, quando estamos diante de uma situação clínica, é função dos CAPS acessar os pontos no território que podem fazer sustentação para a vivência do paciente, de modo a induzir uma rede, de acordo com os recursos possíveis para o paciente, que de fato o apoiem e o ajudem a dar soluções para seus imbrólios existenciais. Quando falamos de possibilidades do sujeito, este termo não se refere somente aos limites de cada um, mas também ao que tem relação com a realidade de cada um. De maneira que as ações clínicas devem se pautar pelo que realmente pode fazer diferença na vida do sujeito e não por definições padronizadas de procedimentos, que muitas vezes parecem nos proteger de errar, mas na maioria delas nos impedem de escutar o que é a necessidade do sujeito.

Então a rede de cuidados é uma rede possível, indicada pelos recursos que realmente são possíveis para o paciente, que deve incluir a família, os amigos, a vizinhança, o comércio, associações de moradores, igrejas e os demais pontos com que o paciente possa estabelecer vínculos. Mas deve incluir o CAPS também, ou o CAPS deve se incluir nela, no sentido de ser esse operador que acessa os pontos e induz a rede e que se oferece como ponto de apoio onde inclusive o sujeito possa vivenciar as experiências mais críticas sem ter que ser totalmente retirado do meio social. O CAPS, nesse sentido exerce uma função no território.

Para isso, os CAPS têm se utilizado de algumas estratégias comuns, como técnico ou equipe de referência e projeto terapêutico individual, entre outras, que privilegiam um modo interdisciplinar de cuidado. Muitas vezes, os nomes destas funções variam, mas é difícil encontrar um CAPS que não faça uso delas.

O termo referência tem sido utilizado nos serviços para descrever o técnico ou a equipe responsável em garantir o cuidado para cada usuário do serviço. Miranda e

Campos dizem que a estratégia de existir uma referência deve se apoiar na interdisciplinaridade e no vínculo entre profissional e usuário para objetivar a garantia de atendimento singular e integral para cada usuário. Isso quer dizer que, ao privilegiar o vínculo, e não uma mera distribuição administrativa de pacientes por técnico de referência, a organização do serviço aposta na relação terapêutica como meio de conduzir o tratamento. Isso significa também que a escolha do técnico de referência não deve ser simplesmente por profissão, na medida em que este vínculo pode acontecer com qualquer integrante da equipe. Assim, procura-se superar modelos de cuidado hierarquizados e fragmentados, já que a discussão de equipe, como forma de gestão partilhada tanto da organização dos serviços quanto dos casos clínicos, é a forma também de sustentar a lógica de cuidado da atenção psicossocial como direção de trabalho no CAPS. O vínculo também deve ser entendido como abertura e disponibilidade para que o paciente possa dirigir suas questões para o técnico. Este modelo prioriza a possibilidade de escuta como meio de elaboração do projeto terapêutico.

A partir da pesquisa de Miranda e Campos (2008) podemos tirar algumas conclusões interessantes. Os profissionais, ao serem perguntados sobre a função de referência, comentaram sobre a função de articulação dos elementos do tratamento do paciente, como as técnicas terapêuticas, o agenciamento do atendimento das famílias e a identificação de desejos, limites e possibilidades dos pacientes. Falaram também sobre a responsabilização sobre o destino do caso, como se o que acontece de bom ou ruim na condução do caso fosse responsabilidade da referência, que deve prestar contas sobre isso. Este último aspecto mostra um efeito contrário ao que se espera do uso de profissionais de referência. Se a expectativa é de que se possa construir um modo partilhado de cuidado, em que a referência é a garantia de que os princípios que norteiam a clínica no CAPS cheguem até o paciente, é preciso que haja um mecanismo também de garantia de que os profissionais não sejam cobrados a respeito do destino dos pacientes, sobre o qual, ao contrário do hospital psiquiátrico que controla todos os aspectos da vida, temos, ainda bem, apenas relativa interferência. Neste sentido, a supervisão clínico-institucional deve ser um instrumento de circulação de discursos e de sustentação de um espaço onde se assegura uma responsabilidade coletiva em função de uma direção de cuidado partilhada (RINALDI e BURSZTYN, 2008). Não levar em conta necessariamente a profissão e o critério do vínculo não garantem, por si, a

descentralização e não fragmentação do cuidado. É preciso fazer sempre um esforço de estarmos atentos a não reproduzir este tipo de mecanismo.

Outro aspecto interessante da pesquisa é que foram os pacientes, e não os técnicos, que deram maior ênfase à relação com o técnico de referência, como aquele com quem tem uma relação mais afetiva, com quem se sentem mais à vontade e em quem têm mais confiança, no sentido de serem acolhidos em suas singularidades, o que lhes dá suporte existencial e de habitação no mundo social. Essa posição dos técnicos que define a referência como um conjunto de ações feitas por ele, excluindo parcialmente o caráter relacional das decisões, apesar de afirmarem tomar medidas a partir daquilo que é identificado como necessidades dos sujeitos, é explicada pelas autoras como uma possível cisão da função de referência e sua condição essencialmente clínica, como se houvesse uma oclusão da dimensão de tratamento do cuidado em saúde mental (MIRANDA e CAMPOS, 2008).

Se não é recomendável que esqueçamos a dimensão clínica, o projeto terapêutico deve ser um instrumento facilitador deste processo. Assim, as autoras sustentam que as reflexões sobre a clínica exercida nos CAPS devem pautar-se na relação dos técnicos com os sujeitos, de modo que só então, a partir do estabelecimento de uma direção de tratamento, é possível traçar um projeto terapêutico (MIRANDA e CAMPOS, 2008). Este, por sua vez, também não deve ser entendido burocraticamente, como um menu de atividades que o paciente deve fazer. Ao contrário, é preciso que o projeto terapêutico seja singular no sentido de que compreenda a direção de cuidado particular de cada caso. O projeto terapêutico então deve ser a própria estratégia de cuidado construída pelo trabalho em equipe. Secundariamente, pode oferecer atividades e horários para o paciente, se for conveniente para o caso. É preciso também que seja um projeto terapêutico aberto e que a equipe garanta uma elasticidade para situações imprevistas, próprias das condições humanas, para que não haja um engessamento nas regras em detrimento do acolhimento ao paciente em crise.

Mais um aspecto importante nas discussões sobre o trabalho nos CAPS é a questão da continuidade. Schmidt e Figueiredo (2009) definem acompanhamento como a continuidade no trabalho de cuidado, como forma de garantir que o serviço esteja a par da história de vida do sujeito, mas sobretudo, para que o vínculo com o serviço esteja fortalecido o suficiente para que haja uma relação de confiança nas situações mais difíceis.

Podemos dizer que o vínculo do paciente se estabelece em níveis diferentes com a equipe e com o técnico de referência. Existe uma relação de confiança com o serviço e com a equipe que permite que o paciente solicite ajuda nas situações mais difíceis e que, por exemplo, depois de um tempo afastado do CAPS possa retornar num momento de agravamento de seu sofrimento. Existe também uma atitude homogênea da equipe que informa ao paciente que há uma direção de cuidado, quando a equipe consegue dizer os motivos pelos quais está tomando esta atitude e não aquela, de modo sincero. No entanto, existe sempre uma relação especial com alguém da equipe, com uma determinada pessoa com quem o paciente consegue atualizar ou reproduzir algo de sua vivência de sofrimento (MIRANDA e CAMPOS, 2008).

Outra característica comum na organização das equipes é que os médicos costumam estar excluídos da função de técnico de referência. Sob a alegação de que são poucos médicos e de que todos os pacientes dos CAPS precisam de psiquiatras, o que congestiona suas agendas, eles se restringem, na maioria das vezes, aos atendimentos específicos de sua profissão, sejam atendimentos individuais ou em grupo. Esta característica leva a algumas consequências principais: a ambulatorização do atendimento médico; os médicos não participam dos ambientes coletivos, como a convivência; os pacientes passam a ter um médico e um técnico de referência; o cuidado médico se encontra fragmentado dos demais, pois suas decisões são as únicas que passam por pouca ou nenhuma decisão de equipe; todos, ou quase todos, os pacientes dos CAPS são medicados, sem que este aspecto seja discutido pelas equipes (MORORÓ et al, 2011; RINALDI e BURSZTYN, 2008). É claro que estas características não podem ser generalizadas, mas são bastante comuns. A posição psicossocial é a de que os médicos sejam mais incluídos, e se incluam, nas ações e decisões coletivas de equipe. Mas se trata de um problema muito complexo, que não aprofundaremos aqui, pois tem causas ideológicas, metodológicas, econômicas de mercado de trabalho e de formação profissional.

De um modo geral, há muitas outras atribuições dos CAPS. Da Silva (2009) afirma que são funções dos CAPS direcionar as políticas e os programas de saúde mental, regular a porta de entrada da rede de assistência, dar suporte e supervisão para os dispositivos de atenção básica, principalmente para as equipes de saúde da família e os agentes comunitários de saúde (ACS), além de apoiar a gestão local na supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas e na atualização da listagem de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos controlados.

Para Cavalcanti et al (2009), uma das funções dos CAPS é organizar a rede de saúde mental. Por isso, ela optou por pesquisar quais têm sido os principais critérios de admissão aos CAPS do município do Rio de Janeiro. Ela lista os cinco principais: diagnóstico, ou seja, os casos avaliados como esquizofrenia, por exemplo, tendem a ser incorporados pelos CAPS; sintomatologia, no sentido de que os quadros em que são evidentes os sintomas psicóticos tendem a ser admitidos, enquanto que os pacientes estabilizados tendem a ser encaminhados a serviços de menor porte; indicadores de prognóstico, ou seja, pacientes com muitas internações, que não conseguem ter continuidade no tratamento, tendem a ser admitidos, enquanto os pacientes com histórias bem sucedidas, cujo tratamento costuma levar à estabilização e o paciente colabora com isso, tendem a ser encaminhados; suporte social/autonomia, quer dizer, pacientes com maior suporte social, com apoio familiar, que conseguem prosseguir o tratamento ambulatorial, também tendem a ser encaminhados; e, por último, o critério da rede de serviços de saúde disponível, ou seja, se não houver outro serviço que possa atendê-lo, o paciente tende a permanecer no CAPS.

A partir de leitura da pesquisa de Cavalcanti et al (2009) pode-se apontar alguns problemas nos CAPS do Rio de Janeiro. Se uma das funções do CAPS é a organização da demanda e da rede de cuidados (BRASIL, 2002) e se a demanda em saúde mental não deve ser atendida de modo padronizado, não se deve ter o diagnóstico, sintomatologia psicótica e tempo de estabilização como os principais critérios de admissão. Um esquizofrênico pode se beneficiar de uma atenção ambulatorial, mesmo sendo um caso grave. No Rio de Janeiro, com a pouca cobertura de CAPS, existem inúmeras experiências de casos graves que se mantêm bem apenas com a assistência ambulatorial. Por outro lado, um paciente pode estar há anos estabilizado por conta, entre outros fatores, do suporte oferecido pelo CAPS. O que indica a estratégia a ser utilizada em cada caso diz respeito ao modo com que o sujeito consegue se organizar. Isto é particular e só pode ser tratado em cada caso.

Como a portaria 336/02 diz que os CAPS devem dar prioridade ao tratamento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes (TMSP), Cavalcanti (2009) recorre à literatura para buscar a definição do que isso significa. Ela encontra diversas definições, mas discorre apenas sobre duas do *National Institute of Mental Health*. A primeira é a de que os TMSP podem ser caracterizados pela incidência de duas características: uma delas é o nível de incapacidade social da pessoa, e a outra é o tempo em que esta pessoa está em tratamento. Se se trata de uma pessoa com muitos anos de

tratamento psiquiátrico, ela tende a ser uma pessoa com TMSP (RUGGERI *apud* CAVALCANTI, 2009).

A outra definição é ainda mais artificial, no sentido de que estabelece critérios gerais, a partir dos quais pessoas com características muito diferentes poderiam se enquadrar nesta classificação de transtornos. O indivíduo, para ter um TMSP precisa cumprir três etapas. A primeira é ter a confirmação de diagnóstico de psicose ou de transtornos de personalidade. Em seguida, precisa possuir incapacidades aferidas por um método de avaliação em pelo menos três aspectos como comportamento social que demande intervenção de saúde ou judicial, prejuízo nas atividades cotidianas, déficit moderado no funcionamento social, ou na performance de trabalho, ou na performance não ligada ao trabalho. E, por último, história de doença mental por, no mínimo, dois anos (SCHINNAR *apud* CAVALCANTI, 2009).

É importante então salientar que temos um problema na definição da portaria de quais são os pacientes que devem ser tratados prioritariamente nos CAPS. Tais definições apresentadas por Cavalcanti (2009) não condizem com os princípios da atenção psicossocial que baseiam a criação dos CAPS. Em primeiro lugar porque se sustentam na teorização de uma psiquiatria comportamental adaptacionista, no sentido de que define como transtorno a superposição de comportamentos socialmente inadequados. E, se é assim, preconiza o tratamento como readaptação destes sujeitos à vida social.

A atenção psicossocial é um campo que entende que o sujeito em sofrimento deve ser tratado em sua singularidade. Não propõe que ele seja normalizado, mas que ele possa se tornar agente cada vez mais autônomo de seu próprio cuidado. Kantorski (2009) define o modo psicossocial como a possibilidade de que a pessoa se reconheça como um dos atores implicados no emaranhado social que engendra, entre outras coisas, a condição de doente mental e possa se posicionar como agente de mudanças. Contudo, mais do que isso, o campo da atenção psicossocial visa a promover uma mudança na concepção social da loucura, o que desqualifica a noção de que o louco é incapaz. Dessa forma, é preciso que tenhamos outro referencial para a discussão dos pacientes que devem ou não ser atendidos pelo CAPS que não seja o diagnóstico de TMSP.

Com relação à avaliação de serviços, para Da Silva et al (2009), alguns fatores próprios das características do trabalho produzido no CAPS restringem às possibilidades de avaliação destes serviços a avaliações de satisfação dos usuários e familiares. Para os autores, os CAPS têm quatro atributos que remetem a conceitos da

área da produção que dificultam a avaliação. O primeiro é a intangibilidade, que pode ser entendida pela condição de imaterialidade do resultado produzido. Ou seja, resultados como melhoria da condição de vida, aumento da autonomia do usuário ou ampliação dos laços sociais não podem ser traduzidos em quantificações ou mesmo em estratificações comparativas, pois são considerações abstratas que se definem subjetivamente. A segunda característica, que tem relação com a primeira, é a heterogeneidade, ou seja, a dificuldade de padronização de resultados e de processos de produção. O que ocorre na medida em que os CAPS funcionam de modo diferente entre si, que atendem a diferentes demandas, e que, quando as demandas se assemelham, criam soluções variadas. A terceira característica é a perecibilidade, o que quer dizer que o serviço, suas intervenções e suas técnicas não podem ser “estocados” para serem utilizadas depois, o que novamente favorece uma variedade de soluções. E, por último, a quarta característica apontada pelos autores é a simultaneidade da produção e do consumo, no sentido de que as práticas que ocorrem em um CAPS são produzidas com a participação do usuário, de maneira que não é possível separar o que é próprio da qualidade prestada pelo serviço do que é próprio da influência do usuário neste processo.

Na verdade, cada uma destas características descritas acima poderia ser rediscutida. A intangibilidade dos resultados ocorre na mesma medida em que o método avaliativo não se torna capaz tangê-los. Ou seja, existem outros métodos de avaliação, como as usadas por Campos et al (2009) e Furtado (2001), que avançaram não só na avaliação de serviços de saúde mental, como na avaliação de rede de saúde mental. São metodologias que além de apontarem avanços, desafios, qualidades e questionamentos importantes ao serviço, também se propõem a, durante mesmo o processo de avaliação, que a participação ativa dos sujeitos da pesquisa traga consequências para a evolução do serviço. Isso quer dizer que é um dos objetivos deste tipo de pesquisa avaliativa fazer com que, ao mesmo tempo em que se detectam as características do serviço durante o processo da pesquisa avaliativa, a participação dos integrantes da equipe, usuários, familiares e gestores em grupos de interesse permita uma discussão rica para o futuro do serviço. Assim, da mesma forma que o processo de cuidado se constrói com a participação simultânea de profissional de saúde e usuário, este é um método que propõe que a avaliação ocorra ao mesmo tempo em que se constroem soluções para os impasses que aparecem.

Quanto à heterogeneidade dos resultados produzidos pelos CAPS, trata-se justamente de não padronizar os processos de cuidado (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005; COSTA, 2007; AMARANTE e TORRE, 2001). Poderíamos dizer que quanto mais pudermos perceber a capacidade de construir novas e diferentes soluções, para os diferentes problemas, na articulação de práticas no território e de acordo com as diferentes necessidades dos pacientes, melhor o CAPS está preparado para enfrentar seus desafios.

Por último, no que diz respeito à perecibilidade, não nos parece ser este de fato uma característica dos CAPS. Se por um lado a intervenção em si, com a qual o técnico consegue manejar alguma situação clínica concernente ao CAPS, não pode ser guardada para ser novamente utilizada, por outro lado ela constitui uma experiência que certamente se acumula junto a outras. Desta maneira criam-se estratégias clínicas e casos emblemáticos que podem ser transmitidas em meios próprios, criados pelos dispositivos da saúde mental, como reuniões de equipe e supervisões clínico-institucionais dos serviços, ou por meios tradicionais, como trabalhos acadêmicos e relatos de caso clínico.

O mandato dos CAPS é o de se responsabilizar pela demanda de saúde mental de um território. O que não significa que toda a clientela deve ser atendida por profissionais do CAPS. A portaria 336/02 diz que os CAPS têm a função de supervisão e regulação da rede de saúde mental, assim como devem funcionar segundo a lógica do território. Isto significa, para além de uma designação dos diagnósticos que devem ser atendidos por cada serviço, o CAPS precisa ser capaz de identificar os recursos e as necessidades de cada território e flexibilizar a assistência de modo que seja capaz de se adequar àquilo que o caso clínico apresenta. É preciso que o serviço esteja sempre reavaliando sua prática (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005), que reconstrua suas respostas e que tenha maleabilidade para atender as diferentes situações. Não deve portanto se tornar um serviço especializado em uma determinada clientela.

2.3

DESAFIOS ATUAIS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Depois de mais de dez anos da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10216 de 6 de abril de 2001, diversos avanços são constatados na atenção à saúde mental no Brasil. No entanto, alguns autores enumeram desafios que se desenvolvem no momento atual. Em entrevista com Domingos Sávio Alves (2011) Benedetto Saraceno, que dirigiu o departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1996 até 2007, diz que a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem três problemas fundamentais: a necessidade de maior coordenação entre os serviços de saúde mental e os demais recursos da rede de saúde, em especial aqueles da atenção básica; a necessidade de maior capacidade de avaliação dos serviços comunitários; e as brigas fratricidas entre grupos internos do movimento de Reforma Psiquiátrica, que os enfraquece no enfrentamento dos desafios comuns.

O campo da saúde mental se desenvolveu no Brasil no contexto da Reforma Sanitária e da criação do SUS. Assim, a Reforma Psiquiátrica Brasileira é marcada por um caráter de forte participação de movimentos sociais e conquistas democráticas que a legitimam como política de estado, estatuto que conquistou com a construção do arcabouço normativo que a constitui em sua dimensão jurídico-política. Isso significa também, que por se encontrar no seio do movimento sanitário, se submete aos mesmos princípios do SUS: universalização do acesso, equidade, descentralização, participação popular e integralidade do cuidado (DELGADO, 2011).

Neste sentido, a necessidade de maior coordenação entre os serviços de saúde mental e os demais recursos de saúde, com destaque para os da atenção básica, incide diretamente na garantia do cuidado preconizado no SUS, principalmente na garantia do acesso universal e da integralidade. Para isso, concorre também o fato de que pacientes com problemas mentais sofrem preconceito em outros serviços de saúde, dos quais eles necessitam como qualquer cidadão – mais um motivo para que se produzam mecanismos de coordenação entre os serviços. É de responsabilidade dos CAPS e um princípio da Reforma Psiquiátrica Brasileira trabalhar para que se modifique o lugar do louco na sociedade e apoiá-lo para que possa frequentar os diversos espaços sociais e, certamente, os serviços de saúde estão nesse contexto.

No entanto, o campo da saúde mental tem um corpo teórico próprio, cujos princípios, embora se coadunem com aqueles do SUS, apresentam soluções inesperadas

ao campo da saúde como um todo. Por exemplo, no que diz respeito à atenção básica. Não é à toa que existe dificuldade de articulação entre saúde mental e atenção básica no Brasil. A organização do sistema de saúde centrada na noção de que a atenção básica tem capacidade resolutiva e de filtragem das necessidades para especialistas produz uma hierarquia de serviços na qual o CAPS não se enquadra bem. Isto cria dilemas com os quais o CAPS não lidava antes. São os CAPS serviços especializados? Qual o nível de complexidade dos CAPS? Quais são as suas responsabilidades nesta hierarquia?

Nascimento e Galvanese (2009) denominam equipamentos-síntese aqueles que agrupam diferentes níveis de complexidade dentro de um mesmo serviço. Em pesquisa sobre a estrutura dos CAPS do município de São Paulo, os autores afirmam que existem alguns CAPS que funcionam como equipamentos-síntese e outros que consideram que a responsabilidade de um serviço como o CAPS se restringe a uma determinada clientela e a um determinado tipo de demanda. No caso destes últimos, as ações a serem priorizadas nos CAPS são aquelas que se dirigem aos pacientes em crise. Quando os pacientes não necessitam mais de cuidados intensivos, em que a complexidade da atenção seria maior, podem ser encaminhados para serviços ambulatoriais ou para acompanhamento na rede de atenção básica.

De fato, a obrigação dos CAPS diz respeito à responsabilidade que eles têm diante das demandas de saúde mental de um território. Neste sentido, mesmo que consistam em serviços que agrupem os diferentes níveis de complexidade de atenção, podem assim mesmo trabalhar com a noção de alta, como momento a partir do qual o paciente não precisa mais de ações oferecidas pelo serviço, e com a noção de encaminhamento, responsável, acompanhado, como instrumento de facilitação do acesso do paciente ao cuidado de que necessita e como mecanismo de ordenação e de viabilização de um melhor acolhimento das demandas pela rede de saúde mental. Do mesmo modo, os CAPS podem e devem priorizar a atenção à crise, sem que por isso tenham que deixar de acompanhar pacientes já estabilizados.

Campos et al (2009) defendem que os CAPS devem agregar os diferentes níveis de complexidade de atenção em saúde, primário, secundário e terciário, no mesmo serviço. Afirmam que, no contexto da saúde coletiva no Brasil, os CAPS têm papel fundamental de garantir acesso, resolutividade e integralidade, e, por isso, sua atuação não se restringe a um nível específico de atenção. Apontam os autores algumas dificuldades enfrentadas pelo CAPS III de Campinas/SP, especialmente relativas às

parcerias com outros serviços: o acompanhamento de pacientes internados em outras unidades e o recebimento de pacientes de outros serviços.

Com relação ao mandato do CAPS, Alves (2001) tem visão semelhante. Ele afirma que o campo da atenção psicossocial preconiza a superação do modelo de seleção/exclusão para um de oferta/inclusão. Ele quer dizer que o modelo de seleção, em que indivíduos que possuam um determinado problema de saúde serão beneficiados por um programa específico, leva à exclusão dos outros. Por outro lado, assumir uma responsabilidade territorial e então fazer uma oferta diversificada de programas, que corresponda à complexidade das necessidades da população, permite acesso mais amplo aos serviços de saúde. Assim, Alves propõe a acessibilidade como caminho fundamental para a integralidade.

Ele cita o modelo de acessibilidade de Saraceno, que se divide em três dimensões. A primeira é a geográfica, como a localização do serviço, fluxo viário e as eventuais barreiras. Em seguida a dimensão dos turnos de funcionamento, que podem ser único ou integral. E, por fim, o menu de programas, cuja a assistência é apenas um dos aspectos, juntamente com a reinserção social, a hospitalidade, o trabalho e o lazer. Na condição de serviços comunitários, os CAPS têm a obrigação de atender aos princípios da acessibilidade, provendo a população de serviços de qualidade, integrados com a cultura local, inclusive nas situações de crise (ALVES, 2001).

Ainda no que diz respeito à relação dos CAPS com a atenção básica, uma das funções dos CAPS citada na portaria 336/02 é a supervisão da rede de saúde quanto às situações de saúde mental. Alves (2001) acredita que esta é uma relação muito importante, mas existem riscos. Segundo ele, se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) reproduzir o modelo tradicional de hierarquia de saber da medicina biológica, haverá um conflito conceitual. Superar este modelo é uma conquista muito importante para o campo da saúde mental. A outra ressalva é a de que há um risco de que se produza uma demanda infundável para os serviços de saúde mental, à medida que as idiossincrasias e os comportamentos estranhos de cada um possam ser remetidos a tratamento, num processo que poderíamos chamar de psiquiatrização, ou psicologização do cotidiano.

Retomando os problemas citados por Saraceno (ALVES, 2011), podemos agora nos referir à capacidade avaliativa dos serviços comunitários. A política nacional de saúde mental se utiliza de importantes mecanismos de avaliação de hospitais psiquiátricos para conduzir o processo de redução de leitos, uma de suas principais marcas (PITTA, 2011; ALVES, 2011; BRASIL, 2005). O Programa Nacional de

Avaliação dos Serviços Hospitalares – sub-área da psiquiatria (PNASH-psiquiatria) classifica os hospitais segundo a qualidade do atendimento, levando em conta diversos fatores. Assim, foi possível obrigar hospitais a se reformularem e, principalmente, foi possível descredenciar hospitais considerados de baixa qualidade. Desta forma, leitos inadequados, em hospitais com tratamento desumano, comuns no contexto da atenção psiquiátrica no Brasil, principalmente após os anos 1970, têm deixado progressivamente de existir e têm sido substituídos por serviços comunitários.

Por sua vez, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no SUS (PRH) favorece a diminuição de leitos através de uma estratégia de financiamento que privilegia hospitais menores e com atenção mais qualificada. Assim, pretende-se interferir nos grandes hospitais, costumeiros lugares de desassistência, maus-tratos e exclusão social.

Para que esta redução gradual e efetiva de leitos aconteça, foram-se construindo novos serviços comunitários, de modo que a população que antes fazia uso de hospitais possa ser de fato tratada. Uma das principais advertências que se tem feito é a de que o ritmo de implantação dos serviços deva acompanhar o ritmo de diminuição de leitos (MARI, 2011). Pitta (2011) faz a ressalva de que o processo de criação de leitos psiquiátricos no Brasil não ocorreu em função de nenhum planejamento que levasse em conta a necessidade assistencial da população, mas sim a necessidade financeira dos donos de clínicas conveniadas ao SUS. Principalmente durante o período da ditadura, há o crescimento das clínicas conveniadas, com grande número de leitos. Neste processo, não foram levadas em consideração as necessidades locais e regionais. Segundo Pitta, se o planejamento dos novos serviços estiver vinculado apenas à diminuição dos leitos e sua substituição nas localidades onde estão, pode-se produzir uma perpetuação dos critérios perversos que justificaram a construção destes hospitais e suas localidades. E isto pode ter relação com os vazios assistenciais que se verificam no Brasil, principalmente na Região Norte. Deve-se, portanto, levar em conta a necessidade de cada território para o aparelhamento dos dispositivos comunitários.

Por isso, como deve ser levada em consideração a necessidade do território, as diferenças locais, as características da população e os recursos comunitários já existentes, a avaliação dos serviços de saúde mental não é nada fácil. Existem diversas pesquisas importantes que apresentam métodos de avaliação que procuram estar atentas aos mais diversos aspectos que caracterizam um bom serviço de saúde mental, inclusive a satisfação de usuários, familiares e profissionais.

Furtado (2001) nos traz a contribuição de um método de avaliação que mescla características da avaliação de quarta geração de Guba e Lincoln com características do método da roda (ou método Paideia) de Campos. O método proposto baseia-se no entendimento de que a avaliação dentro do processo de planejamento tem determinação política no estabelecimento de prioridades e de que isto não se trata de um processo neutro. Sendo assim, a avaliação deve incluir os diferentes pontos de vista, dos diferentes atores, no próprio processo avaliativo. Para isso, são criados grupos de interesse que reúnam pessoas com alguma característica em comum e que estejam interessadas no processo em questão. Desta forma, deseja-se viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação, assim como capacitar os envolvidos para que sejam capazes de enfrentar futuros problemas, o que dá o caráter instrumentalizador deste método. Cada avaliação deve ser construída para o contexto específico que será avaliado. O avaliador sugere núcleos temáticos de análise, mas deve ser sensível aos temas, questões e particularidades que aparecerem durante a avaliação, o que pode mudar o curso do processo avaliativo.

Espera-se que os participantes de processos avaliativos deste tipo possam não só conhecer as sugestões do apoiador, mas também, eles mesmos, serem capazes de criar novas soluções. Além disso, deseja-se que o processo aponte os avanços, os desafios, as qualidades e os defeitos do serviço e que possam ter sido criadas soluções partilhadas e, portanto, mais viáveis.

Por exemplo, Campos et al (2009) fizeram uma pesquisa avaliativa dos CAPS III do município de Campinas/SP com esta metodologia. A partir dos grupos de interesse que se dividiam entre trabalhadores, gestores municipais, gestores locais, usuários e familiares, foram criados vinte grupos focais. Em função das discussões, foram construídas narrativas, que retornaram para a avaliação dos próprios integrantes dos grupos. Os autores chegaram a resultados dos quais destacaremos alguns. Quanto aos avanços alcançados pelos CAPS III estudados, o mais importante foi que os participantes consideraram conveniente a permanência dos usuários nos CAPS nas situações de crise, o que indica uma possibilidade de superação do modelo manicomial.

No que diz respeito aos principais entraves, destacam-se as dificuldades nas parcerias com outros serviços, o recebimento e acompanhamento de pacientes novos, e, sobretudo, o funcionamento dos CAPS à noite e nos fins de semana, somente com profissionais de enfermagem em esquema de plantão, que mantêm pouco contato com o resto da equipe, a não ser por livros de comunicação e pela passagem de plantão, como

em enfermarias psiquiátricas. Com isso, as práticas fundadas nos paradigmas tradicionais da psiquiatria tendem a retornar. Além disso, quando os pacientes estão em crise, estes profissionais costumam estar muito solitários no momento de tomar decisões importantes (CAMPOS et al, 2009; MORORÓ et al, 2011).

Outra dificuldade observada é o enfrentamento de situações graves e o contato com o sofrimento psíquico e com a precariedade da vida dos usuários. Para as dificuldades técnicas e as angústias dos trabalhadores, as principais soluções apontadas dizem respeito à formação: os participantes sugeriram mecanismos de educação continuada e permanente, tais como seminários internos, supervisões de equipe e discussões temáticas, além de especializações e demais formas de capacitação (CAMPOS et al, 2009). Para Lobosque (2011), tais recursos devem trabalhar questões como o estatuto científico da psiquiatria e o fortalecimento dos múltiplos saberes que se produzem no cotidiano do cuidado em saúde mental. Para isso, ela propõe marcos conceituais e campos de prática, orientada pela noção de que a formação e a legitimidade do saber em saúde mental se constroem na articulação da clínica com o campo teórico-conceitual.

A questão da formação é fundamental no contexto da saúde mental no Brasil hoje. Com o evidente aumento de serviços territoriais no país, que trazem consigo uma proposta de clínica nova, ampla, interdisciplinar, partilhável pelos diversos atores do campo e que deve ser também ampliada para a solidariedade entre diferentes setores, é preciso que os profissionais estejam ao menos cientes do que isso significa. Os currículos em faculdades de profissões de saúde são ainda muito antigos na maioria das vezes e voltados para a clínica tradicional. Então, os novos profissionais que estão se formando recentemente, que não participaram ou não viveram as discussões prático-conceituais e os movimentos políticos que culminaram com o processo da Reforma Psiquiátrica, muitas vezes não compreendem mudanças que culminaram em propostas de novas configurações de equipe e em articulações entre processos clínicos e políticos nas ações de cuidado. É fundamental considerar ainda que hoje a formação está demasiadamente atrelada à hegemonia do discurso técnico, no sentido de que há sempre um discurso qualificado, normalmente vinculado aos saberes da saúde, que reduz as experiências humanas a explicações científicas (BEZERRA, 2007).

Como já dissemos, as mudanças paradigmáticas propostas pela Reforma Psiquiátrica, como a que diz respeito ao modo de compreender e tratar o louco na sociedade têm consequências importantes nos modos de cuidado em saúde. É certo que

para além do forte cunho cultural, a Reforma Psiquiátrica deve se sustentar também na técnica, na ciência e na compreensão social da medicina (DELGADO, 2011). Assim, é evidentemente necessária uma forte formação técnica e teórica que dê as bases para a estruturação de um discurso vigoroso e que seja capaz de apoiar e legitimar todo o redirecionamento da lógica de cuidado. Até porque estamos falando de uma ruptura epistemológica – a respeito do que se entende por loucura/doença mental – e que, portanto, se dá originalmente no campo do saber (ROTELLI, 1990; ROTELLI e AMARANTE, 1992).

Por outro lado, a Reforma Psiquiátrica é um processo que se define em constante transformação. A formação deve ser orientada sobretudo por um cunho crítico e criativo (BEZERRA, 2007) e a técnica deve se submeter ao humanismo e ao cuidado, de modo que o avanço técnico não “deve ser meio de desintegrar o paciente diante do saber médico” (DELGADO, 2011).

Rotelli (1990) propõe a noção de técnicos do saber prático, ou seja, aqueles que, diante da complexidade do objeto, a *existência-sofrimento em relação com o corpo social*, e dos diversos nexos que o determinam, constroem projetos singulares de transformação de vida, a partir dos quais se produz conhecimento. E não o contrário, ou seja, técnicos que fariam análises prévias que enquadram o sujeito em seu conhecimento e em função do qual proporiam métodos de adequação.

Para a psicanálise, a separação que a psiquiatria tradicional fez entre o homem e sua loucura é subvertida pela noção de inconsciente e a consequente descoberta da implicação que o sujeito tem com seu sintoma, o que supõe outra forma de se dirigir ao sujeito, na qual a escuta é forma de produção de saber sobre a loucura – saber do louco sobre si (RINALDI e BURSZTYN, 2008). Para o campo da atenção psicossocial de uma forma geral, é a questão da complexidade do objeto que define que a clínica deve ser amparada pela articulação de diversos olhares profissionais. E, mais ainda, que isso só é possível se para cada caso essa articulação for feita de um modo distinto, orientada pela escuta do sujeito e por seu protagonismo na construção de seu destino.

Os novos profissionais têm, portanto, encontrado dificuldades por conta de seus currículos defasados em relação a tais práticas partilhadas de cuidado. Isso tem sido apontado em algumas pesquisas (RINALDI e BURSZTYN, 2008; MORORÓ et al, 2011). As dificuldades com os psiquiatras têm sido mais evidentes, por conta mesmo de que a ruptura epistemológica que se propõe na Reforma Psiquiátrica é mais incisiva em relação à psiquiatria. Mas o mesmo problema se dá com a psicologia quando pretende

enquadrar qualquer manifestação subjetiva em categorias psicológicas ou com qualquer profissão da saúde que resolva se manter na postura paramédica tradicional. Outros problemas, como a questão do mercado de trabalho, que faz com que os médicos trabalhem poucas horas nos serviços também tem sido justificativas para o afastamento das práticas coletivas.

Rinaldi e Bursztyn (2008), em pesquisa recente, apontam a presença deste conflito de ideias em CAPS. Dizem que a antiga concepção do saber médico e seu poder desmedido ainda se encontra incrustada no imaginário de profissionais, usuários e familiares, o que tem fortes efeitos na atuação clínica dos CAPS. Isso se materializa em pedidos frequentes dos pacientes por medicação, numa atividade clínica altamente centrada na prescrição médica e na dificuldade de enfrentamento de situações difíceis na ausência do médico. A clínica centrada na prescrição segue uma sequência lógica que vai de atendimentos individuais para cada paciente do CAPS a uma sobrecarga para os médicos que não conseguem fazer nada além disso. As consultas se burocratizam, têm seu tempo diminuído e o trabalho, solitário, se assemelha ao ambulatorial.

No entanto, as autoras mostram também que há um esforço dos psiquiatras que trabalham em CAPS em se incluir numa perspectiva mais interdisciplinar. Elas afirmam que, embora os médicos relatem que sua prática tem sido sobretudo medicamentosa, a aposta que fazem cada vez mais na responsabilidade dos pacientes e seus familiares na administração da medicação, muitas vezes em função dos relatos feitos em atendimentos, não só inclui a interpretação dos usuários sobre o tratamento, como inclui outros saberes profissionais que interferem nessa dinâmica (RINALDI e BURSZTYN, 2008).

Certamente, apesar dos esforços apontados, isso ainda é muito pouco para que tomemos a direção do cuidado de modo a incluir os diversos discursos necessários. Mororó et al (2011), também em pesquisa recente, diz que as evoluções em prontuários de psiquiatras têm se restringido a hipóteses diagnósticas e a descrição de sinais e sintomas, além, evidentemente, do registro de prescrições médicas. Ao passo que as evoluções de outros profissionais têm caráter mais articulado.

Ambas as pesquisas indicam que o trabalho médico tem sido mais solitário e pouco envolvido com as decisões tomadas em equipe. Esse é um aspecto importantíssimo, porque se a clínica que objetiva diretamente o tratamento das psicoses for estritamente médica, então temos um problema no que diz respeito ao destino da Reforma Psiquiátrica, que encontra uma barreira justamente diante daquilo que é seu

cerne, ou seja, a superação da concepção médico-biológica de doença mental enquanto ajuntamento de sintomas a serem tratados coercitivamente e medicamentosamente. Por outro lado, se o que se passa é que o médico faz a sua parte e os outros profissionais cuidam da atenção psicossocial, existe uma estrutura fragmentada de cuidado, que não só desarticula a proposta de trabalho dos CAPS, como produz uma clivagem na própria relação de tratamento dos pacientes com o serviço. Não é à toa que as pesquisas mostraram que os pacientes pedem cada vez mais medicação aos médicos, pois no que diz respeito estritamente ao seu sofrimento, muitas vezes é isso que lhes é oferecido.

Se a formação dos profissionais se encontra muitas vezes distante da proposta de afirmação da lógica da atenção psicossocial, o aparecimento de novos desafios se impõe antes mesmo que tenhamos superado os antigos. Conforme a conjuntura da psiquiatria se transforma, nascem novos diagnósticos e avaliações. Diversos comportamentos que antes eram tomados como normais cada vez mais são tratados como patológicos. Há assim, a necessidade de que o campo da saúde mental, de forma geral, esteja preparado para o enfrentamento deste problema, sem que sua resposta seja simplesmente a absorção de uma grande população em serviços de tratamento, como se houvesse sempre uma grande epidemia de novas doenças mentais. É responsabilidade dos serviços comunitários, como os CAPS, a construção de uma resposta que sustente a lógica da atenção psicossocial, em qualquer circunstância.

A literatura aponta o surgimento dos novos crônicos em referência aos novos serviços, diferentes daqueles que passavam a vida nos hospitais psiquiátricos. Pande e Amarante (2011), em pesquisa recente, fazem uma discussão sobre definições importantes e atuais do que chamam de nova cronicidade. Eles ressaltam três autores e seus colaboradores com concepções diferentes, Pepper, Desviat e Rotelli. Utilizaremos suas definições segundo Pande e Amarante. Pepper (*apud* PANDE e AMARANTE, 2011) se refere aos “pacientes adultos jovens crônicos”, termo cunhado por ele próprio, como aqueles que fazem uso frequente dos novos serviços sem que, com isso, produzam alguma melhora de seu quadro clínico. São pacientes que têm dificuldades no funcionamento social e fazem uso inapropriado do tratamento, sem se adequarem aos métodos terapêuticos. Pepper parte de um ponto de vista tradicional da psiquiatria que compreende a cronificação como um caráter natural da doença mental (PANDE e AMARANTE, 2011).

Podemos dizer também que esta posição de Pepper (*apud* PANDE e AMARANTE, 2011) não leva em conta um aspecto fundamental da clínica. O projeto

terapêutico deve se adequar às características dos pacientes e não o contrário. O SUS é uma proposta de sistema de saúde universal, o que significa que deve promover estratégias de acesso aos serviços que facilitem que os casos mais particulares possam chegar aos serviços. Do mesmo modo, a saúde mental precisa construir ferramentas para permitir o acesso ao tratamento para pacientes tomados como difíceis e inadequados, como estes que são descritos como Pepper, que gastam os esforços das equipes sem se adequarem ao tratamento. O tipo descrito como “disfunção social” tem como característica tomada por patológica justamente a dificuldade de se colocar de modo comum na relação com o social, daí a forma de não exercer “funcionalmente” o laço com o outro. Ora, se é isso que faz o sujeito necessitar de apoio em saúde mental, é isso que deve ser tratado. Corre-se assim o risco de que excluamos das possibilidades de tratamento os casos mais difíceis, por não conseguirmos ter os resultados que desejamos, ao invés de criarmos formas de tratá-lo, incluindo as possibilidades que estes sujeitos têm. Ao contrário, só trataremos aqueles que se adéquam ao tratamento, enquanto para os outros, o hospital psiquiátrico continua sendo a resposta. Não é à toa que estes pacientes, nos Estados Unidos, procurem muito as emergências e sejam muitas vezes internados (PANDE e AMARANTE, 2011). Um bom exemplo é o usuário de drogas. Se não tratamos aqueles que não conseguem se abster da substância, não tratamos os casos mais graves, de maneira que os métodos de Redução de Danos são uma forma de permitir que aqueles que não chegam a parar o uso possam também se tratar.

Outra descrição trazida por Pande e Amarante (2011) é a de Desviat. Este faz a distinção entre quatro tipos da nova cronicidade. O primeiro corresponde aos *remanescentes institucionais*, aqueles que retornam aos hospitais após tentativas sem sucesso de inserção nos novos serviços. O segundo tipo é o dos *crônicos externalizados*, que diz respeito àqueles que receberam alta de hospitais devido à “política de redução de leitos”. O terceiro tipo é o de *usuários crônicos de ambulatórios*, que utilizam ambulatórios de maneira recorrente, porém irregular. O quarto tipo é o mesmo descrito por Pepper. Do mesmo modo que Pepper, Desviat sustenta a ideia de que há uma cronicidade própria da doença mental que traz limites para as possibilidades de tratamento. Baseia-se, portanto, na perspectiva de uma natureza da doença mental, com seus percursos e prognósticos naturais.

O terceiro autor lembrado por Pande e Amarante (2011) é Rotelli. Para ele, as diversas descrições de novos crônicos na verdade denunciam a permanência e

prevalência da lógica psiquiátrica tradicional, como se fosse possível prescindir de seu caráter de controle social ao restringir-se apenas às práticas terapêuticas. Assim, Rotelli faria um deslocamento da ideia de que há um problema próprio dos pacientes, que os impede de avançar no tratamento, e remete o problema à forma como as instituições de tratamento não conseguem superar o modelo psiquiátrico que naturaliza a doença mental e suas cronificações. Desta forma, os novos crônicos são na verdade readaptações dos modelos psiquiátricos que descrevem o caráter natural crônico da doença mental aos novos serviços. Estes, por sua vez, precisam se colocar em questão, assim como colocar em questão os modos com o qual se relacionam com os pacientes mais difíceis, sob o risco de não serem capazes de atendê-los sem que se tenha que recorrer aos antigos procedimentos hospitalares.

Na mesma ordem de discurso está a questão da droga. Pitta (2011) cita o problema do crack como uma das mais prementes no cenário atual. No Rio de Janeiro, assim como em outros lugares do Brasil, assistimos a uma inflexão das políticas públicas para a questão do crack. A política nacional de drogas (BRASIL, 2013) procura articular ações nos campos da saúde, educação, assistência social e segurança. No Rio de Janeiro, com a aproximação de mega eventos esportivos internacionais, como a Copa do Mundo em 2014 e as Olimpíadas de 2016, tem havido um esforço para se retirar das ruas a população que tem feito uso abusivo de crack sob os olhos da sociedade. A resposta governamental tem sido sobretudo o investimento em equipes de recolhimento desta população para abrigos da Prefeitura e a proposta de internação compulsória para usuários de drogas. Se para adultos esta proposição esbarrou, até agora, nas ponderações de órgãos judiciais, para a infância e adolescência as remoções para estes abrigos têm sido comuns. No entanto, as estratégias de tratamento, como Consultórios de Rua e CAPSad, ainda têm tido investimento tímido. Apesar de uma avaliação desta política, a proposta principal no Rio de Janeiro, de internação compulsória, propõe a retirada de elementos perturbadores da ordem social do campo da convivência comum e sua realocação em espaços próprios para eles, tal qual a função dos hospícios serviu durante a história da psiquiatria (BASAGLIA, 2010).

Os novos crônicos, os usuários de drogas, os pacientes com transtornos graves e persistentes, psicóticos, esquizofrênicos e vários outros diagnósticos e definições, que se definem de um modo geral como os casos difíceis e graves, são de responsabilidade dos CAPS. Esses casos, sobretudo, se caracterizam por uma dificuldade no vínculo com o outro (DASSOLER e PALMA, 2012).

Se considerarmos a crise como um rompimento neste laço social precário e seu tratamento como a construção de possibilidades de vida e de modos de estruturação de novos vínculos com o social, podemos fazer um paralelo interessante. Entendemos que se instrumentalizar para atender as crises corresponde ao mesmo processo que se instrumentalizar para atender pacientes graves e tidos como difíceis. Ou seja, os serviços que pretendem sustentar a lógica de cuidado da atenção psicossocial precisam se dispor ao encontro com o paciente e a se submeter às soluções que se apresentam como possibilidades reais na vida destas pessoas, ao contrário de esperar que modelos terapêuticos pré-estipulados predominem nas práticas clínicas, o que tem acontecido em todos os setores da saúde em geral (JUCÁ et al, 2010).

Em outras palavras, a clínica que se pretende sustentar nos CAPS independe de diagnóstico, precisa estar disponível para os casos mais graves e se orienta pelo caso. Se não for assim, há uma tendência a justificar que estas situações mais graves sejam atendidas no hospital psiquiátrico, porque a maneira de entender que estes pacientes são naturalmente crônicos e que todos os aspectos da dificuldade de vínculos afetivos e sociais estão sob o espectro das patologias é aquela que se pretende superar, qual seja, a da psiquiatria tradicional.

De todo modo, estas questões se referem aos serviços, ou melhor, aos CAPS, no sentido de “serviços fortes”, definidos pelos italianos da Psiquiatria Democrática. Venturini (2010) define os “serviços fortes” como aqueles que existem sob a égide da desinstitucionalização, ou seja, sob a égide do processo de superação dos aparatos erguidos em torno do objeto criado pela psiquiatria, a doença mental. Os serviços fortes então funcionam abertos 24 horas ao dia, com possibilidade de internação, mas, sobretudo, com a noção de que a responsabilidade de cuidado em relação ao paciente diz respeito às mais complexas problemáticas existenciais e sociais, de maneira que tais serviços precisam estar preparados e fortalecidos para que possam enfrentar tal empreitada.

Mas se por um lado, mais do que simplesmente serviços de saúde, os CAPS devem ser “serviços fortes”, no sentido de carregarem em sua definição, para além de uma organização específica como certo tipo de serviço, uma lógica de cuidado que exerce uma função no território, por outro lado, apesar de haver um importantíssimo avanço na ampliação do número de CAPS no país, estes têm sofrido no Brasil, e mais especificamente no Rio de Janeiro, algumas investidas que lhes enfraquecem. Nas portarias que regulamentam os CAPS, desde o início de sua existência, como a 189/91,

224/92 e 336/02, eles são alocados em categorias ambulatoriais para o caso da organização do sistema de saúde. Na portaria 336/02, os CAPS são compreendidos como função ordenadora da rede, mas na recente portaria 3088/11, que institui a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), esta função passa a ser dividida com a atenção básica, sem que, no entanto, a atenção básica tenha ainda se apropriado da lógica da atenção psicossocial. No Rio de Janeiro, a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) está atrelada ao avanço da gestão dos serviços de saúde pelas Organizações Sociais, entes privados orientados pelo alcance de metas de eficiência e que têm ainda menos condições de sustentar a lógica de rede e da atenção psicossocial. Ainda na portaria 3088/11, os CAPS são enquadrados como um ponto de atenção da RAPS no componente de atenção psicossocial especializada.

Deste modo, ao mesmo tempo em que a instituição da RAPS promove a ampliação da atenção psicossocial a diversos campos da saúde, como atenção básica, hospitalar, urgência e emergência, residencial, desinstitucionalização, reabilitação e especializada, ela também desarticula uma das principais características dos CAPS, que devem ser serviços abertos, acessíveis às demandas de saúde mental, com capacidade de dar diferentes respostas e, principalmente, que não sejam serviços disponíveis somente para aqueles que preencham certo requisito clínico ou tenham certo diagnóstico pré-estabelecido. O CAPS como serviço especializado é o risco que Alves (2001) aponta ao dizer que a relação com atenção básica é fundamental, mas devemos estar atentos para garantir conquistas caras ao campo da atenção psicossocial, como a superação do modelo da medicina biomédica.

Além disso, os CAPS do Rio de Janeiro apresentam problemas de estrutura e de cobertura. Alguns desses problemas serão discutidos nos capítulos sobre a pesquisa de campo, mas podemos dizer que há falta de profissionais, principalmente de médicos, falta de concursos públicos, os estabelecimentos muitas vezes não são adequados para o funcionamento de CAPS, não há veículos que facilitem idas ao território e os CAPS são responsáveis pela cobertura de populações imensas, muito acima de sua capacidade, em localidades com graves problemas sociais. Tal falta de investimento, apesar dos esforços de muitos gestores de saúde mental, se explica também pelo fato de a questão da saúde mental jamais ter se tornado prioridade nas políticas públicas (PITTA, 2011). Isso talvez tenha relação com os mesmos motivos que levam ao que Pitta (2011) e Saraceno (ALVES, 2011) classificam como brigas fratricidas dentro dos movimentos que garantiram as conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no sentido de que tais

brigas talvez se devam a um certo recuo em relação a certos consensos que antes mobilizavam a tradicional militância em saúde mental.

Pitta (2011), ao falar sobre os desafios atuais da Reforma Psiquiátrica se pergunta a respeito de um esmorecimento das bandeiras mais clássicas nos movimentos que levaram aos importantes avanços na assistência à saúde mental no Brasil. Ela questiona se há um excesso de brigas dentro desses movimentos ou se, ao passo que houve avanços e que pessoas importantes que sempre defenderam os movimentos antimanicomiais chegaram a cargos gestores significativos, haveria uma certa acomodação. Já Saraceno (ALVES, 2011) considera que as brigas dentro destes movimentos são um dos três maiores problemas da conjuntura atual dentro do Brasil.

Poderíamos dizer que, ao longo do que viemos discutindo no texto, há certamente um relativo recuo em relação a proposições que orientaram estes movimentos. Se havia uma certeza em relação a lemas como “*por uma sociedade sem manicômios*” da Luta Antimanicomial, hoje, muitas vezes vemos propostas assistenciais que convivem com o hospital psiquiátrico, reformado e humanizado. Sabemos bem que não se faz mais a defesa de instituições como os grandes antigos manicômios, que ainda existem. Mas há propostas de políticas como a internação compulsória para usuários de crack, que remonta a argumentos que outrora legitimaram estes manicômios. A Psiquiatria Democrática Italiana, uma das principais fontes de inspiração da Reforma Psiquiátrica Brasileira, propunha a tomada de responsabilidade como atitude dos serviços comunitários de saúde mental diante das questões de saúde mental no território. Hoje vemos no Brasil modelos assistenciais caracterizados pela divisão de responsabilidades na ordenação do cuidado e por serviços especializados em cada tipo de problema.

É certo que o desenvolvimento do cuidado em saúde mental no Brasil trouxe impasses, o que faz com que algumas ideias se mostrem equivocadas e novas propostas surjam. Mas é certo também que, ao alcançar as conquistas que a Reforma Psiquiátrica Brasileira conseguiu, muitos dos antigos militantes destes movimentos agora convivem com segmentos que não concordam com muitos pilares que sustentam a Reforma. Se, por um lado, não é o objetivo de que suas propostas sejam consenso total na sociedade, a Reforma Psiquiátrica no Brasil não teve ainda o êxito de que seus pensamentos ocupem muitos setores da sociedade, nos quais a reclusão como estratégia para tratar ainda consta nos discursos de políticos, da mídia hegemônica, na academia e em gestores de saúde (PITTA, 2011).

Assim, hoje, no contexto das propostas de modelo de assistência no campo da saúde mental, vem ganhando força o que alguns autores chamam de modelo de atenção balanceado ou equilibrado. Nesta compreensão, a história dos serviços de saúde mental é dividida em três fases: a primeira é a *ascensão do manicômio*, entre 1880 e 1950; a segunda é o *declínio do manicômio*, no pós-guerra, com o surgimento de estratégias de reforma do modelo até então centrado no hospital psiquiátrico, sobretudo na Inglaterra, na França, nos EUA e na Itália; e a terceira fase é a *atenção equilibrada*, que procura expandir um sistema composto por serviços comunitários, de acordo com as necessidades regionais, e atenção hospitalar, da qual devem ser evitados seus aspectos negativos (THORNCROFT e TANSELLA, 2008). Tal esquema é baseado na história dos serviços de saúde mental nos países desenvolvidos. É visto quase como um processo natural de evolução do campo da saúde mental, no qual as fases se sucedem logicamente, de modo que os países que não têm nenhuma, ou quase nenhuma, assistência em saúde mental são descritos como pré-manicomiais. O que nos induz a acreditar num certo pressuposto de que a atenção em saúde mental se inicia pelo manicômio que, posteriormente retificado de suas mazelas, deve ser necessário, principalmente para os pacientes que não se internam voluntariamente, como se os serviços para crise alternativos ao hospital psiquiátrico só servissem para os que solicitam as internações. Assim, descrevem os autores que, mesmo para sistemas de saúde com muitos ou médios recursos:

“certos tipos de pacientes – aqueles que precisam de avaliação médica de urgência, e aqueles que sofrem de problemas médicos e psiquiátricos persistentes e co-mórbidos, recaídas psiquiátricas severas e transtornos comportamentais, fortes tendências violentas ou suicidas, condições neuro-psiquiátricas agudas, ou pessoas idosas com transtornos físicos severos e concomitantes – usualmente requerem suporte imediato de alta intensidade em unidades de internação hospitalar para pacientes no episódio agudo, às vezes em caráter compulsório.” (THORNCROFT e TANSELLA, 2008, pág. 15).

Este modelo, baseado em proposta de um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), propõe que os países com poucos recursos tenham sua atenção em saúde mental um sistema mínimo que privilegie a atenção primária com retaguarda de especialistas. Este sistema mínimo deve se ocupar principalmente de rastrear casos graves, de atendimentos psicoterápicos e farmacológicos. Num nível mais complexo, deve ter especialistas para tratamento de pacientes hospitalizados e treinamento e

assessoria para casos complexos de responsabilidade da atenção primária (THORNCROFT e TANSELLA, 2008).

Conforme os sistemas de saúde puderem ter mais recursos, vão sendo incrementados com serviços e equipes cada vez mais especializados: a atenção comunitária se desenvolve em equipes especializadas; os ambulatórios se diversificam até serem capazes de oferecer dispositivos por grupos de pacientes e diagnósticos; as internações hospitalares ganham alternativas como hospitais-dia, casas para acolhimento de crises e equipes domiciliares; e a atenção residencial se expande em diferentes modalidades, de casas permanentes a residências provisórias, pensões e abrigos (THORNCROFT e TANSELLA, 2008).

Assim, a proposta de um modelo equilibrado, que sustenta a ideia de que uma rede de saúde mental deve ser composta por quantos mais serviços forem possíveis, com diferentes responsabilidades, integrados e coordenados entre si, com hospitais psiquiátricos convivendo com serviços comunitários, se apresenta como uma proposta atual, diante dos problemas na implantação de sistemas que tentassem substituir o hospital psiquiátrico.

No contexto do Brasil, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se afirma influenciada pelo ideário italiano de destituição do hospital psiquiátrico, lugar de exercício pleno da lógica psiquiátrica de naturalização e intervenção sobre o objeto artificial da doença mental, jamais conseguiu de fato se tornar hegemônica, no sentido de dominar as experiências de atenção à saúde mental, desta forma, sob influência italiana. Além do fato já sabido de que a saúde nunca foi prioridade política no Brasil e muito menos a saúde mental, de modo que tanto o SUS quanto a Reforma Psiquiátrica nunca conseguiram se exercer em toda a sua potência, o que se revela é que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é composta por várias tradições teóricas e influências de experiências em outros países.

De fato, não há novidade nisso. Mas é preciso realçar o caráter múltiplo, e muitas vezes contraditório, de um processo tão grandioso quanto a empreitada de modificar o estatuto da loucura num território da mesma forma grandioso e diverso quanto o do nosso país. A Reforma Psiquiátrica Brasileira começa no questionamento dos hospícios, repletos de pacientes em péssimas condições, num contexto em que a ditadura havia proliferado leitos privados, pagos pelo sistema público, em instalações deploráveis, ao passo que muitos lugares no mundo já haviam proposto reformas em seus modelos de saúde mental. Assim, ao mesmo tempo em que construímos um

enorme de conjunto de experiências próprias pelo país, somos influenciados pela Psiquiatria Democrática Italiana, pela Psicoterapia Institucional, pela Psicanálise e pela Psiquiatria Preventiva dos EUA, entres outros saberes.

Em vários destes modelos, o hospital psiquiátrico não foi suprimido. Em muitos, foi reformado (BASAGLIA, 2010; AMARANTE, 2008). A proposta de um modelo equilibrado, portanto, não apresenta a novidade da convivência de serviços comunitários com serviços hospitalares. Uma de suas novidades é proposição de uma difusão de novos equipamentos para suprir novos problemas, como, por exemplo, os pacientes antes institucionalizados que não conseguem voltar a viver com suas famílias e vivem em crise. Isso se baseia na compreensão de que há uma gama de pacientes que os serviços comunitários não conseguem atender plenamente. Voltamos aos pacientes difíceis, que não se adéquam aos modelos de tratamento e entram muitas vezes em crise e têm sido chamados de novos crônicos, que fazem uso excessivo de emergências e de internações.

Na verdade, o modelo de assistência equilibrado propõe um sistema que não intervém no predomínio da lógica psiquiátrica tradicional e que pretende abdicar de seus efeitos nocivos, ao manter apenas suas práticas terapêuticas, como se tais efeitos não fossem o resultado de uma maneira de compreender a experiência de sofrimento. Assim, na verdade, ele não apresenta soluções novas, mas a atualização para os dias de hoje, de antigas práticas psiquiátricas, como já havia ocorrido, por exemplo, na Psiquiatria Preventiva americana dos anos 1960 – no sentido que Amarante (2008) dá ao termo atualização, em referência ao conceito de *aggiornamento* de Castel, ou seja como uma prática que se modifica para se tornar atual sem produzir nenhuma mudança em seu cerne, em sua essência.

Nesse sentido, as crises vão se conformando num certo resto das experiências subjetivas sobre o qual os serviços comunitários não são capazes de intervir. Mas, ao mesmo tempo, jamais se constituiu, na maior parte do território brasileiro, uma rede de saúde mental com CAPS realmente fortes, capazes de enfrentar as crises mais difíceis, capazes de se dirigir ao território de modo efetivo, de convocar os diversos agentes da comunidade para o cuidado em saúde mental e, sobretudo, de sustentar na cidade alguma possibilidade de convívio com a loucura.

Acreditamos que seja, portanto, na atenção à crise que têm se sustentado os argumentos que justificam a existência de hospitais psiquiátricos. Parece-nos que a atenção a crise é, cada vez mais, um ponto chave onde se evidenciam os diferentes

modos de entender a questão da saúde mental. Certamente, a crise é o momento em que se manifesta a falta de convicção de muitos gestores em relação ao fim do hospício. Basaglia (2010) afirma que a presença do hospital psiquiátrico nunca será periférica, pois ele, ao existir, sempre se impõe como centro operador da lógica do sistema de assistência em saúde mental, já que regula quais circunstâncias serão segregadas e quais permanecem no convívio social, de maneira que a psiquiatria é a fonte científica dos critérios que definem este processo. Assim, no nosso entendimento, se ainda persistirmos no projeto de sustentar um discurso que inclua a loucura no campo social e que compreenda a necessidade da garantia de tratamento e de cidadania, precisamos afirmar o CAPS como lugar de atenção à crise no território.

CAPÍTULO 3

A POLISSÊMICA NOÇÃO DE CRISE: ALGUNS SIGNIFICADOS

Faremos agora uma investigação acerca de alguns dos diferentes significados do termo crise em saúde mental, eixo central da presente pesquisa. Deseja-se, com isso, compreender possíveis orientações teóricas que fazem parte do conjunto de compreensões dos trabalhadores e gestores no Rio de Janeiro sobre o que é uma crise. Deste modo, também poderemos avançar na análise de certas práticas com relação às situações de crise, nos serviços de saúde mental, apontando para conceitos e tipos de intervenção que mais se coadunam com a Reforma Psiquiátrica. E, por fim, será possível produzir, a partir deste apanhado polissêmico que este termo nos oferece, uma discussão em função dos conceitos estudados e daqueles que mais se coadunam com as experiências inovadoras propaladas pela reforma psiquiátrica no Brasil. Acreditamos que a concepção de crise interfere nas intervenções voltadas a ela, impedindo ou facilitando que soluções mais produtivas e criativas se dêem.

Inicialmente, para que se possa introduzir a concepção de crise, faremos uma pequena referência às origens etimológicas deste termo. Para Ferigato et al (2007), é necessário que se saiba quais as concepções de crise em questão para que se possa pesquisar o cuidado em relação a ela. Por isso, faremos uma breve revisão de alguns dos conceitos mais usados. Recorreremos à psiquiatria tradicional, que fortemente influencia a prática dos trabalhadores de saúde mental nos dias de hoje, abordaremos as noções de crise que permeiam o campo da atenção psicossocial, com influência da Psiquiatria Democrática Italiana, e visitaremos os conceitos da Psiquiatria Preventiva, que propõe um modelo de atenção que privilegia a atenção à crise. Embora o modelo da Psiquiatria Preventiva aborde a questão da crise de um ponto de vista diferente do nosso, há formulações que nos podem ser úteis na discussão da pesquisa de campo. Para isso, também serão utilizados como referências bibliográficas textos atuais sobre a crise, e sobre a saúde mental no Brasil.

Durante esta análise, também introduziremos as críticas que o campo da atenção psicossocial faz às noções da psiquiatria tradicional, consideradas como reducionistas por diversos autores. Chamaremos de psiquiatria tradicional aquela que se encontra hoje nos manuais e compêndios de psiquiatria que são mais utilizados nos cursos de Residência em Psiquiatria e nas faculdades de medicina, e que se alinha com a

Classificação Internacional de Doenças X (CID X) e com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM IV).

No dicionário Houaiss (HOUAISS, 2001), as definições de crise têm sentidos diferentes de acordo inclusive com a respectiva área a que se refere. Por exemplo, existe uma definição em economia, outra em política. No entanto, a origem do termo diz respeito a sua definição médica. Originalmente, crise é o momento decisivo de uma doença, para a cura ou para a morte. Outra definição própria da terminologia médica é a de que crise é uma dor paroxística de um órgão, com uma disfunção associada, como a crise renal.

Alguns autores como Costa (2007) e Ferigato et al (2007) se referem à crise como um momento que não deve ser considerado como ruim, já que é em uma certa desordem que se pode produzir uma nova organização. Esta pode ser a possibilidade de uma reestruturação mais consistente, em que o sujeito pode construir novas possibilidades para sua vida. Costa diz ainda que a crise pode ser o momento de precipitação de mudanças necessárias, mas que tenham sido proteladas durante o período de estabilização. Do mesmo modo, uma intervenção mais restritiva, ou mesmo as contingências próprias de cada situação, podem tolher o potencial inovador de uma situação de crise.

Segundo Ferigato et al (2007), a palavra crise vem do grego *krisis*, que significa o estado de algo que necessita que uma decisão seja tomada. Como verbo, trata-se da ação ou faculdade de distinguir, ou tomar uma decisão. Vem de outro verbo anterior, com sentido de separar, decidir ou julgar. Foi, então, apropriada pela medicina e, já na tradição médica, incorporada por outras línguas, como o latim. No latim, significa o momento da tomada de decisão, ou de uma mudança súbita. Neste emaranhado de sentidos e tradições, existe ainda o termo *kir* ou *kri*, do sânscrito, que significa desembaraçar ou purificar (BOFF *apud*, FERIGATO et al 2007). Crise porta, portanto, diversos sentidos, como mudança, crescimento, decisão, separação e distinção.

No início do século XX, Karl Jaspers, em sua *Psicopatologia Geral* (JASPERS, 1973), ao discorrer sobre o desencadeamento da esquizofrenia, ainda que não usasse o termo crise, descreve o que ele chama de vivências patológicas. Ele difere dois tipos. O primeiro são as psicoses puramente desencadeadas. São aquelas cujo conteúdo do pensamento não tem conexão compreensível com a experiência vivida. É como se a vivência apenas desse o gatilho em um processo que ocorreria de qualquer maneira. O evento desencadeante não determina nenhuma característica do processo patológico e só

é indispensável em sua eventualidade, já que era necessário um fato que disparasse a doença. Isso que está para se derramar, mas que ainda requer a gota d'água, é o que Jaspers chama de broto. O outro tipo é o que ele chama de reação autêntica, cujo conteúdo tem relação compreensível com a vivência, não se daria sem ela e cujo curso depende dela. Ele cita o exemplo das psicoses de terremoto. São crises psíquicas que se dão após a experiência de um desastre trágico como um terremoto. Jaspers acredita que um trauma tem a medida de uma causa adequada de um colapso. É como se houvesse algumas doenças mentais que diferem de outras por serem reações compreensíveis na relação com algum evento traumático. Para ele, o critério da compreensibilidade é fundamental para entendermos a natureza de uma patologia.

Para Jaspers (1973), a psicopatologia deve tomar a alma como objeto de investigação e jamais como resultado de um corpo a ser investigado. Contra isto que ele chama de reducionismo, Jaspers se defronta com um problema metodológico: como acessar a alma e tomá-la como objeto. Ele diz: “a alma não é uma coisa, mas um ser em seu mundo”. O autor a chama ainda de um vir-a-ser no mundo, um desenvolvimento ou uma evolução. A alma como tal, é inapreensível. Para objetivá-la de modo que se possa investigá-la é preciso que nos atenhamos às provas de que ela existe e às maneiras como ela se mostra e a como podemos percebê-la, segundo seu método fenomenológico. O principal destes fenômenos é a consciência. A consciência é a manifestação indispensável da alma, para Jaspers. Ela é o fenômeno apreensível e observável, mas não é a ela que se reduz a vida psíquica. A todo resto ele chama de inconsciente, ou de extra-consciente, a ser deduzido, inclusive como estratégia metodológica de possibilidade de teorização, já que é preciso reconhecer que a consciência não será capaz de explicar todos os processos psíquicos. O trânsito dos conteúdos psíquicos entre consciência e inconsciência não é totalmente livre, mas deve ter uma passagem sempre aberta. Ele define como patológicas as situações em que este trânsito encontra obstáculos, como no recalque teorizado por Freud, ou na cisão esquizofrênica.

A psiquiatria que chamamos de tradicional, mais difundida atualmente, trata da descrição de doenças através da classificação por tipos de sintomas. Deste modo, teremos que basear nossa busca pelas referências às situações de crise nas descrições de situações de desencadeamento e recaídas da esquizofrenia e nas situações de emergências psiquiátricas. Este critério pode se justificar pela proposição de Dell'Acqua e Mezzina (2005) de que a crise em saúde mental corresponde a um evento que extrapole um valor limite a partir do qual a sociedade se dirige ao saber psiquiátrico.

O Compêndio de Psiquiatria de Kaplan, Saddock e Grebb (1997), em suas diversas edições, é um dos livros mais importantes nesta tradição da psiquiatria, e, há muitos anos, é um dos mais recorrentes nos cursos de psiquiatria. Neste livro, as referências à crise se dão sobretudo como uma exacerbação dos sintomas. Para ele, toda emergência é uma crise, não sendo possível, no entanto, dizer que toda crise é uma emergência. No capítulo sobre emergências psiquiátricas, o autor discorre bastante sobre o suicídio, definido como um ato em que o indivíduo não vê outra solução para escapar de uma situação de crise, senão o próprio aniquilamento. A emergência é “qualquer perturbação nos pensamentos sentimentos ou ações, para a qual a intervenção terapêutica imediata é necessária”. Para ele, os atendimentos devem ser feitos de maneira “apressada” (sic), para que se possa manter um fluxo capaz de atender imediatamente todo paciente que chega. Para efetividade do serviço de emergência, deve-se ter atenção à possibilidade de suicídio e de agressividade e periculosidade do paciente, para que ele possa ser protegido de seus próprios atos. Essa perspectiva exclui o tempo como própria possibilidade de intervenção. A terapêutica proposta por Kaplan para as situações de agressividade e de suicídio é a de internação e medicação imediatas.

A aproximação entre crise e emergência, quase como sinônimas, pode ser percebida quando comparamos a descrição que Kaplan (1997) faz de uma emergência em um esquizofrênico com sua definição do momento em que a fase prodrômica eclode na esquizofrenia ou com as recaídas no decorrer da doença. Para ele, uma emergência deste tipo ocorre quando o paciente esquizofrênico se auto-negligencia de forma extrema, apresenta paranoia severa, ideação suicida, agressividade e/ou sintomas psicóticos extremos. Ou seja, quando há uma exacerbação dos sintomas. No capítulo sobre esquizofrenia, Kaplan descreve a evolução da doença, que começa com uma fase prodrômica. Só quando a doença finalmente se apresenta é que podemos entender que aqueles eventos estranhos eram precursores de uma esquizofrenia. A deflagração é entendida como primeiro episódio psicótico. Ou seja, a primeira crise coincide com o aparecimento de sintomas psicóticos, próprios da esquizofrenia. Quer dizer que a emergência em uma esquizofrenia é igual à crise, no sentido de que ambas se definem pela intensificação de sintomas próprios da doença. Após o atendimento médico, é possível a remissão destes sintomas. No entanto, o prognóstico é ruim e na evolução mais frequente as recaídas são comuns, em forma de novas crises, com o recrudescimento da sintomatologia esquizofrênica. A cada recaída há uma deterioração

adicional do funcionamento do indivíduo, o que significa uma provável degradação ao longo do tempo.

Deste modo, poderíamos dizer que crise, associada às emergências psiquiátricas na psiquiatria tradicional, se define pela exacerbação dos sintomas, periculosidade, desadaptação, desrazão, redução da experiência subjetiva a comportamentos considerados bizarros e encontra-se dissociada da história do sujeito. Para isso, a intervenção se restringe a remissão dos sintomas, apagamento do delírio e contenção espacial, mecânica e medicamentosa que justificam o isolamento através da internação (COSTA, 2007).

Por outro lado, uma influência fundamental e cada vez mais significativa na prática em saúde mental é a do campo da atenção psicossocial. Inclusive, é este o campo que orienta a política nacional de saúde mental no Brasil, desde a década de 1990. Nesse contexto, a experiência italiana é a que mais inspirou a brasileira.

É necessário, assim, falar um pouco dela. A Psiquiatria Democrática Italiana teve início na década de 60, com a liderança de Franco Basaglia. Após alguns anos, já com a lei da reforma psiquiátrica italiana em vigor, a Lei 180 de 13 de maio de 1978 (Lei Basaglia), os italianos se viam em uma situação de reflexão depois de um processo de tantos anos. Na década de 1980, Dell'Acqua e Mezzina (2005) escreveram um texto sobre a forma como a cidade de Trieste, palco de importantes experiências, se organizava para atender as situações de crise. A ideia surgiu por considerarem a crise um tema crucial, em função do qual o modelo de atenção em saúde mental proposto por eles poderia ter sucesso, ou, por outro lado, fracassar. A rede de saúde mental que eles propõem, então, tem a questão da crise como um dos elementos mais importantes em sua organização.

Segundo Souza (2008), a crise se define como uma ruptura com o laço social. Consiste em algo que faz com que o sujeito rompa com determinada norma social, de modo que se produza alguma impossibilidade na relação com o outro social. A crise não ocorre, portanto, apenas na vivência individual, mas na relação dessa vivência com o contexto social.

Pode haver rupturas com consequências na vivência de tempo e espaço ou na estruturação da identidade. No entanto, a crise é sempre compreendida numa complexidade de determinantes sociais, psicológicos, familiares, afetivos, que extrapolam a redução a um sintoma psicopatológico.

Para Ferigato et al (2007), do ponto de vista da psicanálise, a crise se configura por uma irrupção do irrepresentável, no sentido de que há uma hesitação do sistema representacional. Com isso, há uma perda dos sistemas de referência, um questionamento das convicções fundamentais e uma sensação de risco com relação à identidade. Como efeitos, o sujeito tem sensações de invasão e exposição, agonia e angústia.

Dell'Acqua e Mezzina (2005) enfatizam que as situações de crise se circunscrevem em um determinado contexto de organização psiquiátrica que abarca determinados tipos de situação, compreendidos como de interesse da psiquiatria. Se o contexto for outro, a situação pode ou não ser assunto da psiquiatria.

A crise nunca é um evento isolado. Ela se engendra numa série de nexos, no entroncamento de circunstâncias psíquicas, familiares, sociais, entre outros. A compreensão de que as crises são fenômenos que não se restringem à vida interna do indivíduo e têm uma determinação também do contexto social já estava presente na obra de Gerald Caplan, nos Estados Unidos, com a sua *Psiquiatria Preventiva*. Para ele, a vida psíquica é um sistema aberto, suscetível aos acontecimentos exteriores.

Caplan (1980), em seu livro “Princípios da Psiquiatria Preventiva”, propõe um modelo assistencial que enfatiza a intervenção precoce em situações de crise. A partir da noção de que a psiquiatria deveria se dedicar a prevenir para que novos casos de desvios em relação à ordem social não se desenvolvessem, Caplan identifica que a intervenção nas crises vitais é um importante mecanismo de fortalecimento precoce dos instrumentos pessoais para o enfrentamento de situações difíceis. A partir de pesquisas como a de Erich Lindemann, um dos introdutores do termo crise na psiquiatria, Caplan procura demonstrar que existem uma série de eventos a partir dos quais se desenvolvem distúrbios mentais. O trabalho de Lindemann, por exemplo, com sobreviventes de um incêndio num clube noturno, em 1943, procurava mostrar que agentes comunitários poderiam exercer funções preventivas se fossem orientados adequadamente para aconselhar os sobreviventes e ajudá-los a evitar ou diminuir as consequências psíquicas do sentimento de luto. Da mesma forma, diversas pesquisas sobre situações de tragédias, privações, como a de crianças separadas da mãe, de circunstâncias de modificações extremas da vida, ou qualquer outra situação que exigisse a utilização de novos recursos que não sejam os usuais da vida comum de uma pessoa são utilizadas por Caplan para mostrar que a psiquiatria deve estar preparada para instrumentalizar as pessoas a enfrentá-las da melhor maneira.

Caplan (1980) afirma que a doença mental tem origem tanto em fatores manipuláveis como a capacidade de cada um enfrentar problemas e a força de seu ego, por exemplo, quanto em fatores não manipuláveis, como os fatores externos e ambientais e força do destino. A psiquiatria precisa poder intervir nos primeiros. Em comparação com a teoria de Jaspers, é como se Caplan estivesse apenas reconhecendo a manifestação das reações autênticas a eventos externos e pensando o tratamento com formas discutíveis de fortalecimento do ego, a partir da psicologia do ego, em evidência nos Estados Unidos de sua época. O que Jaspers identifica como broto, ou algo de uma condição subjetiva particular, que para nós é a forma do sujeito se colocar no mundo, é deixado de lado por Caplan, de modo que ele anseia de fato poder evitar os casos desviantes, tomados como patológicos.

Porém Caplan (1980) não compreende, como Jaspers, que tais eventos perniciosos são traumáticos em si. Ele acredita que são a oportunidade do sujeito aprender novos recursos para a vida, afastar-se ou aproximar-se dos distúrbios mentais. Assim, ele entende que cada um mantém certa constância no modo de responder as questões da vida. Quando ocorre um problema, esse sistema é perturbado, mas possui mecanismos de retomar o estado de equilíbrio. Uma crise é quando há um exagero nesse processo, de modo que o sujeito não consegue nem resolver o problema nem retomar o estado anterior. O psiquiatra deve aproveitar esta situação, pois o sujeito está vulnerável a intervenções.

Outra função importante do psiquiatra apontada por Caplan (1980) é a de fornecedor de ferramentas para outros integrantes da comunidade apoiarem as pessoas em situações de crise. Ele acredita, por exemplo, que um psiquiatra numa universidade deve gastar seu tempo igualmente entre o atendimento a estudantes e a orientação a professores de modo a se tornarem melhores conselheiros para seus alunos.

Com relação ainda às intervenções em crise, Caplan (1980) acredita que as profissões do campo da saúde mental têm sua contribuição a dar. No entanto, todas elas, inclusive a psiquiatria, precisam avançar na padronização de seus procedimentos para que as intervenções deixem de ser de acordo com as preferências pessoais de cada um. Caplan acreditava na ciência psiquiátrica como produtora de respostas ideais para as diversas situações que pudessem levar ao adoecimento.

Uma grande diferença entre este pensamento e a Psiquiatria Democrática Italiana é que Caplan não rompe com o paradigma da psiquiatria tradicional. Deste modo, ele propõe uma atualização dos instrumentos típicos da psiquiatria, no sentido de

que ela avança em relação à obsolescência dos grandes hospitais psiquiátricos, mas se apropria de novos mecanismos, agora comunitários. A Psiquiatria Preventiva não rompe nem com a redução da doença mental como objeto da medicina, agora estendida para a noção de desvios e distúrbios, nem com o mandato social da psiquiatria de afastar, segregar e agora evitar preventivamente as experiências de loucura. O resultado da reforma proposta por Caplan é a desospitalização, no sentido de uma diminuição do tempo médio de internação, acompanhada da modernização e humanização dos hospitais. O processo foi acompanhado por racionalização administrativa e diminuição de leitos. Como efeitos, se verificaram número menor de pacientes internados, porém aumento das recidivas. Criaram-se estruturas próximas ao hospital e submetidas a ele. No entanto, muitos pacientes acabaram abandonados em albergues. Os serviços territoriais se conformavam como intermediários entre a sociedade e o hospital, de modo que sustentavam prática, técnica e ideologicamente a existência do hospital psiquiátrico (ROTELLI, 2001).

Para os italianos, a crise é uma complexa situação existencial. A psiquiatria tradicional, para eles, induz um movimento subjetivo de reduzir-se a uma coisa só, quando reconhece o sujeito apenas como sintoma. A pessoa necessita de suporte justamente quando a vida começa a reduzir suas possibilidades. Ele, então, procura um serviço de psiquiatria. Lá, ele não encontra a possibilidade de retomar a diversidade de valores da vida. Ao contrário, a lógica com que se depara e o olhar com que é visto o simplifica em um sintoma psiquiátrico a ser removido (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005).

Na proposta italiana a crise é considerada como um evento inserido em uma história. Por isso, a superação do hospital psiquiátrico é necessária. A internação hospitalar se caracteriza por um rompimento com a sequência de vivências do sujeito, e a sua retirada do próprio contexto em que vive. Isso não só é prejudicial no sentido de que um serviço territorial teria mais possibilidades de acompanhar o sujeito ao longo do tratamento, mas também porque a internação tende a afastar o sujeito de sua história. Assim, perde-se a oportunidade de ter a reconstrução da história como um mecanismo de recuperação e de um reordenamento psíquico (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005).

Além disso, a fragmentação da rede de cuidados se amplia, na medida em que os serviços hospitalar e extra-hospitalar funcionam de forma muito diferentes, dificultando uma direção terapêutica unívoca. Justamente no momento em que o paciente necessita de unidade e continuidade no seu tratamento.

Para Dell'Acqua e Mezzina (2005), a crise carrega consigo um conflito que não deve simplesmente ser ocultado, ou contido. Conflito no sentido de um enfrentamento de uma experiência com circunstâncias que se impõem a ela, o que causa um desarranjo específico. Assim, a crise traz um elemento de singularidade que diz respeito ao contexto em que se insere. Deste modo, não se deve enfrentar uma situação de crise através de modelos pré-estabelecidos. Isto leva a outro conceito fundamental para os autores, que é a ideia de que o serviço deve ser posto, ele mesmo, em crise. Ou seja, os serviços de saúde mental deve sempre estabelecer espaços de reflexão para que possa se renovar. Por isso, é fundamental a noção de que se deve trabalhar dentro da instituição com a valorização do conflito como possibilidade de desenvolvimento.

Pode-se ressaltar que alguns instrumentos existem para isso no Brasil, como as supervisões clínico-institucionais, nas quais os profissionais de um serviço se reúnem com um supervisor para rediscutir as práticas clínicas e de organização do serviço, e deste modo, se renovar.

As práticas em saúde mental correm sempre o risco de se institucionalizarem, quer dizer, de se tornarem instrumentos a serem utilizados de modo repetitivo e sem originalidade, de maneira a se tornarem ineficientes. Ao passo que se institucionalizam as práticas, as demandas da clientela passam a ser tomadas como excessivas e impróprias. A crise é, para eles, o momento ideal para precipitar esta renovação, a partir da reflexão que o serviço faz no momento em que se coloca em crise (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005).

Este ponto de vista rompe com a lógica da prescrição. Seja a prescrição medicamentosa ou a prescrição de qualquer outro tipo de técnica terapêutica, como a psicoterapia e as oficinas terapêuticas. Cada instrumento deve ser utilizado de acordo com a necessidade do caso, pois o ato clínico não pode ser necessário por si mesmo. Do mesmo modo, preconiza-se não proceder do modo queixa-conduta, ou seja, para um tipo de demanda, um tipo de intervenção pré-determinado. Isso significa que qualquer ato clínico pode ser utilizado, desde que se enquadre numa direção de tratamento que vise ao respeito com relação ao paciente, o retorno ao convívio social e a construção de possibilidades de vida. Neste sentido, ações de controle como contenções mecânicas, como amarrar o paciente, podem ser necessárias em condições específicas, em que o processo de negociação se esgota (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005).

Costa (2007) descreve a crise como um momento específico, onde efervescem questões, afetos, comportamentos e atos. São situações difíceis, para as quais as

respostas são também difíceis. Estes nós, como chama a autora, são desenlaçados na maioria das vezes com recursos conhecidos e de mais fácil alcance. Esta é uma das maiores dificuldades no trato com a crise. Ao colocarmos recursos como a internação ou outro tipo de contenção ao nosso mais fácil alcance, se reduzem as possibilidades de que os profissionais se esforcem em construir novas soluções.

Na atenção à crise, objetiva-se a recuperação do laço social rompido, e não a supressão de um sintoma psicopatológico. Deseja-se que o sujeito possa tornar a habitar o campo social, e, para isso, é preciso algumas direções para o trabalho clínico.

Um dos aspectos apontados por diversos autores para o sucesso de um modelo de atenção à crise que se caracterize por ser comunitário, e não hospitalar, é a organização do serviço. É fundamental a presença do serviço no território. É preciso que o serviço conheça os recursos territoriais, os possíveis percursos do território, que frequente as casas dos pacientes e que possa ter uma presença na vida da comunidade. Isso traz sensação de segurança e proximidade das famílias com os trabalhadores e facilita as intervenções. Além de proporcionar o que Dell'Acqua e Mezzina chamam de “desdramatização” do conteúdo da crise, no sentido de trazer mais tranquilidade para os atores envolvidos nesta cena, que muitas vezes, em meio à conjuntura da crise, acabam por tomá-la como uma situação grave demais, ou sem solução.

Outro ponto positivo da presença do serviço na comunidade é a possibilidade de atuação nas dimensões espacial e temporal, de modo a possibilitar que a reordenação da experiência em crise possa ter mais subsídios. O sujeito em crise, para que não seja apartado do contexto de nexos que lhe diz respeito, necessita de que haja uma relação muito próxima entre o serviço e o território.

É importante ainda reconhecer que um serviço integrado à comunidade tem efeitos também na relação da sociedade com a loucura. Só assim é possível que se redimensionem estigmas tais como o da periculosidade ou da incapacidade do louco.

Ainda com relação à organização do serviço, os mais diversos autores marcam a importância do acolhimento noturno. Ou seja, para atender uma crise, é preciso que os serviços comunitários funcionem em regime de 24 horas por dia, sete dias por semana. Para que se possa ter continuidade, para que se reconheça que uma crise não se encerra às cinco horas no fim do expediente e para que se possa receber o sujeito em horários inusitados, próprios da imprevisibilidade da crise, e da subjetividade humana (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005; AMARANTE e TORRE, 2001).

Ferigato et al (2007) afirmam que do ponto de vista clínico, a função do técnico em situações de crise deve ser a de fazer uma ligação entre o paciente e a realidade. Como instrumento principal, a escuta e a adesão aos direcionamentos que o paciente nos dá. Assim, é possível trabalhar junto ao paciente no sentido de restauração da estabilidade subjetiva.

Costa (2007), por sua vez, acredita que, muitas vezes, o objetivo do tratamento deve ser o de que o paciente possa se instrumentalizar para lidar com sua própria crise, para preveni-la e evitá-la. Ela propõe a valorização da singularidade, em oposição à normalização e ao adaptacionismo das ações típicas da psiquiatria, que reduzem a existência a sintomas, os quais devem ser eliminados. Com isso, visa à afirmação da vida e da presença do louco no convívio social.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

4.1

A PSICOSSOCIOLOGIA FRANCESA E A PESQUISA QUALITATIVA

A ciência é uma das maneiras que o homem criou para a construção do conhecimento da realidade. Tal conhecimento nunca é pleno e trata-se sempre de uma construção aproximada que com o avançar da ciência deve ser discutida e contestada. Para esta construção é necessário que tenhamos parâmetros, em função dos quais balizemos os processos de pesquisa. A pesquisa, por sua vez, é a atividade nuclear da produção científica. Na elaboração de uma pesquisa, a tentativa de compreensão do mundo consiste na articulação de conceitos com os diferentes modos de pesquisar. Para que isso funcione satisfatoriamente utiliza-se a metodologia (MINAYO, 1994).

Metodologia, segundo Minayo, é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (1994, p. 16). Ela deve contemplar as teorias que serão utilizadas na pesquisa, as técnicas e estratégias de investigação e a capacidade criativa do autor, tanto na articulação destes itens, quanto na identificação e análise dos resultados. A metodologia é o meio pelo qual os impasses advindos a partir da reflexão teórica acerca de um problema podem ser discutidos à luz da experiência prática de uma pesquisa, por exemplo.

Nosso trabalho consiste numa pesquisa qualitativa, no campo das ciências humanas, já que estabelecemos estratégias de pesquisa que visem a apreender os modos de cuidado envolvidos nas práticas clínicas no âmbito de um serviço de saúde mental do município.

A pesquisa qualitativa é aquela que trabalha com sentidos, significados, valores, relações subjetivas, crenças, motivos e ações que dizem respeito a fenômenos humanos cuja análise necessita ser construída de um modo mais aprofundado e cuja investigação não deve se resumir a uma quantificação ou operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

Certamente nosso estudo se enquadra nesta descrição. Estamos diante de um objeto de pesquisa que inclui as dimensões subjetiva e de saber, por um lado, e as dimensões social e política, por outro. Mais claramente, a pesquisa se debruça sobre uma prática clínica no contexto de uma organização política específica de saúde mental.

Para isso, é preciso levar em consideração as concepções e as técnicas que apoiam os trabalhadores e como eles as utilizam. Da mesma forma, é preciso investigar a o contexto e a direção política que também induz modos de cuidado.

Trata-se de uma pesquisa social no contexto da saúde coletiva. Este é um campo altamente variado, com uma multiplicidade de temas e métodos. Pode-se definir este tipo de pesquisa como pertencente a um campo multidisciplinar, interpretativista, que busca compreender os processos sociais em seus contextos a partir dos seus sentidos e significados, através de métodos próprios das Ciências Sociais e Humanas (RAMOS e MARCONDES, 2010).

Os termos sentidos e significados, que estão presentes em definições do objetivo de Ciências Humanas, de Ciências Sociais, da Psicossociologia e da pesquisa social (MINAYO, 1994; RAMOS e MARCONDES, 2010; DENZIN e LINCOLN, 2006; LÉVY, 2001), podem ser entendidos como essenciais a partir da noção de que por trás do fenômeno que se deseja estudar existe algo oculto a ser desvelado (TURATO, 2010). O modo como trataremos destes sentidos e significados pode variar, de acordo com a posição teórico-metodológica do pesquisador. Tanto ele pode crer num sentido verdadeiro a ser descoberto, quanto pode acreditar que o próprio processo de desvelamento é um processo de construção do saber.

A pesquisa social possui suas estratégias de cientificidade, construídas a partir das críticas de que não possui a objetividade das Ciências Naturais. Por isso, deve ser apoiar em rigorosos conceitos:

[a pesquisa social] procura se apoiar em *constructos* teóricos que levem em rigorosa consideração a natureza múltipla e subjetiva da realidade, identificando os contextos em que os fenômenos ocorrem, bem como os processos a eles subjacentes, para que sua singularidade seja apreendida. Igualmente importante é a apreensão dos sentidos que as pessoas atribuem às suas próprias ações, às dos outros e aos fatos em geral. O cientista social precisa lidar, em sua prática científica, com o inevitável fato de que as investigações estão carregadas de valores e que, portanto, a possibilidade de que ele seja levado pelas suas próprias crenças e inclinações é constante (RAMOS e MARCONDES, 2010).

Diante de tal complexidade, as Ciências Humanas e Sociais tendem a realizar pesquisas que visam à elaboração de significados que influenciam as ações sociais. Para isso, o paradigma construtivista interpretativista é um dos mais importantes. Paradigma

se define, resumidamente, pelo conjunto de premissas epistemológicas, ontológicas e metodológicas. Ou seja, por premissas que determinam como entendemos a relação entre investigador e objeto, a natureza da realidade e o modo como conhecemos o mundo, respectivamente (DENZIN e LINCOLN, 2006).

O construtivismo interpretativista se baseia principalmente na ideia de que o conhecimento é construído, e permanece sempre em processo de construção da interpretação da realidade. O pesquisador e o pesquisado se inter-influenciam e partilham o controle da pesquisa (LINCOLN e GUBA, 2006).

Minayo (1994) descreve cinco características principais das Ciências Humanas e Sociais. A primeira já foi mencionada no parágrafo acima. Trata-se do fato de que o *objeto da pesquisa é histórico*. Para este trabalho esta característica é ainda mais importante, pois a definição de crise que mais nos interessa enfatiza que a crise também é um evento histórico (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005; COSTA, 2007; FERIGATO et al, 2007). É histórica tanto no sentido de que a crise só pode ser entendida como tal num dado contexto social e sob determinada concepção em saúde mental, quanto pelo fato de a crise ser um fenômeno que irrompe num determinado sujeito, com sua história pessoal e com próprios arranjos subjetivos. Deste modo, ao podermos situar o estudo da atenção à crise no campo das Ciências Humanas, pode-se também avançar no argumento que visa a superar a concepção tradicional da psiquiatria, normalmente associada às práticas manicomiais que se quer também superar, na qual a crise é tratada como um evento em si, descontextualizado de sua história, do qual só se anseia eliminar os sintomas psicopatológicos.

Em segundo lugar, como consequência de ser um objeto histórico, é também um *objeto que possui consciência histórica*. No sentido de que o conhecimento que se está construindo não é somente orientado pelo pesquisador, mas também pelos seres humanos em suas organizações sociais que serão estudadas. É por isso que na segunda fase da pesquisa, que será descrita mais adiante, se destaca a necessidade de compreender a organização dos CAPS e as concepções que orientam os trabalhadores que atuam no cuidado com pacientes de saúde mental. Assim, a investigação segue para uma ou outra direção, de acordo com o que se vem observando.

Outra característica importante é a *identidade entre sujeito e objeto*. No caso desta pesquisa isto se dá ainda de forma mais significativa, pois se o objeto é a atenção à crise, o investigador é também um agente deste tipo de cuidado em seu trabalho assistencial. Então, se normalmente, pelo fato de observador e observado terem a

mesma natureza, ele é também alvo de observação (LÉVI-STRAUSS *apud* MINAYO, 1994), no nosso caso isto é ainda mais evidente. Algumas consequências disto são discutidas adiante.

A quarta característica, também fundamental, é que este é um campo da ciência *intrínseca e extrinsecamente ideológico*. As visões de mundo do investigador e de seu campo de estudo, assim como suas ideologias, desejos, valores e interesses participam de todo o processo de pesquisa.

Por fim, a quinta e última característica é a ideia de que o objeto das Ciências Sociais é *essencialmente qualitativo*. Ou seja, é um objeto cuja complexidade de sua natureza e a profundidade com a qual necessita ser estudado requerem instrumentos que não visem medições de quantidades e que possam detectar e descrever significados, experiências subjetivas, relações sociais de diversas naturezas e elementos surpreendentes que muitas vezes não se enquadram nos esquemas matemáticos próprios das ciências naturais.

As Ciências Sociais, no entanto, possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. Para isso, ela aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações. (MINAYO, 1994, pág. 15)

As pesquisas em ciências humanas têm a característica de o pesquisador estar implicado em seu objeto. A implicação é a principal ferramenta de que dispõe o pesquisador para acessar os sentidos que pretende buscar na pesquisa. Isto significa uma capacidade, viabilizada por um método de pesquisa, de se oferecer ao sentido sem deixar de estar a uma certa distância que permita apreendê-lo (BARUS-MICHEL, 2004).

Todo problema que sugere uma pesquisa não pode ser uma questão de interesse intelectual sem que antes tenha tido origem na experiência prática (MINAYO, 1994). Esta investigação se origina de um contato muito próximo com a questão da crise, seja na experiência de formação propriamente dita que foi o período de Residência em Saúde Mental, seja no trabalho diário, já como profissional numa enfermaria de crise de um hospital psiquiátrico, como foi explicado na introdução. A partir daí, questões foram

suscitadas e então a necessidade de produzir uma reflexão mais aprofundada sobre este tema. Esta necessidade é o que Barus-Michel chama de demanda.

Tal relação de proximidade com o tema, ao mesmo tempo em que permite a formulação de questões pertinentes, que dizem respeito à realidade dos fenômenos que se deseja estudar, faz com que seja imprescindível criar um cenário diferente daquele em que convive o pesquisador no seu trabalho diário. Por isso, a pesquisa se deu em um CAPS com o qual eu não mantive uma relação cotidiana.

Isso não significa que a combinação da implicação com este relativo distanciamento permitirá uma compreensão integral do que se passa com relação à atenção à crise no Rio de Janeiro. Como se trata de um tema complexo, em que diversos determinantes interferem concomitantemente, procuraremos responder às questões que foram estabelecidas como objetivos da pesquisa, assim como formular novas questões. O que se pode tentar compreender deve ter relação com o que chama a atenção do pesquisador na sua experiência (BARUS-MICHEL, 2004).

A Psicossociologia Francesa nos ajudará a situar os parâmetros conceituais e as referências teórico-metodológicas que nos darão subsídios para interpretar os dados. Assim, faremos uso de noções como organização, implicação do pesquisador e produção de sentido através do método clínico de pesquisa.

Ainda que nosso objetivo não seja estudar os CAPS, mas sim o de estudar a atenção à crise no município do Rio de Janeiro, tomando os CAPS como recorte fundamental, estes serviços serão diretamente observados, e é preciso que estejamos instrumentalizados para isso. Assim, partiremos da noção de que os CAPS são organizações.

Para definir uma organização utilizaremos sobretudo as perspectivas de Eugène Enriquez e André Lévy. A organização é uma realidade viva, onde os desejos e receios de seus integrantes são depositados. É onde interesses conscientes e fantasias inconscientes convivem dinamicamente (AZEVEDO, 2005).

As organizações consistem num sistema cultural, simbólico e imaginário. O sistema cultural significa uma estrutura de valores e de normas que induzem os comportamentos de seus integrantes, assim como propõe uma certa forma de socialização (ENRIQUEZ, 1997; AZEVEDO, 2005).

O sistema simbólico diz respeito a uma história que legitima as práticas e os princípios da organização. Trata-se de mitos, heróis, símbolos e ritos que permitem que a organização possa ser interiorizada nos sujeitos (ENRIQUEZ, 1997).

Já o sistema imaginário diz respeito à articulação entre as necessidades individuais e as necessidades funcionais da organização. Os sujeitos anseiam, ao mesmo tempo, um desejo de reconhecimento e um reconhecimento do desejo. O primeiro é o desejo de ser reconhecido como membro do grupo, identificado e semelhante aos outros. Por outro lado, o reconhecimento do desejo é a necessidade de que sua individualidade possa ser percebida pela sua originalidade (AZEVEDO, 2005; ENRIQUEZ, 1997).

O imaginário pode ser entendido como um conjunto de significações que povoa a subjetividade do homem. Segundo Azevedo (2005), para Castoriadis existe, em cada um, uma imaginação radical, incessante, que funciona como fonte inesgotável de significações. No entanto, estas significações possuem um caráter disfuncional, por sua desordem e potência. Por outro lado, a socialização produz um movimento contrário, que leva à homogeneização e repetição de práticas, o que pode ser chamado de heteronomia.

Através destas necessidades conflitantes, a organização tende a capturar o sujeito, que procura satisfazê-las. Para isso, o imaginário organizacional lhes propõe um ideal comum. Como forma de adesão, os sujeitos passam a se comportar sem a reflexão necessária para a contestação deste ideal. O que resulta em indiferenciação e homogeneização. A isto poderíamos chamar de imaginário enganoso (AZEVEDO, 2005).

Por outro lado, é possível também irromper no contexto organizacional mecanismos de inovação, repletos de subjetividade e desejo. As práticas inovadoras, as rupturas e os processos de reconhecimento de diferença que permitem maior valorização dos projetos individuais são favorecidos pelo imaginário motor (AZEVEDO, 2005; ENRIQUEZ, 1997).

Sem o imaginário enganoso, no entanto, um certo nível de identificação necessário para o pacto social, que sustenta a vida em sociedade não seria possível. Assim como uma supremacia absoluta do imaginário motor pode levar à arrogância, ao individualismo e a um idealismo exagerado e ingênuo.

As categorias acima descritas, sistemas culturais, simbólicos e imaginários, imaginário motor, imaginário enganoso, desejo de reconhecimento e reconhecimento do desejo são todas aplicáveis não só aos CAPS que analisaremos, mas também ao campo da saúde mental. É evidente que há, por exemplo, entre os profissionais do campo, a

necessidade de se afiliar a uma ou outra corrente de campo como este, que permanece sempre em conflito.

Outro aspecto importante é uma aproximação que se pode fazer entre o momento de crise e a possibilidade, ou melhor, a necessidade de que aí se reaqueçam os mecanismos do imaginário motor. Ora, a crise é momento em que nos deparamos com a necessidade da novidade e da imprevisibilidade, já que não se sabe bem o que se deve fazer. Ou então recorreremos às velhas soluções e caímos novamente na cristalização de práticas, na homogeneização e na massificação de nossos pacientes: o que tanto se quer combater com a Reforma Psiquiátrica.

Retomando sua definição, uma organização social é, ao mesmo tempo, o entrecruzamento das diversas dimensões da vida dos homens e dos grupos que lhe concernem e a enunciação de um conjunto de regras, de normas, de ritos e de tradições a que estão submetidos. Sustenta-se e perdura através de um trabalho de pensamento que consiste em dar sentido à existência da organização (LÉVY, 2001).

Este trabalho de pensamento permanece em constante atividade, pois a necessidade da organização de continuar a existir e os impasses e contingências que lhe acometem trazem a ela o exercício de ter que se reinventar. Deste modo, ela não é um conjunto de estruturas e objetivos definidos. A organização é um processo permanente e instituinte, suscetível a imprevisibilidades, a novos rumos ou à dissolução (LÉVY, 2001).

Para abordá-la e melhor compreendê-la, a Psicossociologia Francesa propõe um método clínico de intervenção e análise. A noção de clínica tem diversos sentidos ao longo da história. Aquele que iremos utilizar diz respeito à disponibilidade do pesquisador em estar sensível às relações entre a organização e a produção de sentido (LÉVY, 2001).

Este processo de produção de sentido está necessariamente vinculado ao cruzamento da vida pessoal e das características da organização. Ou seja, ao conflito entre os anseios e receios de cada um com as regras e tradições organizacionais que lhes são impostas. Trata-se assim de uma posição clínica de pesquisa que se configura por uma tentativa de “compreensão daquilo que faz a singularidade radical de uma situação, de um problema, ou de um mal-estar vivido por determinados grupos ou pessoas” (LÉVY, 2001, p. 23).

Deste modo, poderíamos dizer que a posição clínica se refere a uma situação de crise de sentido. Ou seja, se refere a uma situação, um problema ou um mal-estar, como nos diz Lévy, que tem repercussões nessa produção de sentido.

No nosso caso, podemos afirmar que o campo da saúde mental vive uma situação de crise no que diz respeito aos sentidos próprios do cuidado. Crise não deve ser um termo tomado pejorativamente. Como vimos ao longo de nossos capítulos teóricos, a crise é a possibilidade de que o novo possa ser construído (COSTA, 2007; FERIGATO et al, 2007; DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005). Para a saúde mental, a crise deve ser um dos pilares da reflexão dos modos de cuidado, à medida que o cuidado deve ser sempre novo a cada caso, pois deve responder às singularidades de cada paciente. Não à toa Dell'Acqua e Mezzina reiteram que os serviços devem colocar-se em crise para que evitem que suas práticas se cristalizem em modelos institucionalizados.

A nossa pesquisa, em seu caráter clínico, ocorre num campo empírico marcado por esta crise de produção de sentidos que existe no campo da saúde mental, no município do Rio de Janeiro, a respeito da atenção a pacientes em crise, tomando como lócus da investigação os CAPS, lugar privilegiado para o cuidado, segundo a política nacional de saúde mental.

Tomamos então a questão da produção de sentido como objeto de análise, ao mesmo tempo em que o processo de pesquisa também é, por sua vez, uma produção de sentido, tanto como possibilidade de emergência de sentidos, provocados pela presença do pesquisador durante os encontros com a instituição (LÉVY, 2001), quanto como a interpretação na apreciação das observações.

Esta relação de produção de sentido na relação do pesquisador com o objeto de pesquisa diferencia a posição clínica da Psicossociologia Francesa da posição da Sociologia Compreensiva. Ambas as escolas tomam o sentido ou o significado como conceito central da investigação, a subjetividade como fundamento deste sentido na vida social, não se preocupam em quantificar, mas em compreender as estruturas sociais e as instituições e utilizam a vivência e a experiência como meios de compreensão. No entanto, enquanto a segunda trabalha com a identificação do pesquisador com a vivência do outro como meio de apreensão do sentido de suas ações e com a ideia de que existem sentidos ocultos a serem descobertos, a primeira aposta na construção de sentido que se opera na própria execução da pesquisa (MINAYO, 1994; LÉVY, 2001).

4.2

O DESENHO DA PESQUISA

Temos o objetivo de avançar na compreensão de como tem sido o trabalho de atenção à crise em saúde mental no Rio de Janeiro, analisando especialmente o trabalho nos CAPS. Para isso, devemos procurar analisar os determinantes destas práticas. Assim, nossos objetivos específicos serão o de investigar a natureza e as características das intervenções em situações de crise nos CAPS, levando em conta as condições de trabalho e o próprio contexto cotidiano onde ocorre o cuidado, mapear as noções que orientam tais intervenções e situar qual o lugar dos CAPS na rede de saúde mental no que diz respeito à atenção à crise.

Para isso, elaboramos o seguinte planejamento para a pesquisa, dividido em três etapas: a primeira é a etapa da pesquisa teórica. Fizemos uma pesquisa com relação ao termo crise e às principais noções que lhe envolvem. Debruçamo-nos também sobre os relatos acerca do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e a construção dos CAPS, dispositivo designado neste processo como protagonista na substituição do paradigma manicomial pelo da atenção psicossocial. Além disso, procuramos apontar algumas questões que têm sido pautadas atualmente como dilemas do campo da saúde mental.

A segunda etapa do trabalho se inicia por um breve mapeamento das questões da política e da organização da rede de saúde mental, para que se possa construir um panorama suficiente para a compreensão do contexto em que se insere a pesquisa e as práticas que desejamos analisar. Assim, com objetivo de que este contexto seja o mais fiel possível à realidade do município carioca, entrevistamos dois integrantes da Coordenação de Saúde Mental (CSM) da Secretaria Municipal de Saúde. Com estas entrevistas poderemos saber também como a própria CSM tem compreendido o estado atual da rede de serviços e como tem planejado avanços, principalmente no que diz respeito à atenção à crise.

Em seguida fizemos a observação participante das práticas de atenção à crise nos serviços de saúde mental. Para isso, escolhemos a observação em um CAPS II do Rio de Janeiro. Os CAPS são os principais serviços substitutivos na Reforma Psiquiátrica Brasileira. A prática nestes serviços é um importante indicador de como a rede se organiza para este tipo de situação. Se os CAPS conseguem enfrentar as situações de crise, é fundamental entender como o fazem. Se não conseguem, e como têm a responsabilidade pelo cuidado de um determinado território, é importante saber como

lidam com estes casos. Então podemos observar em que circunstâncias os CAPS recorrem ao hospital psiquiátrico e quando, na rede de saúde mental do Rio de Janeiro, a solução manicomial tem sido acionada. Observamos também quando os próprios pacientes recorrem à internação, sem buscar ajuda nos seus serviços de referência.

A escolha por um CAPS II foi feita a partir da compreensão de que os dois CAPS III do município são ainda incipientes. O modo mais representativo das práticas de atenção à crise no município do Rio de Janeiro é ainda o praticado nos CAPS II.

Optamos pelo CAPS II Linda Batista, localizado no bairro de Guadalupe. Este é um CAPS na Zona Norte do Rio de Janeiro, na A.P. 3.3, no eixo Pavuna-Anchieta, responsável por um território onde habita grande parte da população carioca, cerca de 400 mil pessoas. É um serviço criado em 2004, com tempo e história suficiente para que se tenham estabelecidas formas de conhecer e se relacionar com o território e com outros serviços. Assim, encontramos um serviço com tradição no cuidado a pacientes graves e que se encontra num cenário típico da rede do Rio de Janeiro, com poucos serviços na relação com o número de habitantes de um território com graves problemas sociais.

Para esta etapa, utilizamos a observação participante, na qual estivemos dentro do serviço, observando o cotidiano, por um período de três meses, além de frequentar as reuniões semanais de equipe. O roteiro que orienta a observação encontra-se anexo.

A observação participante é um processo de pesquisa científica no qual o pesquisador está presente na situação que se deseja compreender. Assim, ele mantém uma relação na qual colhe as informações ao mesmo tempo em que modifica e é modificado pela realidade que observa (SCHWARTZ e SCHWARTZ *apud* MINAYO, 1993).

Como instrumento útil e privilegiado, a observação participante se constitui como estratégia profícua por possibilitar acesso mais próximo ao objeto estudado e por permitir maior riqueza da produção das informações da pesquisa (JACCOURD e MAYER, 2008). Nos diz Poupart: “Assim, misturar-se às atividades cotidianas dos atores, com ajuda da observação participante, constitui o melhor meio de perceber suas práticas e interações, como também de interrogá-los durante suas ações” (POUPART, 2008, pág. 217).

A presença nos serviços por um certo tempo, com frequência constante, é essencial. A possibilidade de estar imerso na situação é a melhor forma de compreendê-

la. A “experiência é a via real para a apreensão das dependências que são justamente aquilo que se quer ver esclarecido” (BARUS-MICHEL, 2004, p. 124-125).

Este período é suficiente para que observemos as práticas de convivência entre técnicos e pacientes no espaço comum dos CAPS. Assim, pudemos estar atentos à circulação dos pacientes e se os que estão em crise frequentam os CAPS. Pudemos observar quais os recursos técnicos e as estratégias são utilizadas e qual o uso que os pacientes fazem deste espaço.

A presença nas reuniões de equipe é fundamental, à medida que pudemos observar como se dão as discussões sobre os pacientes em crise, sobre os pacientes internados, como a equipe se organiza para estes casos e se este tema é de fato uma prioridade do CAPS e faz parte da pauta das reuniões.

Também recolhemos informações pertinentes dos seguintes documentos da instituição: livros de equipe e atas de reunião.

Os livros de ocorrência da equipe são documentos importantes, nos quais a equipe se comunica sobre os temas mais relevantes do serviço. Assim, pudemos observar como e em qual intensidade o tema da crise é abordado pela equipe em um importante instrumento de comunicação. Além de observar quais decisões foram tomadas em relação a situações de crise, quem escreve os recados, quais profissionais estão envolvidos e quais intervenções foram registradas.

As atas de reunião também são um importante documento dos CAPS. Nelas estão registradas as principais discussões de equipe e como elas têm sido abordadas na supervisão. Assim, pudemos observar a relevância do tema da atenção à crise nas discussões recentes do CAPS e o modo como este tema tem sido abordado. Além disso, identificamos quais as intervenções são indicadas e como a direção do serviço e a supervisão orientam a clínica no CAPS.

Para o registro da experiência de campo, das percepções e vivências do pesquisador e das cenas de cuidado observadas, será utilizado o instrumento do diário de pesquisa. Todas as observações serão devidamente anotadas, para que depois possam ser organizadas de modo a formarem o banco de informações que dará subsídios para a análise ulterior.

Com o intuito de que possamos melhor acessar as noções que orientam as práticas assistenciais dos profissionais dentro dos CAPS, foram feitas entrevistas com os profissionais, cujo roteiro também se encontra anexo.

As entrevistas, como instrumento de pesquisa, trazem divergências entre os autores. Para alguns, a entrevista é uma grande vantagem das Ciências Sociais, à medida que se podem interrogar diretamente os agentes dos fenômenos sociais sobre o que se quer estudar. Para outros, a entrevista é uma desvantagem que leva à confusão entre a interpretação dos atores sociais de sua experiência com a realidade propriamente dita (POUPART, 2008).

Segundo Poupert (2008), em uma pesquisa qualitativa a entrevista costuma se justificar por três tipos diferentes de argumentos: o de ordem epistemológica, o de ordem ético-política e o de ordem metodológica. O argumento metodológico é o que compreende a entrevista como um instrumento eficaz de acesso à experiência dos atores sociais. Já o argumento ético-político é o que justifica a entrevista como meio de dar voz e possibilitar que os atores sociais possam se expressar. Por último, e o que mais nos interessa, é o argumento de ordem epistemológica. Trata-se da compreensão de que não é possível compreender o fenômeno social sem que a interpretação dos atores seja analisada.

No nosso caso, desejamos pesquisar quais noções têm orientado os profissionais na atenção à crise por conta da crença de que analisar o modo como interpretam tais situações é fundamental para a compreensão do cuidado na atenção à crise. Para acessar a perspectiva dos técnicos e incluí-la na nossa análise, utilizamos a entrevista não-estruturada.

Uma entrevista não-estruturada é uma “conversa com finalidade”, orientada por um roteiro que serve como direcionamento dos objetivos do pesquisador. Este que produz questões que visam a facilitar a formulação e o desenvolvimento de informações e opiniões o mais profundas e livres o possível (MINAYO, 1993). Assim, as questões expostas no roteiro anexo a este projeto serviram de balizamento para a entrevista, de modo que permite o aprofundamento nas questões que aparecerão ao longo dos encontros.

Durante a pesquisa, de acordo com a observação e com o contato com a equipe, foram escolhidas cenas assistenciais a serem privilegiadas na observação. Da mesma forma escolhemos quais os profissionais que desejaremos entrevistar. O critério foi o de escolher situações e profissionais envolvidos com o que estiver sendo tratado pela equipe como crise. Foram entrevistados onze profissionais do CAPS, de maneira que cerca da metade da equipe foi ouvida, o que compõe uma amostra bastante representativa.

Deste modo, a análise dos dados e a produção e discussão dos resultados serão, finalmente, a terceira parte da pesquisa. Como vimos anteriormente, em uma pesquisa social a análise não se dá de forma dissociada da própria observação. Assim, a segunda e a terceira etapa ocorrem concomitantemente durante o período da pesquisa de campo.

4.3

ENTRADA NO CAMPO DA PESQUISA

Após o processo de qualificação e com o projeto de pesquisa pronto, enviei e-mail para a Coordenação de Saúde Mental (CSM) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) para solicitar permissão para a execução da pesquisa. Solicitaram o projeto, que foi avaliado pela assessoria responsável pela área de formação e pesquisa. Após a leitura do projeto, foi autorizada a entrada no campo. Também fui ao CAPS, solicitar autorização da direção do serviço. A diretora disse que, embora acreditasse que uma pesquisa sobre o tema da crise seria interessante para o serviço, era preciso conversar com a equipe, para saber se alguém se oporia à minha presença, já que eu gostaria de estar presente tanto em espaços terapêuticos, como a convivência, quanto em espaços de discussão em equipe, onde muitas vezes são abordados assuntos privados à equipe. Ela, muito solícitamente, me respondeu pouco tempo depois que a equipe permitira minhas idas ao CAPS. Com autorização da CSM e do CAPS, meu projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ e da SMS/RJ. Após poucas retificações, nenhuma delas que interferissem no cerne da pesquisa, o projeto foi aprovado. A mudança mais significativa foi a determinação do CEP/SMSRJ de que eu retirasse o item prontuário de minhas fontes de pesquisa. Esse processo durou cerca de quatro meses, o que atrasou a entrada no campo em relação ao meu cronograma inicial. No entanto, a avaliação e aprovação na qualificação, pelo CAPS, pela CSM e pelos dois CEPs permitiu as adequações necessárias e deu legitimidade à execução do projeto, tendo sido então reconhecida sua pertinência.

No dia 02 de outubro de 2012 fui à primeira reunião para me apresentar à equipe. Ao chegar, me pediram para aguardar o momento da apresentação. Esperei com duas psicólogas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tinham ido discutir três casos em que solicitavam apoio do CAPS para pacientes em crise. Entrei na reunião, quando fui chamado, e expliquei o projeto. A equipe fez duas ponderações importantes. Em primeiro lugar, perguntaram se haveria retorno dos resultados da pesquisa para o CAPS. Expliquei que até mesmo no termo de autorização da pesquisa em me comprometeria em retornar ao CAPS para trazer as reflexões da pesquisa se assim fosse o desejo do serviço. Em segundo lugar apareceu a preocupação do modo como eu seria apresentado aos pacientes, já que seria um estranho a passar a frequentar

o CAPS, com uma função nova, que não era nem de prestar serviços, nem de atendimento e nem paciente. Achei que seria correto explicar aos pacientes que eu era um pesquisador e o mote da pesquisa. Foi-me sugerido então que eu começasse no dia seguinte, na assembleia de técnicos, pacientes, familiares e acompanhantes, para me explicar a todos. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a observação participante.

Já no primeiro dia, acompanhei a discussão de três casos de pacientes que a Clínica da Família solicitava ajuda para atender crises e alusões a uma situação grave de um paciente que estava causando um receio muito grande na equipe. Ele havia estado em crise na semana anterior e os técnicos tinham passado por uma situação de risco com ele. Os conteúdos dessas discussões serão abordados mais a frente no item sobre a rede, mas foi interessante perceber logo que a questão da crise é altamente presente no CAPS e que existe já uma relação com a Clínica da Família que impõe questões para o campo da saúde mental sobre as responsabilidades de cada serviço no território.

Ao chegar à assembleia para me apresentar aos familiares e pacientes, logo percebi que a presença de uma nova pessoa, que não era nem paciente, nem técnico de saúde, causaria certo estranhamento. Ao apresentar a pesquisa e o tema da atenção à crise, alguns usuários solicitaram que eu tomasse providências para resolver problemas do CAPS, como a inadequação da casa, falta de material para oficinas e, principalmente a constante mudança de profissionais do CAPS. Uma paciente pediu para que eu tratasse de suas crises epiléticas, já que eu pesquisava crise. Expliquei minha posição e a assembleia seguiu sua pauta.

Deparei-me então, com um incômodo meu. A partir daquele dia, eu estaria no CAPS, algumas vezes por semana, por dois meses e meio, observando como o CAPS funciona. Se na reunião de equipe eu me sentia mais confortável, fazendo minhas anotações sobre o que ouvia nas discussões, durante minha presença no cotidiano do CAPS, até o último dia, sentia um desconforto em estar ali, diante de muitas coisas acontecendo e pacientes em ambiente terapêutico, por cerca de duas horas, apenas observando. O caráter participante da observação se deve a que a minha presença já causa uma modificação naquele espaço, de modo que pacientes se dirigiam a mim pra solicitar escuta, técnicos tinham suas intervenções constrangidas por um olhar pesquisador e até as equipes de apoio, como limpeza, copa e segurança, tinham alguma dificuldade em lidar comigo. Acredito que meu incômodo, no entanto, se deva a uma presunção minha de que, num ambiente terapêutico, é um pouco inconveniente a

presença de um pesquisador, principalmente porque traz um novo elemento que influencia na dinâmica clínica daquele espaço, mas não pode manejar isso, até porque o objeto de estudo é, entre outras coisas, os instrumentos que os técnicos usam no manejo clínico.

Assim, procurei manter minha posição observadora, sabendo que causava alguma modificação no espaço observado, mas informado disso, de maneira a poder ter uma visão crítica sobre o que se passava. O desenrolar da pesquisa, apesar desse incômodo estrutural, transcorreu muito tranquilamente e a equipe foi bastante receptiva.

Com relação às entrevistas, foi após um mês no CAPS que comecei a fazê-las. Só terminei após o período de observação, até porque no período em que os técnicos estão no CAPS eles têm muitas coisas a fazer e não era conveniente atrapalhá-los. Mais uma vez a equipe foi solícita e permitiu que eu fizesse o meu trabalho de pesquisa.

4.4

ASPECTOS ÉTICOS

Por fim, lembramos que para que nosso anseio de fazer uma pesquisa dentro de um serviço público de saúde, com observação do cotidiano, das práticas clínicas, de reuniões e de documentos, necessita-se que sejamos autorizados pelos devidos comitês de ética. Para isso, desejamos responder aos quatro princípios da bioética de Beauchamp e Childress: da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça.

O princípio da autonomia significa o respeito a que ninguém seja coagido a participar da pesquisa, assim como deve estar bem informado quanto aos objetivos, procedimentos e divulgação da investigação. Para isso, faremos uso do termo de consentimento anexo a este projeto de pesquisa.

O segundo princípio é o da beneficência. Ou seja, espera-se que nossa pesquisa possa causar um bem aos pesquisados. A produção de reflexões a partir da pesquisa, no âmbito dos serviços, sobre o tema da atenção à crise, e mesmo sobre outros assuntos que advierem, deve ser considerada uma possibilidade de avanço tanto para os CAPS quanto para os técnicos, que poderão ampliar a discussão deste tema. Como consequência, espera-se que isto signifique também a possibilidade de benefícios para os usuários dos serviços.

Quanto ao princípio da não-maleficência, não consideramos que esta pesquisa deva causar mal a ninguém. Não serão expostas as identidades dos pesquisados, tampouco de pacientes que façam uso do serviço. Da mesma forma não iremos fazer juízo de valor das opiniões dos profissionais dos CAPS coletadas no decorrer deste processo.

No que diz respeito ao princípio da justiça, não iremos praticar nenhum ato que não esteja devidamente autorizado, tampouco pretendemos interferir no direito alheio (BEAUCHAMP e CHILDRESS *apud* TURATO, 2010).

CAPÍTULO 5

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO RIO DE JANEIRO

O município do Rio de Janeiro tem sua história particular. Tem, por isso, sua história de política em saúde mental também particular. A conformação da rede atual de serviços em saúde mental é bem peculiar. No século XIX, o primeiro ato do então imperador Pedro II foi a criação do primeiro hospício da América Latina, na Praia Vermelha, onde hoje é a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O Rio de Janeiro foi capital federal por muitos anos, e por isso herdou muitos hospitais. Hoje, municipalizados, ainda existem três grandes Institutos Municipais (Nise da Silveira, Philippe Pinel e Juliano Moreira) com internações psiquiátricas, além do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, internações em hospitais gerais e em alguns hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS. Constitui o maior parque manicomial do país, (MAIA, 2012).

Houve diversas experiências no Rio de Janeiro, até que na década de 1980, finalmente, inicia-se um processo real de reordenação da assistência. Por ocasião da CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), que fora instituída no início dos anos 1980 pela presidência da república, ainda no Governo Figueiredo, com o intuito de compreender o estado da atenção médica no âmbito previdenciário (MONTI, 1992), a política de saúde mental ganhou espaço nos projetos de reformulação da assistência em saúde na época. Foi criada a “Reorientação da Assistência Psiquiátrica”, nos moldes da psiquiatria preventiva americana, que teve como consequência, por exemplo, o crescimento da atenção ambulatorial em São Paulo (QUINTAS, 2007).

No Rio de Janeiro, o processo de ambulatorização também é marcante neste contexto. Além disso, com o projeto de Regionalização e Hierarquização da Assistência Médica no Município do Rio de Janeiro – Área de Psiquiatria, pólos de emergência foram criados em quatro regiões da cidade com a função de regular as internações psiquiátricas, supervisionar as clínicas conveniadas e descentralizar o atendimento. Dessa forma o município, com sua rede de cuidados ainda centrada na figura do hospital, passou a exigir maior rigor nas internações, o privilégio da rede pública e o monitoramento das clínicas conveniadas ao SUS (MAIA, 2012).

Os hospitais psiquiátricos eram vinculados ao Ministério da Saúde e os ambulatórios ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A incorporação da saúde mental à prefeitura ocorre no bojo do processo de municipalização do SUS, no qual as prefeituras assumem maior responsabilidade na assistência e planejamento da saúde.

Durante os anos 1990, a participação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na saúde mental vai de fornecedora de alguns psicólogos para os ambulatórios à assunção da administração e da criação de serviços, da elaboração de uma política para a área de saúde mental e, posteriormente, a assunção dos Institutos, como a Colônia Juliano Moreira, o Hospital Psiquiátrico Pedro II, que veio a se chamar Instituto Nise da Silveira, e o Instituto Philippe Pinel.

Com a Lei Orgânica Municipal, de 05 de abril de 1990, o município do Rio de Janeiro começa a reorientar sua política de saúde mental, na direção da substituição de leitos com características manicomial por serviços comunitários (GOMES, 1999). Além disso, determina os direitos dos pacientes psiquiátricos atendidos em regime de internação, proíbe a contratação ou financiamento pelo setor governamental de novos leitos em hospitais psiquiátricos e garante que os recursos materiais e humanos serão destinados à atenção extra-hospitalar.

Em 1995, a gerência de saúde mental do município (GSM) propõe as Diretrizes do Programa de Saúde Mental e o Projeto de Implantação dos CAPS no Rio de Janeiro, que vão pautar o início do desenvolvimento de uma nova rede de saúde mental, com o planejamento de CAPS em função de mapeamento de serviços e recursos de saúde mental e com o censo da população internada.

Após o desenvolvimento de extenso e profundo censo nos hospitais psiquiátricos do município do Rio de Janeiro, que denunciava em dados a irracionalidade do modelo centrado no hospital psiquiátrico, em 1996, a coordenação de saúde mental optou pela aposta na criação do primeiro CAPS do município, o CAPS Rubens Corrêa, no bairro do Irajá (FAGUNDES e LIBÉRIO, 2008). A partir daí, novos CAPS surgiram, nas diferentes áreas da cidade. Este esforço, descrito pelos próprios protagonistas desta experiência como um esforço de paciência, no qual a construção de novos serviços se deu gradativamente, passo a passo, um CAPS de cada vez, passou pelo convencimento dos atores da reforma sanitária de que esta era uma mudança importante. Somente em 2007 os CAPS se tornaram unidades de saúde na estrutura da secretaria municipal de saúde. Isto mostra também que a política de saúde mental sempre se manteve em

segundo plano para as prefeituras do Rio de Janeiro, o que certamente contribuiu para o número baixo de CAPS.

Outra marca importante da implantação dos CAPS no Rio de Janeiro são as supervisões clínico-institucionais. Por isso, o tema da supervisão merece uma atenção especial.

Em todos os CAPS do município, até os dias de hoje, existem supervisores. Segundo Leal (2008), existem três instrumentos da supervisão dos quais se podem extrair lições: o planejamento de metas e prioridades da instituição; a análise permanente do processo de trabalho da equipe e do cotidiano; e a construção coletiva dos casos clínicos.

A partir da definição mais clara da política de saúde mental nacional, com a Lei 10.216, e da portaria 336/02, Leal diz que a função social do CAPS, de tratar pacientes graves em regime de liberdade, no território, com o objetivo de substituir o dispositivo hospitalar, se tornou mais bem delineada. Com isso, o planejamento, enquanto experiência da supervisão, traz à cena do cuidado as noções de território e de rede. É na supervisão que o CAPS pode se reunir e discutir quais as necessidades do território, de que forma interagir na comunidade para que possa exercer a sua função social, quais as características dos pacientes neste território e qual o fluxo com relação aos serviços de saúde. O supervisor não se sobrepõe ao gestor nem ao gerente. Trata-se de uma função estratégica que deva favorecer as diretrizes da política de saúde mental.

A construção clínica dos casos, feita de modo coletivo, se refere a outra condição de maior efetividade do trabalho nos CAPS. A supervisão é um mecanismo fundamental através do qual o saber que se produz na prática clínica pode ser compartilhado, ou melhor, construído coletivamente. Se nos CAPS a clínica ocorre a todo o momento, e as intervenções são feitas por todos em uma equipe, a construção de um saber coletivo necessita de um espaço em que se possam recolher os efeitos do caso e que isto possa ser partilhado.

Assim, a supervisão funciona como lugar privilegiado. Com a mediação do supervisor, que deve se abster de seu saber, garante-se um lugar de fala para a equipe de modo que possa ser construído o caso clínico através do saber de cada um que vive a experiência do cotidiano dos serviços (ELIA, 2008).

No que diz respeito à análise dos processos de trabalho, já discutimos antes a necessidade do serviço colocar em questão o modo como tem enfrentado os desafios que se impõe na prática do cuidado. Para Leal (2008), a análise do cotidiano do serviço

deve se pautar pelos objetivos pactuados pelo planejamento do serviço e pela construção dos casos clínicos, que trarão necessidades singulares que fogem ao planejado.

Ao longo destes anos, o governo federal criou e consolidou a política de saúde mental de ampliação dos CAPS e diminuição dos leitos psiquiátricos, principalmente com a lei Federal 10.216 de 2001, e com a portaria 336, de 2002, que dispõe sobre os CAPS. Neste período, a coordenação de saúde mental se manteve sob uma mesma direção política, e com o mesmo coordenador.

A partir de 2009, outro contexto se instaurou no Rio de Janeiro, com a eleição de um novo governo. A secretaria municipal de saúde e defesa civil (SMSDC) ganhou uma nova estruturação e a coordenação municipal de saúde mental teve que ser dividida. O novo desenho organizacional da SMSDC será discutido mais adiante. É importante salientar que dois CAPS III foram criados na atual gestão, que funcionam 24 horas, sete dias por semana, com leitos para acolhimento. Foram construídos na ocasião das obras federais do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC).

O número de CAPS ainda é muito pequeno em relação ao número de habitantes. Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, o Estado do Rio de Janeiro, em cujo peso da capital é bastante relevante, só tem cobertura de CAPS por habitante superior aos dos Estados da Região Norte, exceto Rondônia, do Distrito Federal e do Espírito Santo. Perde para dezoito Estados da Federação, mesmo sendo um dos mais ricos e terra de muita produção acadêmica sobre a Reforma Psiquiátrica. Além disso, é o segundo lugar em números absolutos de leitos psiquiátricos, atrás de São Paulo, e disparado o primeiro lugar na relação leitos por habitante (BRASIL, 2012).

Estas informações são apenas um pano de fundo introdutório para que possamos entrar no campo de pesquisa avisados de algumas características da rede de saúde mental do Rio de Janeiro,

CAPÍTULO 6

A ATENÇÃO À CRISE NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL LINDA BATISTA: NOÇÕES, PRÁTICAS E A RELAÇÃO COM A REDE

6.1

DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO CAPS

O CAPS Linda Batista, do tipo CAPS II, localizado no bairro de Guadalupe, funciona de oito horas da manhã até as cinco horas da tarde de segunda a sexta-feira. Tem uma diretora, uma coordenadora técnica e uma supervisora, como todos os CAPS do município do Rio de Janeiro. Todas são psicólogas. Além delas, tem oito cinco psicólogos, dois médicos, três enfermeiros, dois assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, três técnicas de enfermagem, um farmacêutico, um oficineiro, dois funcionários administrativos, dos quais dezessete são contratados e nove são servidores públicos. Além do pessoal da copa, limpeza e segurança, que são de firmas terceirizadas.

O cotidiano do CAPS se define em dois aspectos. Os técnicos estão ocupados com atendimentos, oficinas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares e idas a reuniões interinstitucionais, ou estão de plantão na convivência e acolhimento. Na terça de manhã, ocorre a reunião de equipe, com a presença da supervisora, na qual se discutem casos clínicos, questões institucionais e reflexões sobre o campo da saúde mental. Todos os dias, ao final da tarde, a equipe se reúne para uma reunião de fim de dia, com objetivo de que se possa refletir sobre a prática de trabalho, sobre situações importantes daquele dia, sobre alguns casos clínicos e para que haja um registro de situações importantes, de modo que se amplia a circulação de informação e a equipe do dia seguinte possa ter acesso às recomendações necessárias.

Há cerca de dois anos, começou um processo de reformulação do CAPS. Num contexto muito difícil, uma nova direção assume o CAPS. A equipe presente nessa época vinha de um período longo de trabalho naquele serviço e começou lentamente a ser substituída. Hoje, quase todos os técnicos são recém chegados ao CAPS. Não iremos discorrer sobre as condições e os processos de trabalho daquele momento, até porque não se trata de um trabalho sobre a história do CAPS Linda Batista. No entanto, é importante tratar do contexto atual do CAPS pra explicar como tem sido o trabalho neste serviço. Além disso, esse processo de mudança da equipe foi abordado por todos

os entrevistados. Então faremos brevíssimo relato do processo de mudança em curso no CAPS, a partir dos relatos dos entrevistados.

Quando a nova direção assumiu, a diretora atual entrava para a coordenação técnica. A equipe era bastante reduzida e composta praticamente por servidores públicos. O diagnóstico inicial era de grave desorganização institucional e dificuldades nas relações com outros serviços. Passado o primeiro momento e com a saída do diretor, a diretora atual assumiu e posteriormente a psicóloga que cuidava da equipe de seguimento (os CAPS no Rio de Janeiro têm uma equipe de seguimento que cuida do acompanhamento de residências terapêuticas e outros tipos de moradias assistidas – hoje, a primeira residência terapêutica do CAPS de Guadalupe está prestes a ser inaugurada) do CAPS assumiu a coordenação técnica. Então, deu-se início de fato às mudanças, com três características principais: reformulação da equipe, mapeamento da clientela e reorganização dos espaços de cuidado no CAPS. Cada uma destas frentes de trabalho tem importantes desdobramentos.

Com a adoção do modelo de contratação por Organizações Sociais (OS) pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) e com a opção da prefeitura atual de não abrir concursos, novos técnicos foram contratados por este novo ente. Muitos somente em maio de 2012. Restaram poucos profissionais da equipe antiga. Entre aqueles que permaneceram, percebe-se uma ambivalência que mistura o sentimento de nostalgia em relação à dinâmica antiga do CAPS, o prazer em trabalhar na saúde mental e o desejo de sair do CAPS.

A reformulação radical da equipe teve algumas consequências importantes. A equipe atual, formada por pessoas jovens em sua maioria, rapidamente se entrosou e se descreve bastante solidária no enfrentamento das dificuldades. Há um ambiente que ao longo da pesquisa me pareceu bom entre as pessoas e alguma harmonia no discurso dos técnicos durante as discussões de equipe. Por outro lado, há pessoas com pouca experiência em saúde mental e, principalmente, com pouco conhecimento sobre a rede de saúde mental. Este aspecto não diz respeito somente a este CAPS. A questão da formação e da defasagem dos currículos nas faculdades em relação ao campo público e, mais especificamente, em relação às discussões do campo da atenção psicossocial vêm sendo apontadas como um dos maiores desafios para a Reforma Psiquiátrica nos dias de hoje (BEZERRA, 2007). Além disso, a equipe ter sido modificada faz com que haja certo desconhecimento sobre os pacientes do CAPS e suas histórias de vida, o que dificulta a continuidade no tratamento, um dos pilares da clínica nos CAPS (SCHMIDT

e FIGUEIREDO, 2009). Então, quando alguns pacientes reaparecem depois de longa ausência, ninguém os conhece e muitas vezes isso acontece quando estão em crise.

A segunda frente de reorganização do CAPS é o mapeamento da clientela. Após um diagnóstico inicial de que muitos pacientes não eram cadastrados no CAPS, a direção iniciou um processo de identificação de cada paciente e busca ativa de suas condições atuais. Havia registros de pacientes que estavam há muito tempo em avaliação e não entravam no cadastro de inscritos em tratamento. O CAPS havia recebido cerca de 200 pacientes da Policlínica Augusto Amaral Peixoto (PAAP) que havia ficado sem psiquiatras. Não havia um planejamento pra a inserção de um número tão grande de novos pacientes, segundo o diagnóstico da direção.

Para esse mapeamento, a equipe passou a se organizar de modo a revisitar o projeto terapêutico de todos os usuários do CAPS. Desse modo, estão trabalhando para identificar aqueles que fazem uso ambulatorial do CAPS, os que há muito tempo não aparecem ou não têm registros recentes em prontuário e os que vem frequentando regularmente o CAPS.

Para os que fazem uso ambulatorial do CAPS, entendidos pela equipe como aqueles que vão lá apenas pegar medicação, principalmente os que vieram da PAAP por falta de médicos, o CAPS tem procurado encaminhá-los para os ambulatórios da área. Alguns técnicos identificam que esse é um dos principais desafios do CAPS no momento. Em primeiro lugar, porque identificá-los é um trabalho ainda em curso. Em segundo lugar e principalmente, porque a rede de ambulatórios ainda é muito escassa nesse território. Trata-se de um grande contingente de pessoas e é preciso analisar as necessidades de cada um. Além disso, é necessário avaliar como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ajudar nesse acompanhamento.

Nesse sentido, é preciso frisar que o tratamento que se resume ao uso de medicação psicotrópica não é recomendável, na medida em que devemos apoiar um progressivo processo de desmedicalização do cotidiano numa sociedade que cada vez mais se depara com processos de institucionalização do sofrimento, com efeitos de normalização da procura por serviços de saúde e, conseqüentemente, por esses motivos, de aumento da demanda por este tipo de medicação (COSTA, 2005). Essa discussão ainda precisa amadurecer na rede de saúde como um todo e o processo de expansão da atenção básica no Rio de Janeiro precisa atentar para isso. Hoje, com a escassez de ambulatórios com psiquiatra, a ESF tem sido responsável também pela distribuição de medicação psicotrópica. Mas não está claro ainda se os médicos estão preparados para

isso, o que pode aumentar o consumo destes remédios. Então, ao passo que precisam que uma boa parte de seus clientes seja tratada em outros serviços, os CAPS não podem fazê-lo sem sustentar uma discussão sobre o modo como isso pode ser feito na cidade, tanto com os ambulatorios quanto com a ESF.

O terceiro e último braço da reformulação em curso no CAPS é a reestruturação dos espaços e modos de cuidado. Em função da percepção de que os técnicos estavam muito ocupados em atendimentos e que os espaços coletivos não estavam tendo a atenção necessária, foi criada uma escala de plantão na convivência e acolhimento.

Isto significa que todos os técnicos do CAPS têm em seu horário de trabalho semanal uma parte reservada para ficar na convivência. Logo, a permanência dos pacientes do CAPS, que também deve ser entendida como momento de cuidado, passou a ser de responsabilidade de todos os técnicos. Até então, alguns faziam isso e outros não.

O espaço de convivência é um lugar clínico por excelência. Muitas situações graves que acontecem num serviço como o CAPS, em que os pacientes podem passar bastante tempo, sem que necessariamente estejam em atendimento individual ou em grupo, ocorrem na convivência. Além disso, é um espaço importante de observação dos pacientes e, portanto, de intervenção. Assim, tendo em vista a qualidade do cuidado, nos parece um importante passo que a equipe passe a se dedicar mais a este espaço.

Como desdobramento disso, as pessoas que estão na convivência passaram a ser também responsáveis pelo atendimento de pacientes que chegam ao CAPS pela primeira vez. Como reafirmado pelo Decreto 7508/2011 da Presidência da República, os CAPS são porta de entrada do sistema de saúde e devem estar sempre abertos para aqueles que necessitam. Assim, deve se organizar da melhor forma possível para ampliar ao máximo o acesso da população. O CAPS Linda Batista, para isso, optou por extinguir o grupo de recepção e adotar o acolhimento individual no momento em que o usuário chega ao serviço. Com o grupo de recepção, os pacientes eram agendados para grupos, com hora marcada e número de vagas por vez, com exceções suscetíveis à sensibilidade da equipe. Com a estratégia de acolhimento, assim que o paciente novo chega, o técnico de plantão o atende. A partir daí, novas marcações são feitas com o mesmo profissional até que se construa o encaminhamento adequado. Se o paciente vier a ser inscrito no CAPS, aquele técnico passa a ser seu técnico de referência. Segundo alguns dos sujeitos da pesquisa, quando funcionava o modelo de grupo de recepção, ao fazer a marcação para o grupo antes de atender o paciente, casos graves, pacientes

psicóticos e aqueles que têm dificuldade de se organizar muitas vezes não retornavam. Portanto, com o acolhimento no momento em que o paciente chega, aumentam as possibilidades de acesso ao tratamento. Da mesma forma, quando as pessoas procuram tratamento em saúde mental, muitas vezes isso acontece quando há uma piora. Nesse sentido, é possível que no atendimento de primeira vez, muitos estejam em crise. Assim, com o acolhimento imediato, também há presteza maior e maior acesso em situações de crise.

A questão do técnico de referência também é um aspecto importante. Com a organização antiga e com a mudança de profissionais no CAPS, se fez necessário estabelecer uma nova maneira de funcionamento. Agora, cada usuário tem um único técnico de referência cuja escolha é feita a partir de uma escuta inicial, individual, em função da qual se identificam as necessidades e os recursos que o CAPS dispensará para o cuidado com aquele paciente. A partir disso é definido o técnico. É claro que aqueles que já eram referenciados a alguém e já tinham um trabalho em andamento mantêm o mesmo esquema. Para pacientes novos, o técnico que faz o acolhimento, a primeira escuta e inicia o cuidado já se torna técnico de referência. Sempre é possível alguma maleabilidade de acordo com a questão transferencial e com a disponibilidade do técnico. Dessa forma, o critério do vínculo para a escolha do técnico de referência se coloca acima de meras organizações administrativas ou profissionais. O que, no entanto, não garante por si a descentralização da condução dos casos e a não fragmentação do cuidado. Mas é uma importante direção de trabalho a ser tomada nos CAPS (MIRANDA e CAMPOS, 2008).

Existe claramente uma preocupação da direção e da supervisão do CAPS com que todo o projeto terapêutico seja elaborado a partir da escuta individual do técnico de referência. Todo encaminhamento interno, para oficinas, atendimento individual, grupos diversos ou outra atividade qualquer deve ter um motivo. Do mesmo modo que para que se faça qualquer intervenção com o paciente deve-se saber o porquê de fazê-la. Essa preocupação se deve a uma avaliação de que muitas vezes os pacientes são colocados em atividades sem a reflexão necessária e de que é preciso ainda avançar no trabalho da qualificação da escuta clínica. Sempre que há uma discussão de caso clínico nas supervisões, este aspecto é abordado.

Com relação aos médicos, todos os pacientes são avaliados por eles. Os dois médicos dividem todos os pacientes do CAPS. Portanto, todos os pacientes do CAPS têm um médico e um técnico de referência. Outra preocupação é de que as conversas

entre a equipe sejam sempre ampliadas. Os médicos têm apenas dois turnos de atendimento e um para a reunião de equipe. Assim, passam boa parte do tempo com a agenda cheia e sem tempo para os espaços coletivos do CAPS. Desse modo, não participam, por exemplo, do revezamento na convivência e acolhimento nem de outras atividades coletivas. Certamente, esta é uma característica que tem sido bastante discutida como frequente nos CAPS no Brasil. Ao longo da discussão das impressões da observação de campo, abordaremos um pouco mais este tema. Diversos motivos têm colaborado para que os médicos tenham uma ação destacada do resto da equipe, mas o fato é que isto vem acontecendo e pesquisas de campo nos serviços têm apontado esta característica, que compromete o trabalho partilhado em equipe e não fragmentado (MORORÓ et al, 2011; RINALDI e BURSZTYN, 2008)

6.2

NOÇÕES DE CRISE E A FUNÇÃO DO CAPS

A partir das entrevistas e da observação participante, principalmente em reuniões de supervisão de equipe e nas reuniões diárias de fim de dia, quando os profissionais discutem questões e expõem suas posições, pudemos recolher alguns sentidos que atribuem à crise. Houve, no entanto, um seminário clínico em que o CAPS discutiu especificamente a questão da crise, seus sentidos e a forma de enfrentá-los. Sem que houvesse qualquer relação com a nossa pesquisa, o CAPS já havia decidido por este tema, o que poderíamos qualificar como uma tremenda sorte. Foi como se estivesse em um grupo para discussão do tema de pesquisa sem que tivesse sequer que organizá-lo. Porém, não se trata somente de sorte. A escolha deste CAPS se deu por se tratar de um serviço com proposta para virar CAPS III, no qual há uma responsabilidade maior com relação às questões de crise. Com funcionamento 24 horas e leito para acolhimento noturno, espera-se que se o CAPS venha a conseguir maior eficácia na atenção às situações de crise.

Embora possamos reconhecer que no Rio de Janeiro, com a presença ainda muito forte de instituições com internação psiquiátrica, como o Instituto Nise da Silveira no caso das A.P. 3, onde fica o CAPS Linda Batista, ainda não há clareza com relação a que momentos o CAPS III deve recorrer à internação no hospital psiquiátrico, se é que o CAPS III deve fazê-lo. O fato é que em raros casos, no ano de 2012, o CAPS III João Ferreira, na A.P. 3.1, recorreu à internação no Nise da Silveira. O modo de funcionamento de CAPS do tipo III está em construção no município, existem incertezas a esse respeito para os técnicos dos serviços e há uma expectativa em Guadalupe para que se concretizem tais mudanças, portanto, não é surpreendente que o CAPS Linda Batista estivesse discutindo questões relativas à crise. Há ainda que se ressaltar que apesar disso tudo, poderiam não ter escolhido o tema da crise e que isso aconteceu graças a uma equipe que desejou discutir o tema, a um CAPS que reconhecidamente no território sempre discutiu a crise e à preocupação da direção e supervisão em priorizar esta questão.

Outro motivo pelo qual o tema da crise foi privilegiado no seminário clínico diz respeito ao momento que os CAPS vivem no Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, em que, enquanto a atenção básica se expande, os CAPS têm sido deslocados para uma posição de serviços especializados. Nesse novo lugar na hierarquia da saúde,

perdem sua natureza de articulador das demandas de saúde mental em relação ao campo da saúde e ao território em geral, ao passo que à atenção básica se exige o que é muito difícil, ou seja, como saber manejar boa parte da porta de entrada de graves pacientes de saúde mental, sem que tenha ferramentas teóricas e práticas para isso.

Em uma reunião, a equipe discutia o que fazer em relação à afirmação no fórum de saúde mental da A.P. 3.3 (cada área programática do Rio de Janeiro se reúne uma vez por mês em fóruns de saúde mental para discutir as questões pertinentes ao território) de que a atenção básica deveria “dar conta das situações de crise em saúde mental”. Se por um lado é importante que a atenção básica seja capaz de dar boas respostas para crises em saúde mental, mesmo que buscando auxílio de outros serviços, por outro lado essa é uma função essencial dos CAPS, assim como é sua função supervisionar e instrumentalizar o cuidado em saúde mental em outros serviços como os da atenção básica. Com essa mesma preocupação, o CAPS Linda Batista priorizou a discussão sobre a necessidade de maior eficácia na atenção à crise, até para tentar sustentar o lugar e a natureza dos CAPS.

Mas, qual a natureza dos CAPS de que estamos falando? O CAPS, como serviço que visa comandar a substituição do hospital psiquiátrico, precisa ordenar a rede de saúde mental de modo a que a lógica manicomial saia de cena. Isto está claro nas normas que definem o CAPS, como a portaria 336/02. Mas a maneira como isto deve ocorrer e como induzir este processo são questões que têm diversas respostas. Os diferentes municípios têm criado estratégias diferentes, que se baseiam também em princípios diferentes. O exemplo de Belo Horizonte (SOUZA, 2008) é importante, porque não conta mais com internação em hospital psiquiátrico. Mas a rede de lá tem uma constituição bem específica. Segundo entrevista com integrante da CSM, este não é um modelo que o Rio de Janeiro queira seguir, pois os CAPS III de Belo Horizonte, chamados de Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) teriam se assemelhado a emergências psiquiátricas, tanto em relação à ambiência quanto em relação ao processo de trabalho. A construção da rede carioca, que evoluiu a partir do primeiro CAPS II em 1996 para cerca de trinta CAPS hoje, contando com os CAPSi e CAPSad, criou seu primeiro CAPS III em 2010. A implantação de CAPS tem sido feita uma a uma, segundo as oportunidades que aparecem, já que a “secretaria de saúde não trata a questão da atenção psicossocial como uma política”, disse o entrevistado. Assim, a CSM tem tentado aproveitar as chances que aparecem para abrir novos CAPS.

No encontro de fim de ano de 2012 (todo fim de ano a CSM reúne trabalhadores, gestores, usuários e familiares para apresentar um relatório e discutir questões importantes da rede) e nas duas entrevistas com a CSM, ficou claro que a abertura dos novos CAPS III contará com o apoio do Instituto Municipal Nise da Silveira e do Instituto Municipal Juliano Moreira e por isso eles serão nas A.P. 3.2 e 4, onde ficam os institutos. Esse apoio se dará pela generosa transferência de recursos dos institutos para a construção dos CAPS, já que o recurso financeiro para obras não tem sido fornecido pelas Coordenações de Área Programática (CAP). Esse modo de transferência de recursos, que conta atualmente com a boa vontade dos institutos, que não estão subordinados à CSM (o desenho da saúde mental na Secretaria Municipal de Saúde será melhor discutido no item sobre a rede), é uma marca do Rio de Janeiro. O CAPS Torquato Neto, o CAPS Clarice Lispector e o CAPSi Maria Clara Machado eram os setores do Instituto Nise da Silveira, respectivamente, hospital-dia Casa d'Engenho, Centro de Convivência e Hospital Dia e Noite Isabela Martins (IMNS, 2007). O Instituto Philippe Pinel, na Zona Sul da cidade, por sua vez, não tem colaborado com este processo. Por todas estas dificuldades e pela importância na cidade dos institutos, a função dos CAPS no Rio de Janeiro tem suas peculiaridades. O Rio de Janeiro tem muitos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2012) que por sua vez são acessados em situações de crise e ocupados pelos muitos pacientes de longa permanência, que praticamente moram em hospitais psiquiátricos. Sendo assim, os CAPS do Rio de Janeiro não atendem muitos dos casos de paciente em crise e convivem com grandes hospitais psiquiátricos.

No entanto, prescindir do hospital psiquiátrico não significa que o CAPS precisa resolver tudo em relação à crise, de maneira que repetiria o manicômio, não em sua forma, mas em seu cerne institucionalizado que é a redução de todos os aspectos da vida ao mesmo centro institucional. A crise faz parte da vida das pessoas e tem relação com seus diversos aspectos. Assim, como lógica que substitui o manicômio, o CAPS deve se relacionar com estes sentidos da vida lá onde acontecem. Então, para se responsabilizar pela crise, o CAPS precisa manter-se inserido na cidade, fazer laço com o território e acionar diferentes recursos comunitários e de saúde. A experiência italiana reflete desta forma sobre a necessidade de serviços comunitários de saúde mental se constituírem com a robustez necessária para poder exercer essa função no território (VENTURINI, 2010).

Nesse sentido, a discussão sobre atenção à crise no CAPS Linda Batista está permeada por expectativas e receios sobre o que significará ampliar o cuidado para a crise. O que significa atender a crise integralmente? Atender a crise integralmente significa que não se pode recorrer a outros serviços de saúde? Se pode, quais os serviços e em que circunstâncias?

As falas da equipe, tanto nas reuniões de equipe quanto nas entrevistas, são de optar por aumentar a responsabilidade do CAPS em relação à crise. Existe a confiança de que um CAPS III bem equipado, com leito, medicação e equipe ampliada, resolve o problema da atenção à crise, mesmo que não haja a reflexão de que estas ferramentas são exatamente as que o hospital também tem. Um técnico, que não se afirma afeito à Reforma Psiquiátrica e que afirmou não se importar se a crise é atendida em CAPS ou no hospital, desde que seja atendida, diz que se houvesse o entendimento de fato pelos gestores de que o CAPS “é uma instituição feita para atender a crise”, ele seria estruturado para isso. Mas, para além da estrutura, uma fala foi muito importante sobre a questão da perspectiva otimista em relação ao CAPS III: “O CAPS III não pode ser um tampão para a falta de capacidade de fazer rede”. A técnica quis dizer que o ponto de vista de colocar todos os recursos dentro do CAPS III, fazendo dele o lugar onde tudo será resolvido, principalmente tudo em relação à crise, ignora que, mesmo na condição de CAPS III, um serviço de saúde mental na orientação da atenção psicossocial precisa funcionar em parceria com o território. O que substitui o hospital psiquiátrico é se relacionar com o fora, com a vida e com a cidade.

Especificamente acerca dos sentidos de atribuídos à crise, faremos um relato de como se desenrolou a discussão durante o seminário clínico para tentarmos entender também de que maneira a equipe chegou a suas conclusões. Foi uma conversa muito rica, em que as pessoas puderam falar de suas opiniões, de modo que muitas acepções diferentes de crise, de clínica e de doença mental puderam se expressar. Ao mesmo tempo, introduziremos aspectos que apareceram nas entrevistas e na observação participante, de maneira que o seminário clínico oferecerá o fio condutor que articulará os elementos que nos interessam. Interessa-nos, portanto, abordar os sentidos de crise para os técnicos, discernir que conceitos têm orientado à prática clínica neste CAPS e tentar associá-los aos discursos do campo da saúde mental. Principalmente os que se opõem logicamente, como o da psiquiatria tradicional e o da atenção psicossocial, mas têm convivido na prática.

É importante saber também que o conteúdo das entrevistas está influenciado pelas ideias construídas no seminário clínico, pois aconteceram cerca de um mês depois. Foi possível perceber isso pelas opiniões expostas e, até mesmo, pelo uso de expressões que haviam sido utilizadas no seminário. Esta constatação demonstra a importância de eventos como seminários clínicos, onde é possível fazer pactuações que têm efeitos nas concepções dos profissionais e, por consequência, em sua prática clínica. Demonstra também que o objetivo esperado de construir um conceito de crise que constituísse a direção de trabalho do CAPS foi alcançado. É claro que as pessoas pensam coisas diferentes e nas entrevistas apareceram novas ideias, inclusive discordantes das que predominaram no seminário clínico. Mas as repercussões do seminário ecoaram na cabeça dos profissionais. Principalmente a ideia de que o CAPS deve atender a crise e se instrumentalizar para isso. Para os que acham que isso não é essencial, ficou pelo menos a comprovação de que o CAPS Linda Batista, no que diz respeito a seu projeto institucional, deseja atender a crise e está se planejando para isso.

A primeira questão a ser discutida no seminário clínico foi à relação da crise com o social. Através das aceções que foram surgindo inicialmente, apareceram noções que articulavam a crise com os limites de aceitação da sociedade ou que a definiam de modo mais interno e relacionado a suas origens subjetivas. Por exemplo, foram comuns falas que definiam a crise como comportamentos inadequados em relação à moradia, à higiene, à agressividade e à sexualidade. Pacientes que passam a morar na rua, que se mantêm sujos, que agredem ou que andam nus pela cidade. Por outro lado, alguns técnicos se referiam a uma ruptura de arranjo subjetivo com o qual o sujeito se estabiliza ou sobre “uma invasão desregulada de gozo” na organização subjetiva do paciente. Uma técnica, em entrevista, disse que a crise é resultado tanto do que ela chamou de “superestrutura marxista”, quanto da “responsabilidade individual”. Foi possível entender em seu discurso, numa tentativa de articular sua formação marxista com a sua recente aproximação com a psicanálise, que ela acredita que a crise é ao mesmo tempo causada pela relação do sujeito com o social, de onde vem algo que oprime e exclui, e por alguma condição subjetiva mais frágil.

Vários técnicos deram definições de crise que se relacionam com o contexto e com múltiplas determinações. Disseram, entre outras coisas, que “uma crise é quando o paciente não se relaciona bem com as questões do cotidiano, não está bem e sofre”; ou que a crise tem que ser compreendida na história do sujeito e tem relação com aspectos como lazer, cuidado, trabalho e família. A dificuldade na relação familiar foi apontada

como um dos maiores índices de crise. Mas, é a posição da família, que não suporta mais alguma coisa, que define uma crise? Ou é o paciente, que, a seu modo, expressa sua condição de estar em crise?

A falsa oposição que aí se coloca se evidenciou numa discussão sobre a questão da higiene. Quando uma técnica disse que acredita que muitas vezes a crise se apresenta numa mudança na relação com o corpo, outra discordou e afirmou que aquilo que parece aos olhos da sociedade desajustado pode ser apenas uma forma singular com a qual aquele sujeito se relaciona com seu corpo e que não deve ser necessariamente objeto de intervenção. Surgiu o ponto de vista de que a análise sobre o que é uma crise deve se balizar pelo que é “insuportável para o sujeito e não pelo que é insuportável para o outro”. Mas lembremos que aquilo que é insuportável para o sujeito tem relação com o outro, de modo que o sujeito não existe sozinho e sua subjetividade não é meramente interna e fechada ao social.

A questão se desenvolveu de modo a que se concluiu que o parâmetro é singular. Ou seja, o primeiro consenso a que se chegou é que depende mesmo de como o sujeito se relaciona com aquilo, e não do que o comportamento em si significa. Como a primeira técnica disse, a mudança na relação com o corpo pode ser indício de crise, mas não necessariamente. Assim, o CAPS começou a delinear uma definição de crise com o critério da mudança de lógica de comportamento. Um exemplo foi dado: se uma pessoa que mora na rua resolver voltar para casa, – um comportamento tomado como inadequado pela sociedade é substituído por uma ação, a princípio, positiva – isso pode ser tomado como crise, já que há uma mudança de lógica de comportamento? Ao que um médico respondeu que pode ser crise, por exemplo, se o paciente estiver tomado por pensamentos paranoides em função dos quais sente medo e volta para casa.

Dessa forma, ele introduziu a questão da clínica, como modo de se dirigir às circunstâncias para procurar entender o que está se passando. Como médico, introduziu a clínica a partir dos sintomas psiquiátricos. Mas o exemplo dado por ele remete, para além do delírio paranoico, à relação do paciente com o social. Ora, se ele tem medo e volta pra casa é porque de alguma forma o seu modo de se relacionar com a sociedade, com o qual se estabilizara na rua, entrou em colapso. Por isso ele constrói um delírio, que é a forma com a qual é possível, para ele, reconstituir um mecanismo de interpretação da realidade. Como o caso é fictício, poderíamos especular que o delírio poderia até mesmo ser um meio de estabilização, agora em casa, mesmo que precário, por conter uma via fantasiosa que, por sua vez, pode levar a nova ruptura, ao medo de

ficar em casa, ou qualquer outra coisa. O importante é que este exemplo contém dois aspectos da discussão sobre o que é uma crise e que induzem a clínica: a redução à sintomatologia psiquiátrica e a ruptura do laço social, ou do arranjo subjetivo com o qual é possível fazer laço.

A questão da sintomatologia psiquiátrica permeia toda a discussão. Técnicos de todas as profissões usaram sintomas como delírios, alucinações, embotamento afetivo, mania e depressão como critérios para a crise, além é claro, do risco de suicídio, que é um clássico critério de emergência psiquiátrica. Mas, principalmente, os sintomas mais abordados foram a díade agressividade e agitação psicomotora. Se alguns acreditam que a crise se define pelos sintomas, outros pensam que os sintomas podem ser simplesmente a forma de expressão de uma crise. Um técnico, ao ser perguntado sobre o que é uma crise, a definiu como “um rompimento de uma estabilidade, a partir do qual ele não consegue mais dar conta das situações da vida” e completou dizendo que pode ter várias formas como “embotamento afetivo, agressividade, afastamento da família”. Esta é uma definição interessante, porque, para ele, o que define crise é que o paciente não consegue mais dar conta da vida, do seu cotidiano, independente de sintomas ou de construções sociais. Se não delirava, pode passar a delirar. Se a família o apoiava, pode se afastar dela.

A crise, assim definida “como algo que desorganiza e desestabiliza o cotidiano das pessoas”, termos usados por uma entrevistada, amplia a noção de crise e dá novas cores a seus sentidos. Durante as entrevistas, alguns técnicos mostraram incômodo com seus próprios exemplos de pacientes em crise. Na maioria das vezes, os primeiros exemplos eram sempre de situações espetaculares, de pacientes agressivos, jogando cadeiras, ou de pacientes muito agitados e desorganizados, até mesmo pela indução da pergunta que eu fazia sobre situações difíceis. Mas em algum momento, alguns deles, por conta própria, se retificavam, lembrando que existem casos em que os pacientes simplesmente não demonstram facilmente estar em crise e que é preciso se dirigir a eles, para saber deles, e então perceber que estão mal. São situações em que o paciente relata que está há dias sem dormir, que voltou a beber ou que tem sentido uma angústia muito grande. Dizem que pode ser o começo de uma crise, que tende a piorar, e que a percepção precoce é fundamental para uma intervenção eficaz. Ou que pode ser uma crise em sua plenitude, de pacientes calados e até perturbados por intensos pensamentos suicidas.

Feitos alguns relatos sobre situações de agressividade e baseado parcialmente no que já havia sido discutido, foi proposto por um médico um critério, segundo ele, objetivo, a partir do qual é possível priorizar intervenções: crise é definida por uma mudança súbita de comportamento e pelo risco para si ou para outros. O risco não foi assumido plenamente pela equipe como um critério. Questionaram o que definiria o risco, considerado por alguns como um conceito amplo e impreciso. Mais ainda, o risco remete à função de uma intervenção na crise. Ou seja, se é a partir do risco que se faz uma medida de cuidado, pode-se restringi-la a uma mera ação de proteção. A importante preocupação que se exprimiu aí é a de que se sustente o CAPS como lugar de tratamento. Isso quer dizer que uma intervenção, para que seja clínica, não pode ser simplesmente de proteção. Para além disso, deve ser uma ação que esteja incluída numa direção de tratamento. Assim, a ideia de risco entrou na lista de índices de crise, mas submetida ao que ela pode significar em cada caso, para cada paciente.

A discussão caminhou então para ao que podemos dizer que foi o último critério que a equipe do CAPS construiu no seminário clínico para a noção de crise. Entenderam que tanto a ruptura do arranjo subjetivo que sustenta o laço social, a mudança da lógica de comportamento e o possível risco só podem ser compreendidos dentro do processo subjetivo e da história do paciente. Ou seja, é preciso que o entendimento da crise seja intrínseco à construção do caso clínico.

Assim, ficou decidido que o parâmetro principal é o conhecimento da equipe sobre o caso, principalmente do técnico de referência, de maneira que a crise pode se apresentar de diversas maneiras. Os técnicos devem estar atentos a mudanças da lógica que orienta as relações do paciente consigo, seu corpo, sua família, a comunidade e o CAPS, e que não se restringem a descrições psicopatológicas. Houve também a ressalva de que não é qualquer mudança que deve ser encarada como crise, até porque existem mudanças para melhor. Como disse uma técnica da equipe, “uma nova forma de organização não pode ser confundida com uma crise”.

Com relação à agudização de sintomas psicopatológicos, chegaram à conclusão de que pode haver agudização com crise e sem crise. Lembraram de uma paciente que tinha recorrentes internações, que não remitia de seus sintomas, que produzia situações de agressão, mas que só teve uma melhora na condução do caso quando a equipe compreendeu que ela só se organizava dentro da agudização e que esta era uma ferramenta sua para lidar com suas questões. Portanto, a crise tem relação com os recursos que o sujeito tem e seus limites.

Já podemos fazer alguma relação do que os profissionais do CAPS Linda Batista entendem por crise com algumas teorias, que certamente os influenciam nas suas concepções de crise. As descrições de crise a partir de sintomas, como na psiquiatria descrita por Kaplan (1997), são parâmetros que permeiam a discussão o tempo todo, que não se restringe aos médicos, embora seja por eles mais sustentado do que por outros profissionais. No entanto, há um discurso bastante presente que considera que há nisso uma restrição da experiência de crise. Os técnicos fazem muitas referências à relação da crise uma dificuldade com os múltiplos aspectos da vida (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005; COSTA, 2007), ou com uma ruptura com o laço social (SOUZA, 2008). Existe, assim, a prevalência de uma visada mais complexa a respeito da crise.

É preciso afirmar ainda que o ponto de vista que compreende a crise num contexto mais amplo, que inclui a dimensão social e não a reduz somente às condições psíquicas endógenas ao sujeito, não é necessariamente idêntico ao da Psiquiatria Preventiva. Quando Caplan (1980) ratifica esta posição, se por um lado ele amplia o espectro dos determinantes do distúrbio mental, por outro ele reafirma a psiquiatria como detentora de um saber sobre o decorrer natural da doença. Natural deve ser entendido em seu sentido determinista e não meramente biológico. Ele acredita que a psiquiatria deve se desenvolver no sentido de compreender como as doenças se desenvolvem e criar formas de evitá-las ou instrumentalizar os pacientes a melhor enfrentá-las. Há nisso um processo pedagógico cujo saber pertence ao psiquiatra. A ideia de crise num contexto mais amplo, que inclui diversos nexos da vida, pode ter um caráter oposto a este. Podemos compreendê-la como um modo muito particular, que se exerce no caso específico de cada um, cujas soluções nos são apresentadas pelo paciente e cuja clínica deve ser acompanhá-lo e apoiá-lo neste processo.

A questão da mudança súbita de comportamento, porém, tem alguma semelhança com a teoria da crise de Caplan (1980). Ele afirma que crises podem ser oportunidades de novas organizações que permitem melhores ou piores posicionamentos futuros frente às questões da vida. Para alguns dos profissionais do CAPS, nem toda mudança deve ser entendida como crise, mas toda crise deve ser entendida como ocasião em que a chance de estabilização pode ser a chance de novas formas de subjetivação e de vida. É numa certa desordem que se podem produzir novas organizações que podem até mesmo ser mais consistentes (COSTA, 2005; FERIGATO et al 2007).

Mas na verdade, a posição da maioria dos integrantes da equipe é mais influenciada mesmo pela psicanálise e pela Psiquiatria Democrática Italiana. A ideia de crise como o colapso de um arranjo subjetivo que sustentava uma estabilidade na relação com o outro, de modo que ocorre certa desarticulação dos sistemas de referência com repercussões como sensação de invasão e angústia, tem influência na psicanálise (FERIGATO et al, 2009). Assim como a noção de que é a partir do saber do sujeito que se orienta a clínica também tem influência da psicanálise (RINALDI e BURSZTYN, 2008). Isto aparece no discurso da equipe quando se afirma que a crise deve ser entendida em cada caso, a partir de um conhecimento que se estabelece na relação clínica.

A compreensão da crise inserida numa história de vida e em seu contexto, marcada por uma relação intrínseca com o território e com social é marcadamente influenciada pelos italianos (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005). Isso permeia o discurso de alguns integrantes do CAPS, principalmente daqueles que demonstram um percurso de formação e de trabalho mais próximos ao campo da saúde mental.

Por fim, foi feita uma observação sobre quais as crises que deveriam ser tratadas no CAPS: as dos pacientes graves. Em função da definição normativa (336/2002) de que os transtornos mentais graves e persistentes devem ser prioridade nos CAPS, ficou decidido que as crises de pacientes de casos graves é que devem ser acolhidas no CAPS. Diferentemente do critério diagnóstico, a gravidade, em qualquer caso, deve ser a prioridade nos CAPS. Um médico, que até então mantinha seu discurso em torno dos sintomas, resumiu a questão ao dizer que mais do que à agudização sintomática, deve-se ter atenção à intensificação do sofrimento. Cavalcanti et al (2009), no entanto, em pesquisa que se debruçou, entre outras coisas, sobre os critérios de inclusão de pacientes nos CAPS, mostra que o critério diagnóstico tem sido comumente utilizado nos CAPS. Desta maneira, apesar da afirmação da equipe de atender pacientes graves, independentemente do diagnóstico, é preciso saber que este critério ainda permeia a prática dos serviços.

Numa reunião de equipe, porém, essa questão teve mais desdobramentos. Em função de um paciente cujo diagnóstico não havia sido definido, estava sendo cobrado um critério mais objetivo para inclusão no CAPS. O psiquiatra assistente acredita em transtorno de personalidade e, portanto, não apostava na medicação, pois afirmava que este tipo de transtorno precisa dos limites da sociedade e de psicoterapia. Assim, ele sustentava que o paciente não deveria se tratar em CAPS, pois não havia uma disfunção

social. Foi sustentado pela equipe que são três os critérios para inclusão no CAPS, dificuldade no laço social, gravidade e necessidade de tratamento intensivo, seja qual for o transtorno.

Outra diferença importante observada durante o seminário foi entre crise e emergência. Para um técnico, a segunda é evidente e exige uma intervenção imediata, enquanto a primeira pode até ser silenciosa e necessita ser compreendida dentro do caso clínico. Outra técnica procurou sustentar que mesmo em ações que necessitam de presteza, a organização dos serviços de saúde mental deve favorecer que sejam tomadas atitudes incluídas numa direção de tratamento ou, ao menos, na tentativa de compreender o caso particularmente. Essa ideia apareceu também em uma das entrevistas com integrantes da coordenação de saúde mental. Foi dito que a atenção à crise deve acontecer dentro de um tratamento, onde paciente e serviço possuem um vínculo e se conhecem, enquanto que “emergência é uma questão de vida ou morte”. Presume-se, então, que, se as emergências psiquiátricas estão tão cheias de casos que não são de “vida ou morte”, há algum problema de acesso dos pacientes a este tratamento no qual a atenção à crise pode se inserir.

Esta diferença entre crise e emergência, na qual uma está compreendida dentro de um tratamento e a outra é a necessidade de uma intervenção imediata, parece tentar fortalecer a ideia de a crise dos pacientes sob um cuidado já iniciado deve ser afirmada dentro dos serviços onde o paciente se trata. No entanto, leva a crer que uma situação limite ainda deve ser conduzida sobretudo de maneira hospitalar. Isto mostra como a atenção hospitalar é reconhecida por muitas pessoas como recurso necessário, o que justifica propostas de modelos em que os recursos hospitalares e comunitários devem ser complementares (THORNCROFT e TANSELLA, 2008) e não alternativos e incompatíveis (FIORATI e SAEKI, 2008).

6.3

AS INTERVENÇÕES EM SITUAÇÕES DE CRISE

Toda a discussão sobre o que é crise era acompanhada por apontamentos sobre como tratá-la. Existe uma relação direta entre o que se entende por crise e o que se considera a direção clínica a ser tomada nestas situações. Talvez os elementos elencados como possíveis intervenções expressem melhor o que as pessoas pensam sobre a crise do que seu enunciado em reuniões de equipe, que podem ser modelados por conceitos promulgados como positivos ou cerceados pelo contexto grupal de reuniões, onde determinadas opiniões podem ser mais bem aceitas e outras inibidas. Não é nosso objetivo avaliar a coerência entre o discurso dos técnicos e as intervenções em situações de crise, até porque elas se dão em contextos diversos e muitas vezes difíceis e imponderáveis. Para nós é importante associar os elementos das concepções de crise e de clínica, assim como as formas de intervenção observadas, para avançar na nossa discussão.

A observação participante traz novos aspectos e posicionamentos. Mas, ainda no seminário clínico, a discussão sobre como intervir em situações de crise trouxe novidades latentes em relação às concepções de crise discutidas na primeira parte do seminário. Depois que se chegou a alguns parâmetros consensuais em relação à noção de crise que orientaria a clínica no CAPS, a equipe se dedicou a discutir os modos de atendê-la, quais os princípios clínicos e quais os recursos a utilizar. Por isso, faremos uso da mesma estratégia da parte anterior de utilizar o seminário clínico como fio condutor de nossa reflexão.

Em primeiro lugar, qual deve ser a função de uma intervenção na crise? Dois pontos de vista opostos apareceram. Alguns defendiam que a crise, por se caracterizar pelo esgotamento de um arranjo que sustentava alguma estabilidade, abre a possibilidade e, mais do que isso, a necessidade de que algo novo seja construído, de maneira que o manejo clínico deve incidir para favorecer esse processo. Já outros enfatizam a visão de que a cada crise algo se deteriora e de que as consequências de uma crise poderiam ser irreversíveis. Desta maneira, preconizavam que seria necessária uma intervenção rápida, que objetivasse tentar restabelecer o estado mental anterior à crise, ou ao menos amenizar ao máximo as perdas. Um argumento utilizado para a segunda posição era de que ao passo que uma desorganização mental se cronifica, qualquer intervenção se torna menos eficaz, de modo que se a intervenção ocorrer

durante a crise, o prognóstico é melhor e podem-se diminuir os riscos de cronificação e de agravamento da doença. Esta é uma visão prioritariamente médica, da psiquiatria tradicional (KAPLAN, SADDOCK e GREBB, 1997).

Um terceiro objetivo das intervenções em situações de crise parece pairar sobre as intenções dos profissionais em saúde mental. Em seu discurso, o imperativo de tentar evitar internações em hospital psiquiátrico perturba, de certa forma, a atenção à crise. Durante o seminário clínico, algumas situações eram proclamadas como bem sucedidas quanto mais se evitavam as internações. Ou ainda, muitas falas sobre a necessidade de “dar conta” da crise no CAPS. Nos parece que, enquanto a organização da rede de saúde mental no município, resultado de uma política de saúde mental que não é a ideal, mas a possível como argumentam os gestores da CSM em entrevista, não garante recursos para a atenção integral da crise nos CAPS, a responsabilidade de evitar internações recai sobre os técnicos.

Certamente, todo profissional de saúde mental tem responsabilidade no destino de seus pacientes, mas é preciso poder trabalhar com a rede existente. Existe, na fala de alguns destes profissionais, um relato de um esforço tal para evitar internações que nos leva a tomá-lo como o objetivo de intervenções em situações de crise, quando poderíamos esperar que as internações evitadas fossem consequência de uma rede comunitária forte e bem estruturada, que de fato sustente os CAPS como lugar da crise, além de boa qualidade na atenção. Hoje, a rede do município funciona com grandes institutos e muitos leitos para internação e com rede de CAPS insuficiente para as demandas do território, principalmente em relação à crise. Assim, os CAPS assumem uma função intermediária e não substitutiva entre a comunidade e o hospital, tal como Amarante e Torre (2001) mostram que faz parte da história dos CAPS no Brasil, ou como Rotelli (2001) afirma que eram os serviços comunitários nos Estados Unidos à época da proposta da Psiquiatria Preventiva.

No seminário clínico, a questão da internação apareceu também como recurso utilizado em situações graves ocorridas no CAPS e nas chamadas situações de agitação psicomotora. Nesses casos, a equipe relata situações muitas vezes heroicas, conduzidas no “fio da navalha”, em que enfrentam episódios de extrema agressividade e risco em que contavam com poucos recursos. Muitas vezes, o manejo tem sido bem sucedido, com bastante trabalho e, por fim, na maioria dos casos, recorre-se à internação, por intermédio de encaminhamento para a emergência psiquiátrica do PAM de Del Castilho, pólo de internação das A.P. 3.

No entanto, grande parte de episódios semelhantes a esses, graves, mesmo de pacientes matriculados nos CAPS, não chegam ao serviço e as famílias procuram diretamente o PAM. Este fato fundamental, que revela que em boa parte das situações de crise, a população nem pensa em procurar o CAPS, mas sim o típico recurso manicomial da internação hospitalar, foi pouco discutido em todo o período em que estive no CAPS. No seminário clínico, algum técnico apenas lembrou que é importante o CAPS se apropriar cada vez mais da atenção à crise até para que a população reconheça isso e comece a demandar mais este tipo de cuidado. Os serviços comunitários de saúde precisam se colocar como serviços fortes no território (VENTURINI, 2010) justamente para que pudessem representar para a sociedade o lugar onde se pode recorrer nas ocasiões difíceis. Sem que o façam, dificilmente terão condições de superar o lugar prioritário da resposta hospitalar.

Outro importante aspecto abordado a respeito da internação é a questão das internações involuntária e compulsória. A lei 10.216 prevê que qualquer tipo de internação – voluntária, involuntária e compulsória – só seja empregado se todos os recursos comunitários e extra-hospitalares estejam esgotados (BRASIL, 2001). Espera-se, portanto, que as internações em que se submete o paciente a um tratamento árduo sem o seu consentimento só ocorram em situações muito graves, nas quais as consequências da não internação possam ser tão ruins a ponto de abrimos mão do protagonismo, nem que seja pontualmente, do paciente em relação a seu tratamento. Segundo um profissional do CAPS, a internação involuntária é utilizada em muitas circunstâncias em que este quadro de esgotamento de recursos extra-hospitalares não é alcançado.

No Instituto Nise da Silveira, onde são internados os pacientes moradores da A.P. 3.1, 3.2 e 3.3 (ou poderíamos chamar apenas de A.P. 3), portanto onde se internam os usuários do CAPS Linda Batista (que fica na A.P. 3.3), mais de 90% das internações são involuntárias. O descompasso entre a necessidade do paciente em ser internado e a necessidade de uma internação involuntária só pode ser explicado pelo esgotamento excessivamente rápido dos poucos recursos extra-hospitalares para situações de crise. Ou os pacientes pioram até que seja necessária uma internação involuntária, ou a internação involuntária ocorre antes mesmo da necessidade, precipitada pela baixa expectativa da população em ser devidamente atendida, em situações difíceis, nos lugares onde o paciente faz tratamento, como os CAPS, e procuram as emergências psiquiátricas. Além disso, concorre para que a internação seja involuntária o fato de que,

como ocorre em serviço distinto daquele onde o usuário se trata, em hospitais grandes e inóspitos, muitas vezes o paciente recusa a internação mesmo reconhecendo a necessidade de um apoio maior e talvez até de reclusão. É importante lembrar que qualquer hospital psiquiátrico é um lugar difícil de se estar, com enfermarias repletas de pessoas desconhecidas e em crise, ambiente pouco acolhedor, aposentos impessoais e regulamento baseado nas rotinas de enfermagem.

Ainda a respeito das internações involuntárias, outra questão que surgiu na equipe se refere ao que autoriza um profissional de saúde a dizer que o outro não pode discernir sobre si. Essa é uma reflexão fundamental que coloca o técnico em saúde mental, sobretudo os médicos, que têm o poder de autorizar uma internação involuntária, na tênue fronteira entre a atuação técnica e a anulação subjetiva do paciente. A partir de que ponto pode-se submeter um paciente a alguma intervenção sem o seu consentimento sob a alegação de que está em crise? Em que circunstâncias se deve retirar o sujeito de seu contexto de vida, se é lá que ele pode restabelecer as conexões de vida que se rompem na crise (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005)?

Especialmente, durante o seminário clínico, esta questão apareceu novamente na discussão sobre situações chamadas de agitação psicomotora dentro do CAPS. Esse aspecto foi tratado como determinante na estratégia para o CAPS se aparelhar para um dia poder atender à crise integralmente, sem necessitar recorrer a outro serviço. As possíveis medidas elencadas para essas ocasiões são: leitos de contenção, onde o paciente possa ser amarrado até que a medicação faça efeito ou que se acalme; medicação de emergência para efeito rápido, como haldol e fenergan injetáveis ou algum ansiolítico, também injetável; equipe preparada para contenção, com técnicos de enfermagem, de preferência homens, com técnica e força para segurar pacientes agressivos; e espaço adequado para a realização destas medidas, mais amplo do que o atual.

Além disso, para que estes recursos possam ser adequadamente acessados, também foi abordada a necessidade de que o CAPS tenha médicos todos os dias no serviço. Como isso ainda não é possível, – atualmente existe a opção de vínculos empregatícios para médicos contratados para o CAPS, mas a direção do serviço não consegue utilizá-los – o CAPS tem pensado em soluções, como o médico deixar prescrições de crise para os pacientes que já conhecem, chamadas de SOS, para que os técnicos possam medicá-los na ausência dos médicos. Pode ser um instrumento importante, até porque, quando essas situações acontecem, tem sido necessário

encaminhar para a emergência, apenas pela necessidade de medicação, o que não é conveniente por vários motivos: os pacientes podem não conseguir chegar à emergência; a utilização de recursos como ambulância, que não tem sido de fácil acesso, acaba sendo utilizado de maneira desnecessária, já que o CAPS deveria poder medicar seus pacientes; a emergência não conhece o paciente e pode não concordar ou entender a direção de tratamento dada pelo CAPS, gerando um impasse; a emergência psiquiátrica acaba sobrecarregada por atendimentos que deveriam poder ser feitos no CAPS.

O CAPS, porém, tem utilizado o serviço de emergência psiquiátrica para poder medicar pacientes em crise, o que já vem diminuindo em função do aporte de medicações de crise para o CAPS. Mas tem também utilizado como forma de tentar fazer pequenos acolhimentos que não são possíveis porque a porta do CAPS se fecha às 17 horas e nos fins de semana e feriados. Isso foi possibilitado pelos avanços na comunicação com o PAM de Del Castilho, o que permite a ampliação de acordos. No entanto, os profissionais do CAPS afirmam que como são serviços diferentes, há divergências na condução do caso que podem trazer prejuízos. Além disso, a temporalidade da emergência faz com que certos acordos sejam desfeitos. Por exemplo, quando um plantonista discorda do acordo ou diz desconhecê-lo e, assim, toma uma medida por conta própria. Ou quando a emergência enche e alguns pacientes são encaminhados para internação no Nise da Silveira. Assim, há relatos de pacientes que o CAPS pediu um pernoite, mas que acabaram internados, mesmo que por uma semana. Por isso, alguns técnicos dizem que o CAPS III ofereceria a possibilidade de acolhimento noturno, o que resolveria este problema.

As dificuldades em levar os pacientes para a emergência foram apontadas por muitos técnicos como um grande entrave na atenção à crise. Segundo diversos relatos há dificuldades em acionar uma ambulância para situações graves. Tanto o CAPS não consegue acioná-la com presteza para poder levar um paciente para a emergência, quanto a família sofre com a demora da chegada do socorro, ou quando este não comparece. Uma frase que mostra a opinião da equipe: “se a gente tivesse hoje uma ambulância e um pouco mais de rapidez no socorro, a gente poderia fazer dez vezes mais do que a gente faz”. A dificuldade em garantir o socorro faz com que a população perca a confiança em que o CAPS possa ajudar quando a situação estiver muito complicada. De modo que lhes resta tentar o SAMU ou algum outro modo de levar o

familiar em crise para a emergência, que funciona 24 horas por dia, quando não está fechada por falta de médicos.

Esta questão esteve tão premente nas entrevistas, que vários profissionais citaram o mesmo caso quando perguntei sobre uma situação difícil vivida no CAPS. Na verdade, não é um caso de agressividade, nem de risco, nem de tão difícil manejo, mas cuja dificuldade em acionar a ambulância foi tanta que exauriu boa parte da equipe. Tentarei reconstruir o caso, com base em diferentes relatos.

A paciente M chegou ao CAPS acompanhada de seu pai. Muito ansiosa, não conseguia se acalmar com as abordagens da equipe. Seu pai, com quem tinha uma dificuldade muito grande, personagem de seus delírios, possível perseguidor sexual, embora reconhecido pela equipe como um dos principais suportes familiares de M, não podia ajudar. Ao contrário, quanto mais se dirigia à filha, mais ela se agitava. Ela havia chegado, segundo os relatos da equipe, quebrando cadeiras, virando os bancos, assustando tanto a equipe quanto outros usuários do serviço.

A equipe então se mobilizou. Não há quem possa ser omissa, quando a maioria se mobiliza independentemente da categoria profissional. Enquanto um tentava se aproximar oferecendo escuta, outro ressaltava a importância de um espaço diferente que pudesse acolher aquela mulher. M estava muito angustiada e não demonstrava que iria se acalmar facilmente. Ela precisava ser afastada do pai, que naquele momento a fazia ficar mais agitada. Ele, por sua vez, também precisava ser atendido, pois queria ajudar a filha a enfrentar sua crise, mas não podia, a não ser por sua ausência. M precisava também ser afastada de outros pacientes. Ao mesmo tempo em que todas aquelas pessoas constituíam um espaço demasiadamente confuso para ela, estimulador de sua desorganização e da sensação de fragmentação que a angustiava, ela também desorganizava o ambiente de convivência do CAPS, estabilizador para outros pacientes. Ela então foi levada para uma das duas salas de atendimento que o CAPS possui. Foi medicada pelo médico, que também estava presente. Mas ela não melhorou.

Antes, a equipe tentara contato com alguma ambulância. Tinham avaliado que a situação se estenderia e que não seria possível dar conta da crise no CAPS. Era preciso levar M à emergência psiquiátrica do PAM Rodolpho Rocco, em Del Castilho. Havia duas opções. A primeira é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No entanto, o SAMU não vai ao CAPS. Compreende que se o paciente está num serviço de saúde mental, uma crise psiquiátrica não é uma urgência, já que a equipe que ali está deve ser apta para enfrentar esta situação. Por estar num serviço de saúde, se é preciso

que se transfira o paciente para outra instituição, deve-se então recorrer à ambulância do sistema de regulação de vagas do município (SISREG). Dessa forma, o procedimento é telefonar para a regulação de vagas e fazer o pedido de transferência. A regulação, por sua vez, verifica a vaga no outro estabelecimento e aguarda autorização pra liberar a ambulância. Esse processo é o mesmo para todos os serviços do município, sejam eles da atenção básica ou hospitalares.

Enfim, a ambulância demorou horas, mesmo tendo o acordo entre CAPS e PAM sido feito muito rapidamente. Além disso, a ambulância argumentava que não poderia levar a paciente se ela estivesse muito agitada. Isso coloca a equipe do CAPS numa situação sem saída. Por um lado, o serviço avalia que precisa recorrer a outro estabelecimento de saúde porque reconhece que não tem instrumentos que dêem o cuidado necessário àquele caso. Por outro lado, pelo mesmo motivo que precisa de outro lugar – no caso, a paciente estava em crise, agitada e precisava de um atendimento de emergência – não consegue levar o usuário até lá. M não podia ficar, mas não tinha como sair de lá. Sete horas da noite, duas horas após o expediente de trabalho, parte da equipe ainda estava no CAPS quando a ambulância chegou. Este caso, além de mostrar algumas estratégias de cuidado do CAPS, evidencia que os problemas não são poucos. O modo como um problema que deveria ser facilmente resolvido, como um serviço de saúde conseguir acionar uma ambulância numa crise, é negligenciado mostra o quanto a saúde mental ainda é tratada secundariamente no âmbito da saúde.

A superação do recurso da internação em hospital psiquiátrico depende de que haja atenção extra-hospitalar por 24 horas, o que devido ao baixo número de CAPS III no Brasil permanece como um desafio premente (PITTA, 2011). Neste caso, a internação não fosse necessária se estivesse num CAPS III. Mas, para além disso, esse caso mostra o quanto a saúde mental ainda está relegada a segundo plano nas disposições políticas. Se estivéssemos defendendo um modelo hospitalar, ainda sim o sistema de saúde seria deficiente. O problema é maior quando isto é confundido com insuficiência dos CAPS, que ainda não chegaram a se consolidar como modelo prevalente.

Algumas medidas – medicação, leitos, espaço e equipe para a crise – se tornaram bastante presentes no discurso dos profissionais após o seminário clínico. Em várias entrevistas foram citadas como mudanças necessárias para o CAPS se aparelhar para ter condições em atender a crise. A necessidade de médicos todos os dias no CAPS para ampliar o espectro de instrumentos de enfrentamento de crises foi relacionada por um

técnico com a maior experiência destes profissionais com situações de crise, por conta da residência médica em hospital psiquiátrico. Há, com as contratações, um planejamento para contratar técnicos de diferentes profissões com experiência em atenção à crise. Outro profissional afirmou que os CAPS que nasceram do Nise da Silveira, como o CAPS Clarice Lispector e o CAPS Torquato Neto, têm mais recursos para atender pacientes em crise que os outros, pelo mesmo motivo da experiência dentro do hospital psiquiátrico. Este argumento de que a experiência de quem trabalha em CAPS hoje em dia no Rio de Janeiro não instrumentaliza o profissional para atender pacientes em crise como a de quem trabalha no hospital psiquiátrico aponta para a ideia de que o lugar prioritário da crise ainda é o hospital psiquiátrico. Ao mesmo tempo em que reconhece que é preciso avançar na atenção à crise nos CAPS, avalia a posição do hospital psiquiátrico como detentor dos saberes e técnicas de atenção à crise.

Alguns técnicos, contudo, lembraram que mesmo nas situações de agitação psicomotora e agressividade, sem os recursos acima elencados, a equipe do CAPS sempre conseguiu manejá-las clinicamente, fazendo uso da escuta, da disponibilidade em estar próximo ao paciente e do ambiente da convivência, de modo que nunca aconteceu um acidente grave dentro do CAPS. Uma profissional que se diz indiferente aos modos de trabalhar no CAPS e que acatará o que for determinado, quando começa a falar de seu trabalho, após alguns anos no CAPS, expressa seu encantamento com a descoberta dos efeitos da escuta. Muda de uma posição desgostosa com as recentes mudanças no CAPS para um brilho nos olhos em contar o que aprendeu na saúde mental. Ela relata que viu muitas situações difíceis sendo atendidas com escuta, que ela diz ser um trabalho típico dos psicólogos. Para ela, esse “trabalho dos psicólogos é muito bonito”, porque consegue “contornar ocasiões em que ela se sentia apavorada com conversa”, de modo que o que era seu medo em trabalhar no CAPS não existe mais e “ela se acostumou”.

Certamente, outra estratégia importante para os casos em crise tem sido a convivência. Segundo integrante da CSM, em entrevista, os CAPSi atendem a crise melhor do que os CAPS de adultos, o que se traduz em pouquíssimas internações infantis. Ainda conforme a entrevista, isso ocorre por dois motivos. O primeiro é que quando um paciente está em crise, rapidamente um técnico está ao seu lado, atendendo-o. O segundo, e que garante o primeiro, é que os CAPSi se organizam em torno da convivência, ou seja, em torno de estarem juntos dos pacientes, enquanto que,

tradicionalmente, os CAPS de adultos se organizam em torno de atendimentos, oficinas e de um menu de atividades.

A CSM alega que fez algumas oficinas nos CAPS com os temas da crise e da desinstitucionalização, e tentou induzir estas questões com relação à organização do serviço. No entanto, há uma autonomia dos CAPS que se organizam internamente. Não há um documento da CSM com recomendações sobre atenção à crise de forma geral, como houve há alguns anos para ambulatórios e, mais recentemente, alguns documentos para questões de atenção básica e saúde mental, como matriciamento e um protocolo para urgências e emergências na linguagem da ESF. Este protocolo foi necessário para tentar reverter a prática da ESF de acessar logo a emergência, e fazê-la procurar antes os CAPS. As recomendações para os CAPS são, segundo as entrevistas, tomar a internação como última opção e tentar manejar a crise no CAPS. O que certamente contribui para que os profissionais confundam atender à crise com tentar evitar a internação. Além disso, a CSM também se preocupa com a tendência das crises serem tratadas apenas com medicação e abordadas pelos médicos. Quando cheguei no CAPS e apresentei minha pesquisa, a primeira preocupação que me foi exposta em relação à atenção à crise, para minha surpresa, era a necessidade em incluir mais os médicos na atenção a situações de crise, que estava demasiadamente nas mãos de profissionais não médicos. Existe uma diferença entre o que supõe a CSM e o que o CAPS afirma que experiencia. Além disso, há, em ambos, um raciocínio, que permeia todo o campo da saúde mental, de separação da equipe entre médicos e não médicos, baseado nos modos de intervir com e sem medicação, o que tem sido abordado também em outras pesquisas (MORORÓ et al, 2011; RINALDI e BURSZTYN, 2008).

No CAPS estudado, houve situações em que a presença de técnicos na convivência serviu tanto para tratar pacientes em crise, quanto para identificá-los. Algumas situações na convivência exemplificam isso. Certo dia, eu estava no CAPS e observava que um paciente não estava bem. Fiquei atento, porque foram poucas as situações em que pude observar de fato um paciente em crise no CAPS, apesar de estar lá toda semana, então tinha que aproveitar a chance. W estava com a mãe no CAPS. É um paciente que tinha sido encaminhado pelo CAPSi há pouco tempo, pois completara 18 anos. Tem longa história de tratamento, apesar de muito novo, o que começa a delinear um caso grave. W gritava com a mãe, dava socos na mesa e solicitava muito sua psicóloga, a quem chama de anjo, que estava fazendo outras atividades no CAPS. Ao perceber que ele necessitava de sua presença, apesar dos técnicos do acolhimento

estarem atentos e terem intervindo com W, ela se organizou de modo a priorizar o atendimento dele. Ela ofereceu que ele viesse no dia seguinte, no sábado, preocupada em atendê-lo diariamente, já que estava atenta a sua piora. W não acreditou que ela estaria no sábado, pois o CAPS costuma estar fechado, mas naquele sábado ela estaria. Ele acabou aceitando. Enfim, W teve no CAPS um lugar onde houve intensividade tanto nas intervenções quanto na quantidade de tempo oferecida para estar lá; onde foi possível bater na mesa e gritar com a mãe sem ser repreendido, mas, ao invés disso, tanto a equipe do acolhimento quanto sua psicóloga trataram de mediar algum excesso na sua relação com a mãe; onde foi possível escutá-lo e estar com ele. Se, naquele momento, ele estava pior, tem sido possível para o CAPS tolerar suas oscilações e tratar de W, se aproximando e permitindo que ele possa se expressar para a equipe.

Outro interessante exemplo, no qual a crise foi detectada na convivência e que traz elementos que expressam ferramentas que o CAPS Linda Batista utiliza, foi relatado em entrevista. A profissional conta que o CAPS tem conseguido tratar de uma paciente que vem passando por um período de agravamento há algum tempo. Conta que, em certo dia, passou por uma das situações mais difíceis que viveu na clínica em saúde mental. Trata-se de uma usuária que, mesmo não tendo esta técnica como sua referência, a tem procurado. Então, neste dia, ela procurou a técnica e disse que não suportava mais ficar no ambiente coletivo do CAPS. Embora não estivesse conseguindo ficar na convivência, foi por conta de ter estado lá que conseguiu fazer o laço com esta técnica, que por sua vez, com sua disponibilidade, identificou que a paciente não estava bem. Então, a paciente lhe disse que estava com medo de tudo e iria fugir. Foi levada para uma sala, no andar de cima do CAPS, de onde ameaçou se jogar da janela e apontava para o outro lado da Avenida Brasil, para onde dizia que correria.

A paciente, segundo a entrevistada, andava de um lado para o outro e não falava muita coisa. Diante desta inquietude, a técnica chamou um residente de saúde mental que fazia seu estágio no CAPS na época da pesquisa. A paciente se agitava e se acalmava, enquanto eles ficaram ao seu lado, durante horas atendendo-a. Ela conseguiu, aos poucos, dizer de que tinha medo de um possível estupro, mas esse pavor se estendia, de maneira que ela temia qualquer barulho. Estava ficando insuportável para eles ficarem com ela este tempo todo seguido. Pediram ajuda para a equipe e foram almoçar. Retornaram e continuaram o atendimento. A paciente pedia para ir embora, mas eles disseram que ela não estava em condições. Havia o temor de que ela de fato fugisse, devido a seu desespero. Ao fim do dia, conseguiram acordar com ela de acompanhá-la

em casa. A paciente ficou bem, agradeceu e conseguiu, no caminho, falar um pouco da sua experiência de pavor e dos motivos que a levam a isso.

Esse exemplo, traz a importância de um trabalho em equipe, no qual é possível um revezamento de técnicos, quando exaustos, e a direção do cuidado permanecer a mesma. Além desse revezamento, foi possível fazer o atendimento em dupla, estar com a paciente em crise dentro do CAPS e fora, na rua, ao a levarem até sua casa. Por fim, a técnica afirma que a paciente, tratada como um caso de retardo, diz que ouve vozes e que ela a considera um caso de psicose. Ou seja, ao atendê-la em crise, conseguiu recolher elementos que não teria recolhido de outra forma e que devem apontar para outra direção de tratamento, a partir de outro diagnóstico.

Este é um aspecto muito importante. Acompanhar os pacientes em crise não só é uma responsabilidade de cuidado no momento em que o paciente mais precisa de apoio, como é uma necessidade para um serviço que deseje saber sobre seus usuários. A crise apresenta elementos sem os quais não é possível conhecer alguns dos aspectos mais marcantes do sofrimento humano. Certa vez, em reunião de equipe, estava sendo discutido um caso de um paciente que, depois de muitos anos estabilizado, subitamente sumiu do CAPS e apareceu internado no Nise da Silveira. Em meio a uma discussão sobre o diagnóstico, surge a informação de que a equipe do Nise da Silveira identificou alucinações auditivas que antes não tinham sido percebidas pelo CAPS. Ao longo de muitos anos, ele tem sido tratado como um paciente com problemas neurológicos, após um acidente vascular cerebral, com consequências depressivas e de ansiedade. Consta que seu quadro se caracteriza por queixas de nervosismo, impaciência e falta de ar, e a sua recente piora por medo de sair de casa. Há relatos de alucinações visuais relacionadas a um passado traumático em orfanato. Uma nova internação ocorreu depois que ele atirou cadeiras para o ar no CAPS, muito perturbado pelo que alegava serem vozes ordenando que ele agredisse sua família. Independentemente do diagnóstico, as informações coletadas no Nise da Silveira são diferentes das do CAPS. Na internação, ele relata ouvir vozes desde a infância e de intensa vivência psicótica. Aquilo que ele pode tentar ocultar enquanto está estabilizado, porque, para ele, talvez não precise ser mesmo dito, aparece na crise e é fundamental para a condução do caso.

Este caso evidencia um problema significativo. O CAPS não tem conseguido acompanhar a maioria dos pacientes internados. Em entrevista, foi comentado que o CAPS ampliou sua relação com a enfermaria do Nise da Silveira nos últimos anos. Houve uma mudança na organização das enfermarias, que passaram a ser por território.

Então, com as enfermarias da A.P. 3.3, é possível o contato sempre com a mesma equipe do Nise da Silveira. Existe também um esforço das equipes dos dois serviços em se comunicar, de modo que os técnicos do CAPS afirmam que o Nise da Silveira informa rapidamente quando pacientes chegam lá sem que o CAPS soubesse. Isso tudo certamente ampliou o acompanhamento dos pacientes nas enfermarias. Contudo, como explica um técnico do CAPS, não é fácil acompanhar todos. Ele explica que o CAPS consegue estar mais próximos de pacientes que estão internados há longo tempo, em processo de construção de possibilidades de saída do hospital. Estes pacientes, inclusive, têm frequentado cada vez mais atendimentos no CAPS Linda Batista.

Mas aqueles que chegam à internação em crise, são atendidos, melhoram e têm alta, são poucos os que o CAPS conseguem de fato acompanhar. Os técnicos dizem que, apesar de uma boa possibilidade de comunicação entre os serviços que proporciona a combinação das altas, estar junto ao paciente, atendê-lo e acompanhá-lo em crise é raro. Há, por vezes, divergências em relação à condução, o que é um fator que pode contribuir para a ampliação da discussão e trazer boas consequências para os casos clínicos. Mas é fato que a divisão do cuidado entre o serviço que acompanha o paciente estabilizado e o serviço que o faz em crise fragmenta o tratamento (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005; COSTA, 2007). Além disso, um serviço é longe do outro e sempre há muitas coisas a fazer, o que de certa forma explica as dificuldades.

É certo também que há muito a se construir nesse trabalho que conta com os esforços dos profissionais para avançar, o que deve ampliar a relação entre CAPS e enfermaria e qualificar o cuidado. Mas a organização dos serviços e a capacidade de atravessar os problemas, como escassez de recursos e excesso de responsabilidades não explica integralmente a dificuldade do CAPS em acompanhar os pacientes em crise que estão internados. É preciso salientar que a rede de saúde mental do Rio de Janeiro atualmente não proporciona as condições para que esse cuidado seja de fato protagonizado pelos CAPS. Ora, se a instituição que tem os instrumentos para atender as crises mais complicadas é o hospital psiquiátrico, não é possível que o cuidado destes pacientes não seja fragmentado. Porque não é possível que, de alguma forma, o hospital não centralize o tratamento dos pacientes nessas circunstâncias, que passam dias, meses e até anos sob a tutela hospitalar. Com certeza, por mais que haja esforço dentro do hospital para evitar as consequências nefastas da internação, este jamais vai deixar de ser lugar de correção, segregação e, em condições de alta, de adequação social, balizadas pela rotina hospitalar pasteurizada que não reconhece as diferenças entre as

peças. É essa a função eterna de um hospital psiquiátrico. Os serviços comunitários não conseguem conviver com o hospital psiquiátrico sem que a lógica de cuidado manicomial prevaleça (BASAGLIA, 2010).

O CAPS Linda Batista se define como um serviço que tem muitos pacientes graves e agressivos. É comum, no discurso da equipe, ouvir que esta é uma característica marcante deste serviço. Realmente foi possível escutar relatos de pacientes graves, como B, que “quebrava tudo” dentro do CAPS, causando pânico em pacientes e profissionais. Ou J, que já cometeu crimes e chega ao serviço muitas vezes com postura ameaçadora e chegou a se cortar com uma navalha que carregava consigo. Na maioria dessas ocasiões, o CAPS solicitou a internação destes pacientes. Mas é preciso entender isso no contexto da rede do Rio de Janeiro. Se, em casos graves como estes, o CAPS conseguiu atender os pacientes com os instrumentos que tem e, com muito trabalho, encaminhá-los para internação, mas uma internação inserida dentro da direção de cuidado estipulada para o caso, devemos entender como trabalhos muito bem executados, apesar do alto risco a que os técnicos se expõem. Foi melhor que tenham sido internados. Segundo a equipe, J poderia agredir fatalmente a esposa. Sua internação é marcada por sua boa relação com seu psicólogo, que se transforma em pedido de cuidado no momento da crise.

J é um caso que expõe muitas questões. Trata-se de um caso bastante premente à época em que cheguei ao CAPS. Na semana anterior, ele havia chegado ao CAPS muito angustiado, cedo, antes dos técnicos da manhã iniciarem o expediente. Entrou no CAPS e solicitou café. Uma funcionária, que não o conhecia, disse-lhe que não daria, porque é uma regra da instituição. O fato de não conhecê-lo deveria tê-la impedido de tomar qualquer atitude com um paciente que estava, segundo a equipe, evidentemente mal, anunciando inclusive a possibilidade de matar. Ela deveria saber que ele se acalma com café. Ao colocar o regulamento acima da regulação subjetiva de J, se colocou em risco, pois por pouco não precipitou o processo em que ele passa ao ato. Segundo seu técnico de referência, ele sente um impulso de roubar que passa para outro de agredir. Naquele momento, ele pensou em roubar os óculos da funcionária. Outro aspecto importante então foi a vinculação com o serviço, que, mesmo em crise, permitiu que ele conseguisse se conter. Em compensação, o resto do dia foi muito tenso, com J com uma navalha, com a qual se cortava, além de dizer que tinha vontade de agredir outro paciente. Uma técnica ficou com ele durante boa parte do período, o que foi importante, porém arriscado.

Certamente falta ao CAPS uma estrutura que desse segurança para atender um paciente como este, que ainda por cima tem um histórico de crime que causa um justificável temor. Neste dia, o CAPS fez uso de alguns recursos que possui. Mas não de outros. Havia uma combinação em equipe de que J não ficasse no CAPS na ausência de seu técnico de referência. Ele tem uma relação muito importante com este técnico e sente-se mal no ambiente de convivência, de maneira que não se justifica a presença no CAPS sem aquilo que se reconhece como clínico em seu caso, ou seja atendimento com seu psicólogo. De alguma forma, a equipe não consegue se posicionar diante de J, pois sente medo e deixa fazer o que quiser, ou então evoca uma regra institucional que não faz nenhum sentido para ele. Com o manejo de seu técnico de referência, posteriormente, ele foi internado de forma voluntária.

Pouco tempo depois, J retorna ao CAPS e, mesmo tendo havido longa discussão sobre a necessidade de sustentar o projeto terapêutico, a equipe tentou evitar que ele entrasse sem explicar o motivo de que, na ausência do seu psicólogo, não era benéfico para ele estar no CAPS. Assim, ele sentiu-se expulso e só se acalmou após falar com o psicólogo por telefone e entender a questão. Interessante que, ao se atralhar com pretextos no lugar de dizer os motivos clínicos pelos quais J não poderia entrar, o CAPS expôs a verdade de que a equipe não o queria lá. Parece-nos que ele sentiu-se rejeitado não porque houve um equívoco, mas porque o CAPS demonstrou sua rejeição a J.

Durante a discussão em reunião, por diversas vezes os técnicos disseram que o CAPS não poderia atendê-lo, que ele deveria ser tratado em ambulatório com o psicólogo e psiquiatra e até que ele deveria ir para o manicômio judiciário. Tal posição foi de fato cogitada, apesar de não haver delito para que ele fosse submetido a uma medida de segurança. Felizmente, isso não foi levado adiante e o paciente seguiu seu tratamento no CAPS. A hipótese de que J fosse encaminhado ao ambulatório se deu em meio a uma discussão sobre a centralização do cuidado com o psicólogo. É preciso estarmos atentos a este tipo de processo, que muitas vezes acontece com os técnicos de referência (MIRANDA e CAMPOS, 2008). No entanto, neste caso específico, foi uma decisão tomada em equipe de que os atendimentos se restringissem à psicoterapia, porque havia algo nas atividades coletivas que perturbavam J. Além disso, foram combinadas, também em equipe, ações que não se realizaram, principalmente pela dificuldade mesmo que o caso evoca. É preciso também afirmar que este é um paciente que está em tratamento, cuja crise foi manejada pelo CAPS, que procura o CAPS quando se sente mal e cuja internação se submeteu a seu projeto terapêutico, o que, de

certo, foi favorecido pelo fato de seu psicólogo trabalhar também na enfermaria na qual J foi internado.

Em situações como estas, a necessidade de internação é imposta pela organização de uma rede de saúde mental que ainda não está aparelhada plenamente. Isso tem consequências importantes na atenção à crise, que acaba no hospital. Por isso, é muito importante a discussão do CAPS em como se instrumentalizar para atender à crise. Inclusive como afirmação política de que esta é a intenção dos CAPS, que muitas vezes se esquivam diante da dificuldade em atender à crise, alegando excesso de responsabilidades. A expectativa é de que a ampliação dessa discussão possa legitimar para os gestores um planejamento forte de ampliação da rede de atenção psicossocial, principalmente os CAPS, cada vez mais capaz de enfrentar as situações mais difíceis, sem ter que aí recorrer ao hospital psiquiátrico.

Ainda com relação às propostas para responder às situações de agitação psicomotora, parte dos profissionais de enfermagem demonstraram certo temor em ter aumentada sua responsabilidade, já que a observação clínica das contenções costuma ser trabalho de técnicos de enfermagem. No entanto, não se opuseram de modo que as estratégias foram aceitas pela equipe.

Especificamente no que diz respeito às medicações solicitadas, como haldol e fenegan injetáveis, foi informado que a Coordenação de Saúde Mental (CSM) disse não saber que estas medicações não existiam no CAPS e solicitou um ofício com as medicações desejadas pelo Linda Batista, assegurando que este problema seria resolvido. O farmacêutico do CAPS informou que estas medicações não constam no rol oferecido aos CAPS na A.P. 3.3. De fato, ao fim do período de observação participante estes medicamentos já constavam no CAPS, o que permitiu que em algumas ocasiões fossem usados pela equipe.

A medicação foi mais um assunto importante nas discussões no CAPS. Nesses momentos, os médicos participam mais da conversa, enquanto quando a discussão é mais dirigida às questões da rede e da política, eles se interessam menos. A partir do relato de uma técnica acerca de um paciente que não estava bem na convivência e que ela verificou que não ia à consulta médica há muito tempo, alguns pontos foram enunciados.

Tratava-se de um usuário antigo do CAPS, que há anos estava bem. Ele provavelmente havia cometido um delito no passado. Não se sabe se ele vinha tomando as medicações, mas ele se queixava de que estava ouvindo vozes. Naquele momento,

outra técnica que estava de plantão o atendeu e não foi necessária nenhuma intervenção medicamentosa. Apesar disto, a equipe não cogitou que uma série de mudanças na vida do paciente pudesse ter relação com a atual desestabilização, que foi relacionada diretamente à ausência da medicação. Um ponto de vista importante foi levantado. O psiquiatra disse que se o seu crime foi motivado pelos sintomas psiquiátricos, ele tinha que ser medicado de qualquer forma, tomando a medicação, que age diretamente sobre os sintomas, como função preventiva em alguns casos.

Tal concepção, compartilhada por outros profissionais, inclui uma noção típica da psiquiatria tradicional que é a da separação entre o homem e sua doença. É como se a comprovação de que os sintomas estejam diretamente ligados ao delito mostrasse que este é fruto da doença, o que lhe restringe a responsabilidade pelo ato delituoso. Diferencia-se assim sua índole ou personalidade de sua esquizofrenia. Sendo que as primeiras são praticamente intratáveis e a última pode ser medicada.

O outro ponto de vista que poderíamos evocar, mais próximo da proposta da atenção psicossocial, é a compreensão de que o sintoma, mesmo que tenha sido o gatilho para o crime, se insere na história de vida do sujeito e é resultado das possibilidades que ele tem para estar no mundo (DELLA'ACQUA e MEZZINA, 2005). Assim, independentemente de optarmos por medicá-lo ou não, é preciso escutá-lo para ajudá-lo a criar suas soluções, entre as quais certamente pode se incluir a medicação. Não se trata nem de uma personalidade ruim, em que o remédio não faz efeito a não ser sedativo, nem de uma doença que se acopla ao homem e produz efeitos nocivos.

Um breve embate sobre estes dois pontos de vista pôde ser observado. Um profissional defendia que a medicação deve ser sempre utilizada, pois sempre pode haver uma piora. Como a cada piora há uma perda, segundo ele, não se deve investir em estratégias de cuidado sem medicação, inclusive como prevenção de crises. Outro discordou e relatou pacientes que ficam estabilizados sem medicação durante anos, de modo que é preciso também valorizar outros recursos de que o sujeito possa fazer uso. O primeiro afirmava que até a dosagem dos remédios deve se submeter totalmente à literatura médica. O segundo procurava sustentar que é possível e necessário fazer acordos com os usuários a respeito da dosagem medicamentosa, pois isso tem efeitos para eles. Enfim, o relato deste embate é importante para que compreendamos que a clínica praticada nos CAPS é marcada por diferentes e opostos pontos de vista. Se isto pode, por um lado, enriquecer a discussão nos serviços, por outro, é preciso que os

serviços encontrem suas próprias direções de trabalho, que muitas vezes não se coadunam com acepções tão opostas.

Mas de todas as questões discutidas, certamente o aspecto mais importante é o acompanhamento e a função de técnico de referência, pois diz respeito a como organizar na prática o preceito de que todas as intervenções, seja pela palavra, pela medicação, pela contenção, por uma atividade manual – há situações em que a crise se configura na falta de palavras, como disse uma técnica, de modo que o trabalho manual com material pode ser importante – ou pela convivência com outros pacientes, devem ser submetidas à construção do caso clínico e orientadas pela escuta singular do paciente.

Assim, à função de acompanhamento é agregado o valor do conhecimento sobre o paciente, que se constrói na relação terapêutica, a partir daquilo que o paciente diz sobre si. A função de técnico de referência, segundo uma profissional do CAPS, se constrói em função do interesse do técnico pelo que o paciente faz e diz, ao passo que os pacientes procuram os profissionais que mantêm o ouvido aberto e interessado.

Se o entendimento de uma crise é produzido no contexto de sua história, no sentido de história de vida e de seus processos subjetivos, e ela deve ser relativizada e compreendida a cada caso, é preciso que nos debrucemos sobre os diversos elementos trazidos à clínica para sabermos se de fato se trata de uma crise, quais os recursos que o paciente tem para enfrentá-la, como ajudá-lo a fazer uso de seus instrumentos e como apoiá-lo na construção de novas ferramentas. Isso é necessário para sabermos, por exemplo, qual a função de um delírio, se ele é mesmo sinal de piora, e, assim, como devemos proceder.

Por isso, o técnico de referência é apontado como função chave para a clínica em situações de crise. Ele deve, segundo os apontamentos do seminário clínico, ter conhecimento suficiente sobre a história do paciente para sustentar a direção das intervenções e para ter parâmetros que indiquem quando o pacientes está em crise. Esse conhecimento é construído na relação de tratamento, por isso o técnico de referência está em posição privilegiada para articulá-lo com o cuidado. Nesse sentido, e para operacionalizar a direção do técnico de referência, foi estabelecida a função de agente de cuidado. Ou seja, todos os técnicos são agentes de cuidado e têm responsabilidade pela atenção. Aqueles que estão de plantão no acolhimento e convivência acabam por se deparar em ter que atender pacientes de outros técnicos de referência. No CAPS Linda Batista, eles devem se informar acerca do projeto terapêutico para tomar qualquer

intervenção mais significativa, devem procurar sempre remeter as questões aos técnicos de referência e, em situações de crise, devem convocá-lo.

Toda esta organização, no entanto, tem enfrentado alguns obstáculos. Foi discutida também a insuficiência, até então, do conhecimento dos técnicos do CAPS sobre os pacientes. Como já foi explicado, o CAPS tem feito um esforço para conhecer seus pacientes, já que muitos técnicos são novos no serviço e não houve tempo para isso. Ao que se soma que, quando algum paciente retorna ao CAPS depois de longa ausência, costuma ser em momentos de piora ou de crise, mas, se a equipe não o conhece ainda e é a partir de elementos do caso que se deve compreender o que se passa, a equipe não tem os parâmetros necessários para a avaliação que está sendo proposta antes de intervir. Além disso, é sempre possível que um paciente de primeira vez esteja em crise, e as entrevistas com os profissionais do CAPS relataram isso.

É preciso, portanto, que o CAPS reconheça que nessas situações não poderá utilizar os recursos do técnico de referência e projeto terapêutico como orientadores da ação. Mas pode oferecer uma escuta atenta que identifique os indícios do caminho para o qual o paciente nos orienta em seu tratamento. Na verdade, a prioridade para o técnico de referência na condução do caso é baseada neste princípio mesmo da escuta. Parece-nos que na prática diária do serviço, esse manejo tem sido uma preocupação, até porque a estratégia de acolhimento imediato a qualquer paciente que chega facilita o acesso de pacientes, mesmo em crise, ao serviço.

Foi muito ressaltado pela equipe, principalmente nas entrevistas, que as intervenções clínicas precisam também incidir naquilo que está ao redor do paciente. Para W, por exemplo, do caso citado a pouco, foi preciso que a relação com sua mãe fosse mediada. Não era possível simplesmente retirá-la de cena, nem tampouco deixar de induzir um processo de separação, sem, contudo, deixar que o manejo clínico seja guiado pela obscenidade da agressividade entre os dois. Não é uma operação fácil. Em vários casos era possível observar, principalmente em pacientes jovens, com suas mães os acompanhando na convivência no CAPS, casos em que a família responde pelos pacientes, dificultando que se expressem. É necessário que isso seja manejado sem criar afastamento em relação ao serviço. Em situações de crise, isso se complica.

Um técnico me explicava as dificuldades em sustentar, diante da família, um paciente em crise oferecendo idas intensivas e diárias ao CAPS, ou mesmo uma indicação de alta de internação. Ele diz que a evidente preocupação com o paciente e atenção com a família, diante das dificuldades em estar com este paciente em casa,

geram na família um sentimento ambivalente em relação ao CAPS. Ao mesmo tempo em que os familiares são sensibilizados pelos esforços do CAPS em ofertar ao seu parente o melhor cuidado, se vêem na necessidade de empreender mais esforços no convívio com ele em casa, o que é, muitas vezes, sentido como extremamente penoso. O tratamento fora dos muros do hospício convoca o CAPS a uma proximidade maior com mais aspectos da vida do sujeito, mas convoca também a família e a sociedade a uma disponibilidade nem sempre desejada.

São inúmeros os casos em que o território oferece elementos que garantem o cuidado. Muitas vezes, algum familiar se responsabiliza pela medicação, outro pela moradia, um vizinho cuida das idas ao CAPS ou um comerciante oferece alimentação. A aliança com alguma instituição pode ser um elo com a comunidade que garante a estabilização de um paciente, como aqueles que afirmam claramente que precisam ir à igreja ou que consolidam a relação com um curso ou uma atividade.

O território é então o lugar privilegiado de articulação entre os elementos da vida sujeito, suas necessidades e o tratamento. O CAPS funciona aí como intermediador deste processo, como diz Kaës (1997), que permite a articulação da função psicossocial. Além disso, é o território o lugar da intervenção dos CAPS, com o qual a relação do sujeito é de pertencer e de pertencimento, formador de identidade (SANTOS, 2000). Os elementos do território, entendido também como território subjetivo, são diversos e incluem os familiares, como a mãe de W, os vizinhos, como os de V, de quem falaremos adiante, ou instituições e a própria comunidade, além do CAPS, que deve se incluir como mais um elemento.

Existem casos em que o laço social é tão frágil que, mesmo com diversas pessoas dispostas a apoiar o paciente, algo acontece que ele se desliga delas e novamente entra em crise. Um dia, um técnico se aproximou de mim no CAPS e veio me contar de sua angústia com determinado paciente. Ele dizia que V se interna recorrentemente no Nise da Silveira. Diz que a cada alta são feitos acordos com familiares e vizinhos, que se responsabilizam por alimentação, medicação e levá-lo ao CAPS diariamente. V vai ao CAPS uma ou duas vezes arrumado e bem disposto após sua alta. Contudo, após o primeiro fim de semana, em que o CAPS está fechado, V retorna mal, hostil e logo retoma o caráter errante de suas andanças pela cidade, o que resulta novamente em internação.

O profissional afirma que há uma fragilidade muito grande na sustentação de todos os aspectos necessários para V se manter estável: a família pára de ajudá-lo

quando ele começa a ir para a rua; aqueles que o ajudam na rua não conseguem mais dar a medicação, pois V pára de aceitá-la; o CAPS não consegue acompanhá-lo na rua, nem oferecer atenção todos os dias, como parece ser necessário; e o próprio paciente desfaz muito rapidamente os laços que possui. O profissional acredita que antes de pensar que o CAPS não tem estrutura para atender este paciente, é preciso se dedicar mais a entender o que se passa com ele e qual o seu modo de estabilização. Se sua característica mais marcante é sua desvinculação com o outro, mas ao mesmo tempo é o que caracteriza sua crise, é preciso avaliar se ele está mesmo em crise e criar formas de acompanhá-lo em seu solitário percurso pela cidade. Talvez assim seja a forma que o possibilite fazer um laço.

A comunidade também é alvo de qualquer intervenção do CAPS. Se a equipe vai à comunidade e se apresenta, a comunidade reconhece isso e, por sua vez, procura o serviço. Um técnico dizia que mesmo que o CAPS não saia às ruas, suas ações repercutem no território, de modo que se o CAPS sustentar uma lógica de cuidado, isso transforma o entendimento da comunidade sobre os possíveis tratamentos e sobre as possibilidades do louco em conviver em sociedade. De outro modo, quando o CAPS vacila em afirmar sua potencialidade, as situações mais difíceis retornam ao destino hospitalar e a comunidade tende a recorrer mais à instituição psiquiátrica.

Se as intervenções do CAPS existem, elas têm consequências no território, até mesmo como formadoras da representação que a sociedade tem da rede de atenção psicossocial e das possibilidades de apoio que ela oferece. Assim, as intervenções são muito importantes, porque elas podem afirmar ou não a possibilidade de superação do modo como a sociedade se relaciona com a loucura. Se o manicômio exclui e isso é a afirmação de um mandato social de tentativa de manutenção de uma ordem sem inconvenientes, os CAPS precisam permanecer em seu trabalho de desconstrução dos saberes e práticas que sustentam a objetivação da loucura. A desinstitucionalização é o processo que nega a redução da experiência da loucura à uma vivência patológica e sustenta em constante processo de transformação as formas de lidar com as diferentes experiências, entendidas assim em seu contexto social e histórico (AMARANTE, 1995).

Uma estratégia clínica que também foi lembrada em situações graves, em pacientes muito agitados, muito desorganizados e até em pacientes com risco de agressão, é que, independente de haver ou não informações anteriores sobre o paciente, no momento do acolhimento é preciso que haja um espaço para a intervenção temporal. Ou seja, qualquer precipitação é ruim, de modo que deve se tentar dar um tempo para

que o “sujeito apareça”, como disse um técnico. Ou então, deixar que o tempo possa ser um elemento organizador. Nas piores agitações e desorganizações, em que o sofrimento evidente não consegue formular um conteúdo a expressar, há também uma descompensação na relação com espaço e tempo. Portanto, de maneira até a diferenciar uma crise de uma emergência, em que alguma intervenção imediata é necessária, é preciso contar com o tempo para induzir a reconstrução subjetiva daquilo que rui na crise. Para isso, é preciso suportar a angústia de estar junto a um paciente em sofrimento agudo sem acelerar intervenções.

De um modo geral, a discussão no seminário clínico sobre crise chegou a alguns consensos importantes para que o CAPS possa construir sua forma de enfrentar as situações mais graves. O espaço de equipe deve ser considerado também legitimador de práticas que são pactuadas no coletivo. Definiram crise sobretudo como mudança na lógica de comportamento que deriva numa ruptura com o laço social. Assim, ao pressupor mudança, exige-se um saber sobre algo anterior, que estava estável. Saber este sobre a história do paciente e que, portanto, se constrói dentro da direção de cuidado do caso clínico. Esta direção, por sua vez, deve ser determinada pelo técnico de referência.

Todas as intervenções clínicas devem, do mesmo modo, se submeter à direção de cuidado, de maneira que os profissionais também o devem fazer. Assim, a equipe deve partilhar as decisões, inclusive aquelas que costumeiramente se restringem ao trabalho de uma só profissão como a prescrição medicamentosa. Os técnicos de plantão devem estar atentos às situações que se apresentam no cotidiano do serviço e, quando necessário, convocar o técnico de referência que pode sustentar a direção de tratamento e a relação clínica com o paciente. A crise foi tomada pela equipe como responsabilidade do CAPS e como prioridade num serviço que se pretende substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Além disso, alguns encaminhamentos foram decididos. Foi solicitado à CSM medicações para emergência. Foi explicitado o anseio do CAPS em ter uma equipe capaz de fazer contenção física e espaço adequado para isso, com leitos equipados e apropriados. Foi decidido que os médicos passariam a deixar esquemas de medicação para cada paciente para que a equipe possa utilizar em situações de crise. É interessante ressaltar que, apesar de um discurso próprio da Reforma Psiquiátrica, de substituição ao hospital psiquiátrico, o que o CAPS acredita que falta para atender integralmente a crise são recursos tipicamente hospitalares. Isso nos traz questões. Para superar o hospital

psiquiátrico é necessário absorver deles os recursos que ainda se fazem necessários, porém os submetendo à lógica da atenção psicossocial? Será isso possível? Ou não fomos capazes de construir alternativas para este tipo de ferramenta, de modo que é preciso debruçar nossos esforços neste sentido? Em diversos momentos, a equipe do CAPS apresentou alternativas interessantes ao modo manicomial de assistência, inclusive no manejo de pacientes agressivos, mas é certo que, cedo ou tarde, acabaram sendo necessárias diversas intervenções da emergência e da enfermagem psiquiátrica.

A pactuação produzida em seminário clínico e em reuniões de equipe nos parece um avanço fundamental que conta ainda com o desejo da equipe em ampliar o espectro de atuação em pacientes em crise. É bem verdade que não é possível que todas essas combinações se confirmem plenamente na prática. Nem é desejável, já que se espera que novos impasses surjam e que o CAPS continue sempre seu processo de transformação, em função das diferenças que cada caso sempre apresenta, sem se engessar num modo prescritivo e pré-determinado de trabalho. Dell'Acqua e Mezzina (2005) sugerem que os serviços de saúde mental se coloquem constantemente em crise, no sentido de se reavaliarem e de se manterem sempre em processo de transformação das práticas. Então, nem todos os técnicos partilham das mesmas definições de crise mesmo que tenham sido parcialmente convencidos durante o seminário clínico, o que implica em diferentes posições e ações clínicas no dia-a-dia.

Da mesma forma, ainda haverá contradições entre lógicas de cuidado diferentes que convivem no CAPS e se presentificam na diferença entre profissões, entre profissionais e até mesmo entre intervenções do mesmo técnico. As decisões sobre medicação, a menos que o técnico de referência se dirija ao médico com um pensamento muito sólido ou que o caso seja discutido em equipe, dificilmente serão partilhadas, até porque a atuação dos médicos continua restrita a muitos atendimentos individuais salvo poucas exceções, o que mantém a conduta prescritiva na solidão do consultório psiquiátrico.

Ainda assim, o trabalho não ocorre em boas condições, numa equipe reduzida, que tem tido alta rotatividade de profissionais, em condições trabalhistas difíceis, espaço inadequado e parca rede de serviços de saúde mental, tanto de CAPS, quanto de ambulatorios, entre outros. Certamente, isso dificulta que a atenção a tantos pacientes graves, que muitas vezes estão em crise, possa ter tão boa qualidade e ser tão criteriosa quanto os apontamentos da equipe do Linda Batista mostraram ser possível.

6.4

A REDE E SUA RELAÇÃO COM O CAPS NA ATENÇÃO À CRISE

6.4.1

UMA VISÃO GERAL SOBRE A REDE DE SAÚDE MENTAL, SUA ORGANIZAÇÃO E O LUGAR DOS CAPS NA ATENÇÃO À CRISE

A rede de saúde mental é certamente um dos determinantes dos modos de cuidado com pacientes em crise. Entendê-la minimamente no contexto do município do Rio de Janeiro irá nos fazer compreender melhor como é o fluxo dos pacientes em crise, quais possibilidades terapêuticas são induzidas e o que acontece com a população quando procura ajuda nas situações mais difíceis em saúde mental. Também será útil para sabermos quais são os recursos territoriais utilizados e não utilizados e como é a relação do território com as situações de crise.

Para isso, começaremos com uma sucinta tentativa de explicar como é a organização da área de saúde mental na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Seremos sucintos pelo motivo de não ser o nosso objetivo descrever tal organização. Portanto, nos ateremos aos aspectos que nos interessam e priorizaremos aqueles que foram citados em entrevistas com integrantes da Coordenação de Saúde Mental. Além disso, nos interessa, sobretudo, aquilo que pode interferir na atenção à crise.

Uma importante noção que norteia a posição atual afirmada nas entrevistas com integrantes da CSM é a da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A portaria 3088/11 do Ministério da Saúde institui a RAPS como um conjunto ampliado e articulado de pontos de atenção em saúde para as pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS se constitui de pontos de atenção básica, atenção psicossocial especializada (onde estão situados os CAPS nesta portaria), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Esta portaria também destituiu o CAPS da centralidade na ordenação de demandas e do cuidado em saúde mental em determinado território, como definia a portaria 336/02, e passa a fazê-lo juntamente com a ESF.

Mesmo que a portaria 3088/11 seja do fim de 2011, a perspectiva de partilhar a ordenação do cuidado em saúde mental entre CAPS e atenção básica vem cada vez mais caracterizando a rede de saúde do Rio de Janeiro antes mesmo da portaria. Algumas

consequências desse processo, que alguns integrantes da equipe do CAPS Linda Batista apontam como apropriação de funções que antes eram dos CAPS pela ESF, serão discutidas ao longo deste capítulo.

Até o ano de 2008, quando se encerrou o período de gestão do ex-prefeito César Maia, a SMS e a CSM mantinham um desenho que já durava alguns anos. Com a mudança de prefeito e a proposta de uma reorganização da SMS durante o primeiro mandato de prefeito de Eduardo Paes, que se iniciou em 2009, houve mudanças na organização da saúde mental do município. A SMS se dividiu em seis subsecretarias, das quais duas são ligadas diretamente à assistência. Uma é a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) e a outra é a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde (SUBPAV). A CSM ficou subordinada à SUBPAV, o que significou que os serviços hospitalares de saúde mental, ou seja, os três institutos municipais, onde ficam as enfermarias psiquiátricas, se desvincularam da CSM e foi criada a Superintendência de Institutos Municipais (SIM) submetida à SUBHUE (RIO DE JANEIRO, 2009). Até o fim de 2012, este desenho se manteve o mesmo.

Com isso, houve uma divisão dos dispositivos de saúde mental. Segundo entrevistas com a CSM, estão submetidos integralmente a esta coordenação os CAPS e as RTs. Os ambulatorios e emergências psiquiátricas estão apenas parcialmente subordinados à CSM, já que também estão sob influência da direção de seus serviços. Por exemplo, um ambulatório de saúde mental pode estar numa policlínica. Esta, por sua vez, não está sob o guarda-chuva organizacional da CSM. Assim, a CSM tem autoridade restrita em relação a estes serviços. Já os hospitais psiquiátricos e suas enfermarias, que ficam nos institutos como Nise da Silveira, Juliano Moreira e Philippe Pinel, além das clínicas conveniadas, estão sob a responsabilidade da SIM.

Este desenho organizacional dificulta a coordenação e a coletivização das ações de gestão, de modo que os integrantes da CSM entrevistados afirmaram que não consideram uma estrutura apropriada. Se um viés da política de saúde mental é transferir recursos financeiros da assistência hospitalar para a assistência comunitária, por exemplo, a distância destes recursos dentro do trâmite burocrático da SMS dificulta este manejo. Mas não é só isso. Ao longo do texto serão apontados alguns entraves importantes que podem ter relação com este desenho organizacional.

Segundo os entrevistados, as dificuldades que este modelo induz foram amenizadas por um grande esforço das equipes em trabalhar coletivamente. Assim, para

que se pudesse organizar uma maneira de integrar o trabalho, foi criada a Área Técnica de Saúde Mental, que integra CSM e SIM, mas que não existe no organograma da SMS. Na CSM, existe a Gerência de Atenção Psicossocial, cuja descrição das responsabilidades é semelhante as da CSM, além de diversas assessorias com ações em aspectos específicos. São elas: assessoria de NASF/ambulatórios, de formação, de álcool e drogas, de CAPS, de desinstitucionalização, da Escola de Saúde Mental (ESAM), de crianças e adolescentes, de assistência farmacêutica e de geração de renda/trabalho e cultura (BLOG SAÚDE MENTAL RJ, 2013).

Para a nossa pesquisa, é importante atentar para o fato de que, com a separação na SMS entre os CAPS e os institutos, a atenção à crise também é fracionada. O controle de informações a respeito das internações, a indução de práticas clínicas, o controle sobre o acompanhamento pelo CAPS dos pacientes internados e todo o manejo que a CSM poderia ter sobre o cuidado em situações de crise é restringido pela separação e pela subordinação dos hospitais psiquiátricos a outra estrutura gestora, a SIM.

A separação entre CSM e SIM é consequência de uma determinação que vem da cúpula da SMS, que estipulou um organograma em que existem separadamente SUBHUE e SUBPAV – atenção hospitalar e atenção básica. No entanto, entre as assessorias para ações específicas e integradas da CSM, não há uma que se dirija especificamente à questão da crise (BLOG SAÚDE MENTAL RJ, 2013). Além disso, entre alguns documentos criados, como o que trata da metodologia do matriciamento das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para questões de saúde mental, não existe nenhum que direcione o cuidado em situações de crise. Na verdade, foi criado um protocolo para a atenção básica, na linguagem da atenção básica, como disse um entrevistado, que organiza a demanda de saúde mental que chega à ESF em níveis de urgência por cores. Este protocolo é feito à base de uma lista de sintomas psiquiátricos e uma conduta respectiva. Quanto mais urgente, mais é sugerido o acompanhamento pelos CAPS. Nos casos menos urgentes, sugere-se que a ESF assuma o acompanhamento dos casos.

No relatório de gestão da CSM de 2012 (BLOG SAÚDE MENTAL RJ, 2013), tampouco se fazem referências significativas à questão da crise. Nas cem páginas de relatório, a palavra crise aparece apenas três vezes. São citadas duas vezes as oficinas sobre o tema crise feitas nos CAPS e o termo aparece mais uma vez nas atribuições da especialização/residência em saúde mental. A questão da crise aparece de outras formas,

como com relação à preocupação em que as emergências psiquiátricas completem o processo em que são transferidas para hospitais gerais ou com dados sobre número de acolhimentos noturnos em CAPS III e número de internações.

Não podemos, no entanto, afirmar que a CSM não se preocupou com a atenção à crise. Os entrevistados da CSM disseram que os dois eixos que devem orientar o trabalho nos CAPS é desinstitucionalização e crise. Por isso, fizeram oficinas nos CAPS do município onde discutiram os modos de atenção à crise e reafirmaram os CAPS como lugar de atenção à crise. Faz parte também do discurso da CSM durante o período da pesquisa a noção de que os diversos equipamentos de atenção básica devem se instrumentalizar para atender à crise.

Além disso, há um acompanhamento da Gerência de Atenção Psicossocial acerca do número de internações de pacientes de CAPS II e o número de acolhimentos noturnos em CAPS III. Isto pode ser um importante índice de como tem sido o cuidado em situações de crise se partirmos da conclusão de que tanto as internações quanto os acolhimentos noturnos ocorreram para pacientes em crise, pelo menos em sua maioria absoluta.

Segundo o relatório de gestão de 2012 (BLOG SAÚDE MENTAL RJ, 2013), houve 271 internações de pacientes de CAPS II adultos em hospitais psiquiátricos e 260 acolhimentos noturnos em CAPS III até outubro de 2012. Os dados sobre internação são fornecidos pelos CAPS II para a CSM. Nos acolhimentos noturnos estão incluídos pacientes de CAPS II que, principalmente na A.P. 3, foram encaminhados para o CAPS III após acordo entre serviços. Porém, foi afirmado em reunião sobre internação com integrantes dos CAPS da A.P. 3 que este número não passa de cerca de vinte acolhimentos. As conclusões da CSM, segundo um dos entrevistados, são de que ou há muitos acolhimentos noturnos em CAPS III, quase a mesma quantidade de internações, ou o número de internações seria maior se não houvesse os acolhimentos.

Para nós, essas conclusões não explicam estes números., É preciso incluir outro dado para essa análise. Segundo dados do Ministério da Saúde (DATASUS, 2013), no mesmo período, de janeiro a outubro de 2012, foram 4.562 novas internações psiquiátricas no município do Rio de Janeiro. Portanto, podemos concluir, ao confrontar os dados da CSM com os do Ministério da Saúde, que das 4.562 novas internações, apenas 271 eram de pacientes que os CAPS reconhecem como seus. Ou seja, cerca de 6% dos pacientes que necessitam de internação se tratam nos CAPS.

Nas suas entrevistas, os integrantes da CSM não apresentaram reflexões sobre a diferença entre o número total de internações e o número de internações de pacientes de CAPS II adultos. Esta aparente desinformação pode ter algumas explicações. Certamente a separação entre CSM e SIM concorre para isso. Os dados de internação são contados por emissão de autorização de internação hospitalar (AIH), enquanto os dados de pacientes de CAPS internados são informados pelos CAPS para a CSM. Podemos supor que os CAPS cometem erros e informam mal, por desorganização e por falta de um sistema que produza e circule essa informação, ou por desconhecem a internação de alguns de seus pacientes.

É preciso que reflitamos sobre os possíveis motivos que levam a estes números. Se existem pacientes dos CAPS internados que eles não sabem, é porque sabem pouco sobre seus pacientes e porque precisam melhorar a comunicação com as enfermarias. É fundamental que os CAPS acompanhem seus pacientes, que os técnicos de referência os conheçam e que o sumiço de alguns pacientes de seu tratamento não seja negligenciado. É claro que os CAPS não podem controlar tudo que acontece na vida das pessoas, sob risco de se tornarem totalitários. Mas se existe um número grande de pacientes que não têm sido acompanhados, isso é um problema. Não é à toa que a direção do CAPS Linda Batista está preocupada com a grande quantidade de pacientes matriculados que eles não conhecem por vários motivos: por ser uma equipe nova, por falta de atualização dos prontuários e pelas dificuldades estruturais, como pouca equipe para um território muito grande, por exemplo. Existe um esforço da equipe em atualizar projetos terapêuticos e fazer uma busca ativa de pacientes que não aparecem há muito tempo. Alguns técnicos acreditam que esta reorganização do serviço e a reformulação do acompanhamento de pacientes ambulatoriais, seja pela incorporação ao CAPS ou pelo encaminhamento para os ambulatórios, são os principais desafios do CAPS de Guadalupe neste momento.

Um ponto fundamental aí é o que se compreende por pacientes do CAPS. Se tomarmos os pacientes do CAPS somente como aqueles que estão matriculados no serviço, teremos um dado. Mas podemos considerar que, ao chegar ao hospital psiquiátrico, um paciente grave, mesmo que não esteja matriculado, deve ser considerado um paciente do CAPS, no sentido de que é um paciente cuja responsabilidade do cuidado deve ser assumida pelo CAPS. Se houver alguma parceria entre os serviços, o hospital informa a chegada do sujeito e inicia-se uma proposta de cuidado partilhado, mesmo que o CAPS não consiga acompanhar o paciente durante a internação.

A diferença entre os números fornecidos pelos CAPS e os números de internações de forma geral nos informa sobre algumas coisas muito importantes. Em primeiro lugar, é possível dizer que a maioria absoluta dos pacientes em crise recebe atenção hospitalar sem nem sequer passarem pelos serviços comunitários. Se não são pacientes dos CAPS ou são pacientes que se distanciaram do serviço, certamente são pessoas que não têm acessado uma rede de atenção em situações de crise que lhes ofereça alternativa ao hospital. A lei 10.216, de 2001, prevê que as internações só sejam acessadas quando houver esgotamento da rede extra-hospitalar. Estes são pacientes que não se tratam nos CAPS e para os quais, portanto, tal esgotamento se dá antes mesmo que tenham acesso ao tratamento quando estão estabilizados. Assim, em crise, são atendidos diretamente pelos hospitais psiquiátricos. Outra conclusão é que o modelo de atenção à crise no Rio de Janeiro é prioritariamente hospitalar. Os CAPS, mesmo com dificuldades, têm se esforçado em acompanhar os pacientes internados. Mas se eles nem sequer se tratam nos CAPS, em crise o acompanhamento é exclusivamente manicomial.

Esse é um tema muito importante. Depois de assistirmos os esforços da equipe do CAPS Linda Batista em discutir a questão da crise e se dedicar a ela, além dos avanços na coordenação entre os serviços, como na relação com o Nise da Silveira, com a emergência psiquiátrica e com a ESF, é extremamente relevante atentarmos para o fato de que a atuação dos CAPS em relação à crise é muito pouco expressiva no contexto geral do município do Rio de Janeiro. Sabemos que existem pacientes que estiveram em crise e que foram atendidos nos CAPS, de modo que não são representados entre os números acima expostos. É preciso que se produza um dado a respeito de crises contornadas nos serviços territoriais. No entanto, são mais de quatro mil internações de pacientes que não se tratam em CAPS, o que evidencia que há uma grande parcela da clientela que não tem acesso ao cuidado comunitário, extra-hospitalar, recomendado na legislação brasileira.

A organização da rede no Rio de Janeiro possui, portanto, CAPS que fazem atendimento de vários pacientes. Muitas vezes, estes pacientes entram em crise. Destes, alguns têm suas crises contornadas com recursos territoriais, acessados pelos CAPS. O CAPS Linda Batista mostra diversas experiências em que são construídas soluções criativas que sustentam as possibilidades de enfrentamento das crises em seus contextos, contando com os elementos próprios do território e da vida do sujeito. Outros têm internações solicitadas pelos CAPS ou ações de cuidado coordenadas com as emergências psiquiátricas. Um terceiro grupo, em situações de crise, procura

diretamente as emergências e as internações, por entrarem em crise em horários fora do expediente dos CAPS, por não acreditarem que seria útil procurar os CAPS e, principalmente, porque muitas vezes não tem sido possível para os CAPS ajudar essas pessoas. Isso não se dá porque os CAPS são dispositivos fracos em si, mas porque são dispositivos enfraquecidos por uma rede em que são colocados na frágil posição intermediária entre a atenção ambulatorial, para pacientes estabilizados, e a atenção hospitalar, para pacientes graves e em crise. Além disso, os CAPS estão num contexto, como diz o entrevistado da CSM, em que a atenção psicossocial não é tomada como política pública, ou, como diz Pitta, em que as questões da subjetividade ainda estão relegadas a segundo plano nas políticas públicas. Mas existe ainda um grupo grande de pessoas, cerca de quatro mil, que nem sequer se tratam nos CAPS e acessam diretamente internações hospitalares. Deste grupo, sabemos muito pouco, porque são pessoas que tem passado ao largo da rede de atenção psicossocial e das informações da CSM.

6.4.2

O CAPS E A REDE: TENTATIVAS DE CUIDADO INTEGRADO COM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, COM O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E COM A EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Quando um integrante da CSM se refere ao trabalho de acompanhamento de pacientes em crise nos CAPSi, verificado por ele nas oficinas que fez nos CAPS sobre crise e desinstitucionalização, ele afirma que há um claro avanço dos serviços infanto-juvenis em relação aos adultos, no Rio de Janeiro. As internações infantis são bem mais raras e isso se deve, segundo o entrevistado, a estratégias de acompanhamento pelo CAPS que se orientam pela lógica do paciente, em estar com o paciente, e não pela organização do serviço em torno de atividades terapêuticas. Isso é certamente um ponto positivo e fundamental. Mas podemos dizer também que os CAPSi se responsabilizam por quase todos os pacientes que são internados, tomando para si o cuidado deles e entendendo que a crise é de sua responsabilidade. Assim, amplificam o cuidado dos pacientes mais graves, nos momentos mais difíceis, e garantem maior qualidade na assistência, o que evita um número maior de internações.

Durante a estadia no CAPS Linda Batista, pude observar que havia uma boa parceria com o Nise da Silveira. Inclusive estive lá no dia em que a nova coordenadora da enfermaria de curta permanência do Nise da Silveira foi conhecer o CAPS. Os técnicos do CAPS relatam dificuldade em acompanhar os pacientes em crise nas enfermarias e dizem ter mais facilidade com os usuários de longa permanência das enfermarias e, um pouco menos, com os do programa de moradias do Nise da Silveira. Como discutido no capítulo anterior, a dificuldade em acompanhar o paciente em crise durante a internação tem como consequência não conhecê-lo em crise. Mas existe no CAPS Linda Batista a preocupação em avançar neste sentido. O que provavelmente ocorre também em outros CAPS e na CSM.

De uma forma geral, o fluxo de pacientes em situação de crise varia de acordo com o lugar onde faz tratamento ou onde pede ajuda. Muitos pacientes vão direto às emergências psiquiátricas, independente de onde fazem tratamento. Podemos dizer que são a maioria, visto o número de pessoas que são internadas sem que os CAPS as reconheçam como seus pacientes.

Se se trata de um paciente que está em tratamento em CAPS, ele tem algumas opções. Ele pode procurar ajuda no CAPS e ser atendido lá. Se o CAPS conseguir

construir um arranjo intensivo, em que o paciente aumente as idas ao serviço ou o CAPS consiga ir à sua casa, que seja suficiente para manejar a crise, ele pode conseguir superar este momento até que se reorganize e se estabilize. Para isso, alguns fatores podem ser importantes, como visto no capítulo anterior. Uma família que suporte esse momento ou outros recursos territoriais, como vizinhos, amigos, além de outras instituições, como igrejas e comércio, são importantes. O CAPS precisa ter mobilidade para acionar esses recursos. A equipe do CAPS Linda Batista relata algumas situações em que conseguiu minimamente utilizar tais soluções.

Certamente, este contato com o território ainda é incipiente. Os profissionais do CAPS se queixam de que não conseguem estar no território como desejam. Dizem que há muitos pacientes, que o território é muito vasto e com muitas áreas de risco e que há poucos profissionais. Dizem ainda que não têm como se locomover pelo território pois o CAPS não tem um carro. Existem veículos que têm sido acessados, como os carros da Coordenação de Área Programática (CAP) e da assistência social. Mas ainda é muito pouco, menos do que o necessário. É certo que há necessidade de um carro. Uma entrevistada disse que o CAPS poderia fazer “dez vezes mais se tivesse um carro”.

Outro recurso importante relatado pela equipe e cada vez mais presente é a ESF. Para o sucesso de uma reforma psiquiátrica é necessário que haja uma boa coordenação de ações com outros dispositivos da rede, principalmente a atenção básica (ALVES, 2001; ALVES, 2011). Os técnicos dizem que a ESF pode ser muito útil em situações de crise, mas não conseguiram relatar casos em que fizeram rede, no sentido de se articularem, com a atenção básica para tratar pacientes em crise. Isso mostra como a ESF tem sido mais presente no cotidiano do CAPS e como os profissionais do CAPS precisam acioná-la mais. Ao contrário, a ESF tem procurado mais o CAPS para pedir ajuda em situações de crise, o que é bastante positivo.

Se estes recursos não forem suficientes, os pacientes são encaminhados para a emergência psiquiátrica. É possível solicitar uma avaliação da emergência, pois há comunicação entre os serviços e acordo para isso. No entanto, ao chegar à emergência há uma tendência para internação. Uma técnica relata que uma paciente estava agitada no CAPS e precisaria de uma noite em acolhimento. Como foi para a emergência, acabou internada por uma semana no Nise da Silveira. Esta técnica refletiu, durante a entrevista sobre a relação com a emergência. Dizia que há um impasse sobre a direção do tratamento. Por mais que a emergência seja parceira, quando o paciente está lá, a decisão final sobre o encaminhamento clínico é da emergência. Então, ao mesmo tempo

em que a emergência pode ser um recurso clínico para o CAPS, pode ser um anteparo que traz outras conduções para os casos. Ainda assim, a técnica falou sobre a importância de uma instituição com caráter hospitalar, como a emergência psiquiátrica, que traz questionamentos às orientações do CAPS e obstáculos a um uso excessivo pelo CAPS da emergência e da internação. O mesmo ela afirma sobre a enfermaria do Nise da Silveira.

Se o paciente pedir ajuda à ESF ou ela identificar algum paciente em crise na comunidade, o CAPS deve ser acionado para discussão do caso, se houver maior gravidade, como orientado pelo protocolo da CSM para a atenção básica. Mas há ainda muitos casos em que a ESF procura muito rapidamente a emergência. Nos territórios onde há Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), esta questão está mais avançada. Mas é um processo ainda em construção no Rio de Janeiro, devido ao pouco tempo em que a ESF muito rapidamente se expandiu.

Onde há os NASF, há também uma discussão mais profícua com os CAPS, mas também novos desafios surgem. Na primeira reunião de equipe em que estive presente, duas psicólogas do NASF foram ao CAPS discutir três casos de pacientes que consideravam em crise. Dois casos foram discutidos mais rapidamente, porque já havia algum encaminhamento definido e era preciso trazer notícias do andamento do tratamento. O outro caso era de uma mulher que, segundo os relatos, era agressiva com familiares e, principalmente com a mãe e com a filha. A paciente foi à emergência, que a medicou para “sintomas paranoides” e, só então, foi encaminhada para o CAPS, onde fez um primeiro atendimento. A paranoia e a agressividade não eram sintomas demonstrados pela paciente, de maneira que as avaliações do CAPS, do NASF e da emergência eram sobretudo baseadas nos relatos da família. Optou-se por dar preferência à escuta da paciente, ainda em processo de recepção no CAPS. A família seria escutada pela ESF, como recurso territorial que poderia dar um apoio ao cuidado no âmbito familiar e de maneira a preservar o CAPS como lugar de escuta e cuidado para a paciente. É um arranjo interessante em que, após uma primeira intervenção em que a paciente não foi escutada e prevaleceu a posição da família, tentou-se orientar o cuidado pelo fio condutor do paciente. Em segundo lugar, e em função da posição em que a paciente coloca aqueles com quem faz os laços principais, outro recurso, a ESF, agiu, sob orientação clínica do CAPS, no território, no cuidado com uma família que está de fato muito angustiada com a situação em que vive.

É interessante notar também que foi possível a emergência fazer um primeiro atendimento e encaminhar a usuária para o CAPS para a continuação do cuidado, graças aos esforços dos serviços de ampliar sempre a relação e a comunicação entre si. No entanto, a entrada em tratamento pela emergência induz o restante do tratamento. Nunca é demais lembrar a corriqueira metáfora freudiana do jogo de xadrez, em que os primeiros movimentos determinam o decorrer do jogo, assim como os atendimentos preliminares determinam a continuidade do tratamento. Durante a reunião, a equipe percebeu que houve um diagnóstico precipitado, baseado nas queixas da família. O cuidado em que se privilegia o protagonismo do paciente é um dos princípios da Reforma Psiquiátrica e de toda clínica que pretende dar voz ao sujeito. Esta paciente foi medicada e tratada para “sintomas paranoides” sobre os quais os serviços que agora iriam tratá-la não sabiam sequer o conteúdo. Agora, com uma avaliação mais precisa, poderão descobrir que o trabalho começará por tentar desfazer as ações apressadas que já colocaram esta mulher num circuito de tratamento medicamentoso e psiquiátrico que talvez não fosse necessário.

Sabemos que muitas “carreiras psiquiátricas”, como são chamados os percursos de tratamento das pessoas que se perdem nos labirintos das instituições psiquiátricas, começam por internações desnecessárias, que se tornam demasiadamente longas e definitivamente destruidoras dessas vidas. Este caso mostra que, por mais que haja um trabalho para amenizar os efeitos negativos das instituições hospitalares, é preciso que a rede de saúde mental não facilite que o primeiro atendimento seja feito em emergências e hospitais psiquiátricos, sob o risco de muito rapidamente medicalizar as pessoas que passam por qualquer mal-estar subjetivo ou dificuldade na relação com o social. Mas, como mostram os dados de internação acima, muitas vezes a porta de entrada na rede de saúde mental do Rio de Janeiro é o hospital psiquiátrico.

Se, por um lado, a facilidade em internar e o tratamento exclusivamente manicomial levou à grande população moradora dos hospícios, por sua vez, a porta de entrada medicalizante e psiquiatrizante, que pode ocorrer em qualquer serviço, certamente induz a existência do grande número de pacientes em tratamento psiquiátrico nos ambulatórios e CAPS, num processo que tem acontecido no mundo todo (COSTA, 2005). Estes serviços, por sua vez, se queixam de esgotamento, cansaço e falta de força diante da demanda da população. Assim, o esforço que a equipe do CAPS Linda Batista demonstrou em reavaliar o caso e poder dar outro destino, que começa por privilegiar os caminhos que o paciente traz e que levam aos seus reais

pontos de ancoragem, que pertencem a seu território, se enfraquece frente à lógica que prevalece na rede. Lógica esta que se exerce plenamente quando o que se considera crise costuma chegar primeiramente nas emergências psiquiátricas.

Em outra reunião de equipe do CAPS foram trazidas notícias do fórum de saúde mental da A.P. 3.3. O fórum é um encontro com os diversos atores da rede de saúde mental e outros setores que tenham ações ligadas ao tema. A equipe fez importantes reflexões sobre o que se pretende como lugar primordial do CAPS na sociedade e os perigosos rumos que a rede de saúde mental vem tomando no Rio de Janeiro. No fórum foi afirmado que a atenção básica deve dar conta de situações de crise. A equipe do CAPS também constatou que a atenção básica tem cada vez mais se responsabilizado pela direção do cuidado em saúde mental no território. Relataram que em alguns casos tem até encaminhado diretamente para a emergência. Nesse sentido, a atenção básica identifica os casos e encaminha para a emergência, que torna a ser a porta de entrada da saúde mental.

Como foi bem lembrado na reunião, a emergência tem um papel muito importante na rede de saúde mental. No caso específico da A.P. 3, a emergência saiu há alguns anos do Nise da Silveira e foi para o PAM de Del Castilho, com o intuito de melhorar a assistência, se desvincular do aparato manicomial, aproximar a atenção em saúde mental das demais áreas da saúde e intensificar o processo de desmonte do hospital psiquiátrico. Esta emergência é bastante elogiada pela equipe do CAPS, principalmente em períodos mais recentes. O CAPS afirma que é um serviço com quem faz boas parcerias e que consegue, com suas ações, manejar as situações de crise e amenizar o grande número de internações psiquiátricas. No entanto, ainda assim, faz um papel que se espera dos CAPS, como agenciador das demandas de pacientes em crise na rede e no território.

O mesmo começa a acontecer com a atenção básica. Esta inicia um processo de substituição de atribuições do CAPS, principalmente no que diz respeito a organizar a demanda de saúde mental do território. Assim, encaminha pacientes para os CAPS quando acha que estes têm o perfil de clientela adequado. A atenção básica funciona normalmente como estrutura de saúde geral que recebe as demandas em saúde e filtra as que realmente necessitam de especialistas. Tem, por sua vez, que ser eficaz em relação às necessidades de saúde cuja responsabilidade é de profissionais generalistas, além de garantir ações de promoção e prevenção de saúde (BRASIL, 2011). É, assim, a porta de entrada de diversos sistemas de saúde. O modelo brasileiro tenta se organizar desta

forma e não é nosso trabalho discorrer sobre como isso tem sido feito. Sem avançar em análises sobre isso, este trabalho concorda com este modelo para o Brasil.

No entanto, com relação à saúde mental, acreditamos que é preciso compreender que há diferenças. A saúde mental não é uma especialidade da saúde, como a psiquiatria é da medicina. Alves (2001) atenta para que, ao passo que a parceria com a atenção básica é fundamental, é preciso não deixar que a lógica da atenção psicossocial desapareça, principalmente quando a atenção básica reproduzir o modelo tradicional biomédico. Assim, o CAPS não pode ser tratado como um ambulatório especializado, para onde a atenção básica encaminha aqueles que não sabe tratar. A saúde mental é um campo da saúde que atravessa os demais e a atenção psicossocial é uma maneira de levar em conta diversos aspectos da vida ao cuidar da saúde das pessoas. É por isso que se afirma que o CAPS deve ser o organizador da rede de saúde mental. Porque é ele que deve orientar a mudança da relação da sociedade com a loucura e com o louco, de modo que introduz no território, ou seja, na comunidade, nas instituições e, com certeza, nas demais áreas da saúde, outra lógica, a da atenção psicossocial, de relação com as singularidades.

No entanto, é o próprio Ministério da Saúde que tem colaborado para a mudança de estatuto dos CAPS. Com a proposição das RAPS, na portaria 3088/11 do Ministério da Saúde, tenta-se consolidar a boa ideia de que o cuidado em saúde mental ocorre em vários âmbitos da saúde. Assim, a atenção psicossocial passa pela pelos diversos pontos de atenção de saúde, dentre os quais: atenção básica, atenção especializada em atenção psicossocial (este item compreende apenas os CAPS), unidades hospitalares, de urgência e emergência, unidades residenciais de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. No entanto, ao mesmo tempo, acaba por reafirmar que a atenção psicossocial se dirige apenas aos portadores de transtornos mentais e pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, como se fosse um conjunto de instrumentos técnicos de intervenção em saúde mental. Assim, os CAPS passam a ser chamados na portaria 3088/11, que institui as RAPS, de serviços especializados em atenção psicossocial, como se fossem especialistas num instrumental técnico para a saúde mental. A portaria descreve ainda o trabalho nos CAPS como “prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleia de usuários e reuniões de equipe), de forma articulada com outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes”. Essa compreensão de espaços coletivos restrita a espaços controlados, como atendimentos e reuniões, e não livres espaços de convivência e trocas

sociais e subjetivas, em nada se difere do que poderíamos supor a respeito de um ambulatório de saúde mental.

O decreto 7508/11, da presidência da república, ratifica os CAPS como uma das portas de entrada do SUS. Em entrevistas, integrantes da CSM afirmam que tem sido muito difícil sustentar os CAPS nesse lugar e que tal portaria foi fundamental na argumentação. O diálogo dentro da SUBPAV tem sido difícil porque lá a compreensão é de organizar toda a rede a partir da atenção básica, sem levar em conta as peculiaridades da saúde mental. Um entrevistado explica que a SMS não compreende que a “atenção psicossocial é uma política”, no sentido de que, mais do que um conjunto de serviços, a atenção psicossocial precisa atravessar os demais programas da SMS. Compara com a tuberculose ou com a hanseníase, cujas estratégias de enfrentamento passam por ações em todas as áreas da saúde. Certamente esse ambiente, em que a prefeitura prioriza totalmente a atenção básica, faz com que a CSM tenha que gastar muito de sua energia no manejo da relação entre saúde mental e ESF. Além disso, como também foi comentado numa das entrevistas, a ESF alcançou 40% de cobertura em três anos, enquanto os CAPS demoraram dezesseis anos para atingir o mesmo percentual. Isso significa, segundo afirmado em entrevista com integrante da CSM, que a ESF no município do Rio de Janeiro tem problemas na qualificação das ações, que se expandiram muito rapidamente, então não conseguem lidar com questões importantes como a álcool e drogas, por exemplo. Com isso, a CSM teve que se ocupar bastante em tentar qualificar o cuidado em saúde mental na atenção básica. A CSM considera que um sinal dessa melhora é a diminuição da porta de entrada em CAPS. Diz que embora não haja uma pesquisa que associe uma coisa a outra, o primeiro atendimento em CAPS diminuiu após o aumento da capacitação da ESF em atender transtornos mentais leves e moderados. Contudo, de acordo com os dados que mostramos sobre o grande número de pacientes que, ao passar por crises, são internados nos hospitais psiquiátricos, podemos afirmar que a diminuição dos atendimentos de primeira vez nos CAPS não deve significar necessariamente um avanço. Existe uma parcela significativa da população que não tem tido acesso a cuidados territoriais em saúde mental.

Os CAPS demoraram muito para atingir 40% e não chegaram à cobertura necessária. Como consequência, argumenta o entrevistado, territórios com uma população muito grande sobrecarregam os CAPS, que não conseguem realizar suas principais funções – crise e desinstitucionalização – e, lotados de pacientes, se ambulatorizam, ou seja, começam a restringir suas ações a atendimentos individuais e

de grupo, de todas as profissões, dentro dos serviços. Podemos dizer que, mais do que não atender crise e não fazer desinstitucionalização, ao se ambulatorizarem, os CAPS deixam de se dirigir ao território, aos círculos de vida onde estão os pontos de encontro que permeiam a existência das pessoas, de maneira que a potência do caráter psicossocial se enfraquece. Assim, com a essência do CAPS enfraquecida, seja ele CAPS I, II ou III, os possíveis parceiros da atenção psicossocial, como a atenção básica, não se apropriam dela e se tornam agentes da medicalização da vida e da psicologização do sofrimento. Entenda-se medicalização da vida como tomar qualquer questão da vida como um problema médico. E psicologização do sofrimento como uma forma de submeter qualquer experiência subjetiva a uma explicação psicológica. São dois processos da mesma ordem reducionista.

Apesar disso, a CSM considera que uma grande cobertura de psicotrópicos na ESF é positiva, porque traria eficácia à atenção básica e não causaria um aumento do consumo de medicação sem real necessidade. Isso não acontece na A.P. 3.3. Uma semana depois da discussão sobre o fórum da A.P. 3.3, a equipe do NASF esteve na supervisão de equipe para ratificar uma solicitação. Afirmaram que os médicos da ESF precisam de uma capacitação e gostariam que se fizesse um matriciamento de psiquiatra do CAPS para médico da ESF. Afirmaram que os médicos estavam atrapalhados com a medicação psicotrópica e estavam medicando demais a população. Para cada demanda de angústia, um ansiolítico. Para tristeza, antidepressivo. O CAPS se posicionou contra começar um matriciamento sem ampliar antes a discussão, mas houve divergências. O pessoal do NASF e quem era a favor de que o CAPS fizesse tal capacitação afirmava que as medicações já estão à disposição da ESF e os médicos já a utilizam. Quem era contra temia que isto se constituísse numa autorização dos CAPS para que a atenção básica presidisse a dispensação de psicotrópicos. Defendiam que a discussão deveria ser coletiva, entre as diversas profissões e caso a caso, nos espaços que já existem, como as supervisões de território e as reuniões de matriciamento. Mas havia ainda o contra argumento de que os médicos simplesmente não vão a estes espaços e tomam as decisões sozinhos, de modo que só escutariam outros colegas médicos. Ora, mas se é assim que agem, não se pode simplesmente aceitar o modo de trabalhar que impõem. Em saúde mental, uma das principais conquistas é a discussão coletiva, interdisciplinar e territorial. Se o CAPS aceitasse essa proposta, estaria avalizando uma prática que há muito combate, que fragmenta o tratamento em ações individuais e privilegia o tratamento medicamentoso. Em algumas áreas do Rio de Janeiro, já há matriciamento

clivado entre médicos e não médicos. É curioso ainda que esta discussão se deu quando o CAPS solicitava medicações psiquiátricas à CSM, enquanto a atenção básica já estava repleta de várias delas.

Por conta de haver ainda muitas questões a se desenvolver na relação da atenção básica com a saúde mental, é uma proposição perigosa de que a ESF seja resolutiva em situações de crise. A atenção básica certamente é um recurso fundamental numa rede de saúde mental que se deseje eficiente. No entanto, quando se fala de uma mudança de lógica de cuidado, é fundamental que o dispositivo principal de sustentação desta transformação esteja forte o suficiente para garanti-la. Quando se exige que a ESF cada vez mais atenda situações em crise, se exige que um potente ator da saúde faça justamente aquilo que não têm condições, por não ter aparato para isso e por não ter se apropriado da lógica da atenção psicossocial. Ao mesmo tempo, os CAPS se encontram enfraquecidos, com estrutura física sucateada, falta de recursos essenciais, como carro e medicação, equipe reduzida e mescla entre pessoal contratado e concursado. Com isso, muitas vezes a população não encontra forças no CAPS para ajudá-la nas situações mais graves, nem competência na ESF, de modo que o recurso hospitalar, que sempre dá uma resposta, jamais se torna imprescindível. Cria-se assim, um problema grande de acesso para os pacientes em crise à atenção psicossocial.

Nas entrevistas com a CSM, foi bastante abordado o tema dos recursos humanos, apontado como o principal desafio. Principalmente no que diz respeito aos CAPS antigos, que tem mais servidores públicos. Foi afirmado que com as aposentadorias e saída de profissionais, tem se tornado impossível a reposição, à medida que não há concursos públicos. Do último concurso de psicólogos, a CSM tinha 120 psicólogos para chamar, mas só foi autorizada a admissão de 30, dos quais nem todos ficaram. Com relação aos médicos, a situação é pior. Como o salário é muito baixo, os médicos não querem fazer concurso. Em concurso recente, as vagas disponíveis sequer foram preenchidas e, dos que passaram, seis tinham saído até a época da entrevista. Assim, as equipes de CAPS ficam muito reduzidas, chegando a ter CAPS com seis técnicos de nível superior para populações que passa de quinhentos mil habitantes. Nesse cenário, a contratação por Organizações Sociais (OS) é afirmada pela CSM como uma solução. A CSM afirma que a vantagem é poder substituir quem sai. No CAPS Linda Batista, a sensação é de que foi possível substituir uma equipe antiga de servidores públicos, por uma equipe jovem e com disposição para o trabalho. Se uma nova direção não gostar dessa equipe, que faz realmente um trabalho de muita

qualidade, eles certamente sairão aos poucos, o que cria um grave problema de continuidade na assistência e na garantia de uma política de saúde mental. Em Guadalupe, muitos pacientes se queixam da saída de profissionais que cuidaram deles por muitos anos.

O que se tem chamado no Rio de Janeiro de alta rotatividade de profissionais nos serviços nada mais é do que a relação insuportável de más condições de trabalho, salários baixos e falta de estabilidade com um trabalho difícil, física e psicologicamente. Nas entrevistas, a maioria dos técnicos do CAPS Linda Batista falou da dificuldade do trabalho, que é superada por um grande prazer em trabalhar com a clientela da saúde mental e com a luta da Reforma Psiquiátrica. Este caráter militante, tradicional na saúde mental, tem sustentado o trabalho de muitas pessoas. Isso é apontado pela CSM como um aspecto positivo, pois é realmente vantajoso ter profissionais imbuídos das causas reformistas na assistência. Mas, a nosso ver, não pode ser isso a condição para trabalhar na saúde mental. Os regimes de contratação que cada vez mais se expandem no Rio de Janeiro, principalmente por Organizações Sociais, em substituição ao concurso público, além de criar categorias de trabalhadores diferentes, com salários diferentes e contratos diferentes, mas com as mesmas atribuições, despolitiza a discussão no campo da saúde. Se podemos escolher com quem vamos trabalhar e eliminar aqueles que causam incômodo, isso neutraliza as disputas políticas e teóricas, de modo que se cria um ambiente de concordância que visa a eliminar divergências próprias de processos de transformação como deve ser sempre na saúde mental e no campo público. Assim, quando dizemos que os CAPS devem viver em constante processo de reinvenção de si, ao se colocarem em crise, ao colocarem modos de trabalhar cristalizados em questão (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005), necessitamos de uma estrutura pública e plural, em que o receio de demissão não constanja o saudável embate de pontos de vista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como dissemos na introdução, nossa expectativa com este trabalho é poder contribuir para o entendimento das práticas em saúde mental no cuidado de pacientes em crise no município do Rio de Janeiro. Alegamos que a atenção à crise é um parâmetro importante para a análise de uma rede de saúde mental, já que é o momento em que se recorre mais comumente aos dispositivos hospitalares. Assim, é possível tentar observar até que ponto, no que diz respeito às situações mais graves e mais difíceis, tem sido possível substituir a lógica manicomial, objetivo declarado da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pela lógica da atenção psicossocial (SOUZA, 2008). A complexidade de um processo como esse não nos permite simplesmente supor que há uma ou outra lógica, de maneira que sabemos que elas coexistem, se alternam e disputam espaço constantemente nos diversos pontos da rede de atenção e na política de saúde mental, sem, no entanto, jamais caminharem juntas na mesma direção, pois constituem-se essencialmente de modo contraditório e, portanto, alternativo (COSTA-ROSA *apud* FIORATI e SAEKI, 2008).

Para analisar a atenção à crise no Rio de Janeiro, optamos por tentar entender como tem sido a atenção à crise nos CAPS, pois são estes os dispositivos criados para operar e induzir a lógica da atenção psicossocial, assim como para substituir o hospital psiquiátrico em sua supremacia no cuidado em saúde mental. Para isso, é preciso que os CAPS se habilitem a atender as situações de crise, sob o risco de que estas situações continuem destinadas ao hospital psiquiátrico e que a atenção psicossocial se restrinja aos pacientes estabilizados.

Decidimos, como estratégia metodológica, fazer uma crítica revisão bibliográfica e a pesquisa de campo, com observação participante e entrevistas com profissionais de um CAPS. A feliz escolha do CAPS Linda Batista, no bairro de Guadalupe, proporcionou o contato com informações preciosas de um ponto de vista que eu não poderia ter tido antes como profissional de saúde mental diretamente envolvido com dilemas clínicos, políticos e institucionais.

A partir dos nossos objetivos específicos, tentaremos apontar em que foi possível avançar nesta pesquisa e então fazer alguns apontamentos. O primeiro objetivo específico era mapear e discutir o que os profissionais entendem por crise, como acreditam que deve ser enfrentada e como entendem o papel dos CAPS na atenção à crise. A equipe do CAPS mostrou diversos sentidos para crise e, em função de um

seminário clínico, procurou construir um conceito de crise a ser utilizado consensualmente na prática cotidiana do serviço. A importância de um processo como esse não é uniformizar o pensamento da equipe numa noção restrita de crise, mas produzir pactuações que permitam afinar uma direção de trabalho mais coletiva possível.

Diversos sentidos de crise permeiam a ação dos técnicos. Poderíamos destacar três pontos de vista que apareceram na pesquisa de campo: uma noção mais próxima da psicanálise, de que há o rompimento do arranjo subjetivo com o qual o sujeito se organiza e cria seus meios próprios de estar no mundo e fazer laço com o outro (FERIGATO et al, 2007); um ponto de vista influenciado pela Psiquiatria Democrática Italiana, de que a crise deve ser entendida em seu contexto histórico e social, no qual há um descompasso entre as formas de expressão do sofrimento e o que a sociedade tolera em seu convívio (DELL'ACQUA e MEZZINA, 2005; COSTA, 2005); e o viés tipicamente psiquiátrico, no qual a crise se define por sintomas psicopatológicos, como delírios, alucinações, embotamento afetivo e outros, associados ao risco e à periculosidade (KAPLAN, SADDOCK e GREBB, 1997).

Assim, quanto ao segundo objetivo específico, compreender a natureza e as características das intervenções utilizadas pelos CAPS nas situações de crise, foram observadas intervenções também influenciadas por estas teorias e tradições do campo da saúde mental. Quando se observam as intervenções, percebe-se que elas são atravessadas por características diferentes, dependendo muito do contexto em que se inserem e dos recursos possíveis. A equipe do CAPS procura se organizar de maneira a que qualquer ato clínico se oriente pelo princípio da escuta. Ou seja, a organização do cuidado neste CAPS tenta se orientar pelo que se constrói na relação terapêutica com o técnico de referência.

Há uma preocupação de que o CAPS se instrumentalize para atender integralmente a crise, principalmente pelo fato de que há uma proposta de que este CAPS se transforme em CAPS III. Para isso, o CAPS identifica que sua maior deficiência é a estrutura para atender situações chamadas de agitação psicomotora e de agressividade. Assim, afirmam que há a necessidade de incorporar recursos tipicamente hospitalares, como espaço adequado para contenção mecânica, medicação injetável de emergência de efeito rápido e equipe treinada para contenção. Enquanto a discussão se ocupa demasiadamente da estrutura, com a ideia de que um CAPS III super aparelhado é capaz de resolver o problema da atenção à crise e substituir o hospital, deixa-se em

segundo plano o aspecto fundamental da atenção psicossocial que é a clínica no território.

É fundamental que haja uma expansão dos CAPS III, até porque a atenção à crise extra-hospitalar continuará a ser insuficiente enquanto os serviços fecharem às cinco horas da tarde (PITTA, 2011). No entanto, uma frase de uma técnica em entrevista de que “o CAPS III não pode ser um tampão para a falta de capacidade de fazer rede” é emblemática. Ela quer dizer que se todos os recursos técnicos possíveis estiverem inseridos no CAPS, o tratamento se centraliza no serviço e o CAPS começa a abarcar demais todos os aspectos da vida, criando certa dependência institucional indesejável entre usuário e serviço. Mas, mais do que isso, a compreensão do CAPS como função operadora no território da lógica atenção psicossocial é o que precisa mais de mais investimento, em termos políticos, financeiros, técnicos, teóricos e de formação.

Assim, chegamos ao terceiro objetivo específico, analisar qual a relação dos CAPS, no que diz respeito à atenção à crise, com outros recursos territoriais e com outros serviços da rede de saúde, tais como hospital psiquiátrico, emergência e Estratégia de Saúde da Família. As percepções dos técnicos remetiam aos diferentes papéis dos dispositivos assistenciais e à conformação da rede. Neste sentido, foi possível observar diversos casos em que o CAPS conseguiu fazer a articulação mais próxima possível com estes serviços.

Há uma possibilidade de uso da emergência psiquiátrica como recurso do CAPS para a crise. Há, é claro, vicissitudes nesta relação. Existe sempre a necessidade de negociações com a emergência, assim como o risco de um acolhimento breve se tornar uma internação. Com o Nise da Silveira, há uma ampliação do contato com a equipe técnica, mas são apontadas dificuldades de acompanhamento dos pacientes em crise, de modo que o CAPS não conhece, por vezes, características de seus pacientes quando estão em crise. Já a ESF tem sido pouco acionada, de maneira que procura mais o CAPS para enfrentar situações difíceis do que é procurada como recurso potente.

Mas o mais importante é que pudemos observar como os CAPS têm tido suas atribuições exercidas por estes serviços. A emergência psiquiátrica tem cada vez mais recebido pacientes em crise, pacientes de primeira vez e feito a organização da demanda no território, de modo que se exerce como importante porta de entrada no sistema de saúde. A ESF tem sido colocada, inclusive por normas oficiais, como ordenadora da rede de atenção psicossocial, sem que, no entanto, tenha se apropriado desta lógica. E,

no assunto que nos interessa mais, o hospital psiquiátrico tem sido o lugar prioritário da atenção à crise. Chegamos ao dado de 4.562 internações psiquiátricas (DATASUS, 2013), das quais somente 271 eram de pacientes reconhecidos como de CAPS II adulto do Rio de Janeiro, segundo dados da CSM (BLOG SAÚDE MENTAL RJ, 2013). Apesar de que haja um erro de informação dos CAPS, a diferença é muito grande e mostra que a crise é atendida sobretudo nos hospitais psiquiátricos, fazendo com que a atuação dos CAPS em relação à crise, no contexto do município do Rio de Janeiro, seja muito pouco expressiva. Para que tenhamos uma visão mais completa da atenção à crise no Rio de Janeiro, mostra-se necessário, como desafio futuro, debruçarmo-nos no que tem acontecido com esses pacientes que se dirigem diretamente ao hospital, sobre os quais ainda temos muito pouca informação.

Nesse sentido, é visível um enfraquecimento dos CAPS em oposição à necessidade de que sejam serviços fortes, para serem capazes de responder às diferentes problemáticas sociais e existenciais de maneira que consiga substituir o hospital psiquiátrico (VENTURINI, 2010).

A rede de saúde mental no Rio de Janeiro tem algumas características que podemos relacionar com a Psiquiatria Preventiva. Os serviços comunitários estão numa posição intermediária entre a atenção ambulatorial e a hospitalar. Exercem, muitas vezes, a função de instrumentalizar a atenção básica, através do matriciamento, para se incumbir mais do cuidado em saúde mental, de maneira que há um dilema no sentido de que isso pode ampliar o exercício de uma prática medicalizante a partir da exigência de que a atenção básica “dê conta” de questões muito difíceis.

Rotelli (2001) aponta algumas conseqüências da Psiquiatria Preventiva que se assemelham ao que acontece no Rio de Janeiro, como a posição intermediária dos serviços comunitários entre a sociedade e o hospital, a diminuição de internação acompanhada do aumento do efeito de porta giratória, em que os pacientes tomados como difíceis retornam às internações e a criação de estruturas auxiliares ao hospital, como moradias, albergues e pensões.

Além disso, vem ganhando força no mundo a proposta de que os sistemas de saúde mental sejam compostos por serviços comunitários e serviços hospitalares, em modelos de *atenção equilibrada*, sob a justificativa de que pacientes difíceis necessitam da estrutura hospitalar. Nesse modelo, quanto mais recursos tiver a rede, mais serviços especializados e diversificados devem existir, como se houvesse uma especialização capaz de responder especificamente a cada tipo de problema (THORNCROFT e

TANSELLA, 2008). Trata-se de um modelo que justifica que os novos crônicos, considerados como aqueles que não se vinculam adequadamente ao tratamento (PEPPER *apud* PANDE e AMARANTE, 2011), necessitam de atenção hospitalar, como se o problema da vinculação ao serviço pertencesse às características dos pacientes e não dos serviços.

Para nós, o lugar da atenção à crise é o CAPS. Entendemos que é preciso que a política de saúde mental se preocupe em construir serviços comunitários fortes, com estrutura e boas condições de trabalho. É preciso fortalecer sobretudo a capacidade de intervenção no território, o acesso à recursos próximos à vida do sujeito e articulações que sustentem as possibilidades de inclusão da loucura, como forma particular de expressão subjetiva que na maioria das vezes já carrega consigo muito sofrimento, na sociedade. O CAPS deve ser uma instituição fora de si. Uma instituição que se reconstrua permanentemente no contato com sua exterioridade e afirme a loucura como possibilidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Domingos Sávio. *Integralidade nas políticas de saúde mental*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

_____. *Entrevista com Benedetto Saraceno por Domingos Sávio Alves*. Ver. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (12): 4695-4700, 2011.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1995.

_____. *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008

AMARANTE, Paulo. TORRE, Eduardo. *A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p.12-25, maio/ago. 2001.

AZEVEDO, Creuza da Silva. *Sob o domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*. Tese de doutorado: Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2005.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. *O Sujeito Social*. Belo Horizonte: Ed. PUCMINAS, 2004.

BASAGLIA, Franco. *Carta de Nova York – O doente artificial*. In: AMARANTE, Paulo (org.) Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia. Pág 151-160. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BEZERRA, Benílton. *Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007.

BLOG SAÚDE MENTAL RJ. Blog acessado diversas vezes entre outubro de 2012 e abril de 2013 <http://saudementalrj.blogspot.com.br/>

BRASIL. Presidência da República. *Decreto n° 7508 de 28 de junho 2011.*

_____ *Lei 10216, de 6 de Abril de 2001.*

_____ Ministério da Saúde. *Portaria n°189 de 19 de novembro de 1991.*

_____ Ministério da Saúde. *Portaria n°224 de 29 de janeiro 1992.*

_____ Ministério da Saúde. *Portaria n°336/GM de 19 de Fevereiro de 2002.*

_____ Ministério da Saúde. *Portaria 2.488 de 21 de outubro d 2011.*

_____ Ministério da Saúde. *Portaria n°3.088 de 23 de dezembro de 2011.*

_____ <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home> Acessado em 18 de janeiro de 2013.

_____ *Saúde mental em dados 10.* Ministério da Saúde. SAS. Ano VII, n° 10, março de 2012.

_____ *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.* Ministério da Saúde. Brasília, novembro de 2005.

CAPLAN, Gerald. *Princípios de Psiquiatria Preventiva.* Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980

CAVALCANTI, Maria Tavares. et al. *Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ.* Rev Saúde Pública: USP, 2009;43 (Supl. 1): 23-8.

CAMPOS, Rosana Onocko et al. *Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental*. Rev Saúde Pública: USP, 2009;43 (Supl. 1): 16-22.

COSTA, Mônica da Silva. *Reforma Psiquiátrica, transformações nos modos de lidar com as situações de crise: uma análise a partir das experiências de dois serviços de atenção psicossocial do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2005

_____. *Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades*. Arquivos Brasileiros de Psicologia v. 59, n. 1, 2007, pág. 94-108. www.psicologia.ufrj.br/abp/

DA SILVA, Marcia Terra et al. *Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental*. Rev Saúde Pública: USP, 2009;43 (Supl. 1): 36-42.

DASSOLER, Volnei Antônio e PALMA, Claudia Maria de Souza. *A dimensão da ética nas intervenções do analista frente às demandas institucionais do CAPS*. In: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 15, n. 1, p. 94-107, março 2012

DATASUS. Ministério da Saúde. Site acessado no dia 15 de abril de 2013.
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. *Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4701-4706, 2011

DELL'ACQUA, Giuseppe. MEZZINA, Roberto. *Resposta à Crise: Estratégia de Intencionalidade da Intervenção no Serviço Psiquiátrico Territorial*. In: AMARANTE, Paulo. Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

DENZIN, Norman K. LINCOLN, Yvonna S. *Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa*. In: DENZIN, Norman K. O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagem. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ELIA, Luciano. *O que aprendi?* In: LIBÈRIO, Madalena. ALBUQUERQUE, Patrícia (org.) 12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. Revista da Escola de Saúde Mental, dezembro de 2008. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Coordenação de Saúde Mental, pág 42-49.

ENRIQUEZ, Eugène. *A organização em análise*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

FAGUNDES, Hugo. LIBÈRIO, Madalena. *Apresentação*. In: LIBÈRIO, Madalena. ALBUQUERQUE, Patrícia (org.) 12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. Revista da Escola de Saúde Mental, dezembro de 2008. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Coordenação de Saúde Mental, pág 11-14.

FERIGATO, Sabrina Helena. et al. *O atendimento à crise em saúde Mental: ampliando conceitos*. Revista de Psicologia da UNESP, 6 (1), 2007. pág. 31-44.

FIORATI, Regina Célia e SAEKI, Toyoko. *O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate da cidadania e respeito à singularidade*. In: Comunicação Saúde Educação v.12, n.27, p.763-72, out./dez. 2008

FURTADO, Juarez Pereira. *Um método construtivista para a avaliação em saúde*. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. 2001

GOMES, Maria Paula Cerqueira. *A Política de saúde mental no município do Rio de Janeiro*. Tese de doutorado: Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, IPUB/UFRJ, 1999.

HOUAISS, Antônio. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

IMNS – Instituto Municipal Nise da Silveira. *Arquivos Contemporâneos do Engenho de Dentro*. Ano I, Vol I. Nov. de 2007.

JACCOUD, Mylène, MAYER Robert. *A observação direta e a pesquisa qualitativa*. In: *A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

JASPERS, Karl. *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1973.

KAËS, René. *O grupo e o sujeito do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KANTORSKI, Luciane Prado, et al. *Avaliação Qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2059-2066, 2011

KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J., GREBB, Jack A. *Compêndio de Psiquiatria*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LEAL, Erotildes Maria. *A formação do supervisor de CAPS: três lições extarídas do processo de implantação da rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro*. In: LIBÈRIO, Madalena. ALBUQUERQUE, Patrícia (org.). *12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro*. Revista da Escola de Saúde Mental, dezembro de 2008. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Coordenação de Saúde Mental, pág 15-28.

LEAL, Erotildes Maria e DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização*. Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluisio Gomes; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v. , p. 137-154

LÉVY, A. *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2001.

LINCOLN, Yvonna S. GUBA, Egon G. *Reconstruindo as relações entre as universidades e a sociedade por meio da pesquisa-ação*. In: DENZIN, Norman K. *O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagem*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2):4590-4602, 2011

MARI, Jair de Jesus. *Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12): 4590-4602, 2011.

MAIA, Ana Maria Quintela. *A experiência de planejamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: um planejamento sem métodos?* Dissertação de mestrado: Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____ *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro, Hucitec – ABRASCO, 2º edição, 1993.

MIRANDA, Lilian e CAMPO, Rosana Tereza Onocko. *Análise do trabalho de referência em centros de atenção psicossocial*. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5):907-13

MONKEN, Maurício. *Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde*. In: BARCELLOS, Christovam. *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 141-163. ISBN 85-61732-00-4.

MONKEN, Maurício e BARCELLOS, Christovam. *Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas*. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3): 898-906, mai-jun, 2005

MONTI, José Fernando Casquel. *Sistema Único de Saúde: uma reforma no meio do caminho*. *Rev. São Paulo em perspectiva*, 6 (4): 38-44, outubro/dezembro, 1992.

MORORÓ, Martha Emanuela Martins Lutti et al. *Os desafios da integralidade em um centro de atenção psicossocial e a produção de projetos terapêuticos*. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1171-6 www.ee.usp.br/reeusp/

NASCIMENTO, Andréia de Fátima e GALVANESE, Ana Tereza Costa. *Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP*. Rev Saúde Pública: USP, 2009; 43 (Supl. 1): 8-15

PANDE, Mariana Nogueira Rangel e AMARANTE, Paulo. *Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(4): 2067-2076, 2011

PITTA, Ana Maria Fernandes. *Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Política*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4579-4589, 2011

POUPART, Jean. *A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas*. In: A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

QUINTAS, Renata Martins. *A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva*. Dissertação de mestrado: Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2007.

RAMOS, Célia Leitão; MARCONDES, Willer Baumgarten. *O projeto de pesquisa social em saúde: a focalização do tema, indagações e perspectivas de análise*. In: HORTALE, Virgínia Alonso et al. Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 173-193. il. graf. ISBN 978-85-7541-200-8.

RINALDI, Dóris Luz e BURSZTYN, Daniel Costa. *O desafio da clínica na atenção psicossocial*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 60, n. 2, 2008

ROTELLI, Franco. *Prevenir a prevenção*. In: NICÁCIO, Fernanda (org). Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

_____ *Instituição Inventada*. Tradução de Maria Fernanda de Silvio Nicácio. Revisão Claudia Chaves Martins. Santos, Casa de Saúde Anchieta, 1990, acessada em http://www.exclusion.net/images/pdf/47_bicoi_istituz.invent_po.pdf

ROTELLI, Franco e AMARANTE, Paulo. *Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos*. In: BEZERRA, Benílton e AMARANTE, Paulo. (orgs.) *Psiquiatria sem Hospícios: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. p. 41-55. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SCHMIDT, Moema Belloni e FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental*. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, março 2009

SOUZA, Políbio José de Campos. *Resposta à Crise: a Experiência de Belo Horizonte*. In: *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: Cotidiano de Uma Utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. In: *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan-abr, 2002.

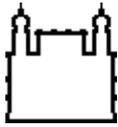
THORNCROFT, Graham e TANSELLA, Michelle. *Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental?* Pesquisas e Práticas Psicossociais 3(1), São João del-Rei, Ag. 2008

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

VENTURINI, Ernesto. *A desinstitucionalização: limites e possibilidades*. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20(1): 138-151

WORLD Health Organization. *Organization of Services of Mental Health*. Geneva: WHO, 2003.

ANEXOS



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

À Coordenação Municipal de Saúde Mental do Rio de Janeiro, solicito autorização para realização de pesquisa de campo no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) Linda Batista.

Esta é uma pesquisa desenvolvida pelo pesquisador, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, na subárea de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras doutoras Creuza da Silva Azevedo e Lilian Miranda.

O projeto de pesquisa que tem como título “Os CAPS e as práticas de atenção à crise em saúde mental no Rio de Janeiro” tem como objetivo principal: investigar a atenção à crise nos CAPS do município do Rio de Janeiro. A pesquisa tem ainda como objetivos específicos: compreender a natureza das intervenções nas situações de crise; mapear e discutir quais noções orientam os profissionais nessas situações; analisar qual o papel dos CAPS na rede de saúde mental do Rio de Janeiro com relação às situações de crise.

A pesquisa consistirá em observação participante pelo período de três meses, com presença no espaço de convivência do serviço e nas reuniões de equipe, análise de documentos como livros de equipe e atas de reunião e entrevista com profissionais e serem escolhidos juntamente com a equipe durante o processo de pesquisa. Em nenhum momento posterior serão revelados nomes de profissionais ou pacientes ou nenhuma informação que permita identificá-los.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado e em artigos acadêmicos, ambos de acesso público. Se for do interesse do serviço pesquisado, será de grande valia para o pesquisador que possa também expor suas conclusões para a equipe, de modo que este retorno possa trazer contribuições diretas para o serviço que acolheu a pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo, onde constam telefone e endereço do pesquisador solicitante, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Daniel Duba Silveira Elia
(mestrando em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

e-mail: ddselia@gmail.com

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

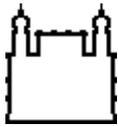
Tel: (21) 2598-2600/2595

Cel: (21) 9804-6788

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima.

(Coordenação Municipal de Saúde Mental do RJ-RJ)

Rio de Janeiro, ____/____/ 2012.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

À direção do Centro de Atenção Psicossocial Linda Batista, solicito autorização para realização de pesquisa de campo neste serviço.

Esta é uma pesquisa desenvolvida pelo pesquisador, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, na subárea de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras doutoras Creuza da Silva Azevedo e Lilian Miranda.

O projeto de pesquisa que tem como título “Os CAPS e as práticas de atenção à crise em saúde mental no Rio de Janeiro” tem como objetivo principal: investigar a atenção à crise nos CAPS do município do Rio de Janeiro. A pesquisa tem ainda como objetivos específicos: compreender a natureza das intervenções nas situações de crise; mapear e discutir quais noções orientam os profissionais nessas situações; analisar qual o papel dos CAPS na rede de saúde mental do Rio de Janeiro com relação às situações de crise.

A pesquisa consistirá em observação participante pelo período de três meses, com presença no espaço de convivência do serviço e nas reuniões de equipe, análise de documentos como livros de equipe atas de reunião e entrevista com profissionais e serem escolhidos juntamente com a equipe durante o processo de pesquisa. Em nenhum momento posterior serão revelados nomes de profissionais ou pacientes ou nenhuma informação que permita identificá-los.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado e em artigos acadêmicos, ambos de acesso público. Se for do interesse do serviço pesquisado, será de grande valia para o pesquisador que possa também expor suas conclusões para a equipe, de modo que este retorno possa trazer contribuições diretas para o serviço que acolheu a pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo, onde constam telefone e endereço do pesquisador solicitante, podendo tirar dúvidas sobre o projeto a qualquer momento.

Daniel Duba Silveira Elia
(mestrando em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

e-mail: ddselia@gmail.com

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ. CEP: 21041-210

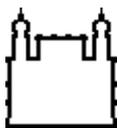
Tel: (21) 2598-2600/2595

Cel: (21) 98046788

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima.

(Direção do CAPS Linda Batista)

Rio de Janeiro, ____/____/ 2012.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(entrevista com profissional do CAPS)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Os CAPS e as práticas de atenção à crise em saúde mental no Rio de Janeiro”. Esta é uma pesquisa desenvolvida pelo pesquisador, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, na subárea de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras doutoras Creuza da Silva Azevedo e Lilian Miranda.

Você foi escolhido(a) por ser um profissional do serviço que atua no acolhimento e acompanhamento de pacientes com grave sofrimento mental. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Fiocruz ou com este serviço.

O objetivo principal da pesquisa é investigar a atenção à crise nos CAPS do município do Rio de Janeiro. A pesquisa tem como objetivos específicos: compreender a natureza das intervenções nas situações de crise; mapear e discutir quais noções orientam os profissionais nessas situações; analisar qual o papel dos CAPS na rede de saúde mental do Rio de Janeiro com relação às situações de crise.

A pesquisa consistirá em observação participante pelo período de três meses, com presença no espaço de convivência do serviço e nas reuniões de equipe, análise de documentos como livros de equipe e atas de reunião e entrevista com profissionais e serem escolhidos juntamente com a equipe durante o processo de pesquisa. Em nenhum momento posterior serão revelados nomes de profissionais ou pacientes ou nenhuma informação que permita identificá-los.

Sua participação consistirá em uma entrevista, com duração estimada de uma hora. O registro da entrevista será por gravação de áudio. O material será armazenado por cinco anos e só será acessado pelo pesquisador e suas orientadoras. Ao final deste

período, o material será descartado. A qualquer momento você poderá interromper a entrevista, de modo definitivo ou para continuação posterior.

Os riscos relacionados à entrevista consistem na possibilidade de que os temas abordados possam trazer sentimentos de angústia, tanto ligados às situações clínicas quanto às condições de trabalho. Assim, o pesquisador garante estar disposto a ouvir e compreender tudo o que o entrevistado quiser dizer, assim como interromper ou continuar a entrevista conforme o desejo do entrevistado.

Você não terá despesas, nem remuneração. Será garantido o sigilo tanto em relação à sua identidade quanto em relação às informações e/ou opiniões pessoais expressas durante a pesquisa. A confidencialidade das informações e o sigilo sobre sua participação serão assegurados em qualquer ocasião ou forma de divulgação dos dados, empregando-se nome fictício quando necessário descrever falas e/ou opiniões declaradas. No entanto, devido ao pequeno número de integrantes da pesquisa, existe o risco de que, através do conteúdo descrito das falas declaradas, algum leitor possa identificar o autor da fala.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado e em artigos acadêmicos, ambos de acesso público. Se for do interesse do serviço pesquisado, será de grande valia para o pesquisador que possa também expor suas conclusões para a equipe, de modo que este retorno possa trazer contribuições diretas para o serviço que acolheu a pesquisa.

O benefício relacionado com a sua participação será contribuir para a produção de conhecimento sobre os modos de lidar com o paciente com grave sofrimento mental em situação de crise, conhecimento que poderá servir para melhorar a qualidade da assistência no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Este termo possui duas vias idênticas. Cada uma das folhas será rubricada e a última assinada. Você receberá uma destas vias, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, com os comitês de ética e com o pesquisador responsável pela pesquisa, cujo nome, endereços e telefones estão descritos a seguir:

Daniel Duba Silveira Elia
(mestrando em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

e-mail: ddselia@gmail.com

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210

Tel: (21) 2598-2600/2595

Cel: (21) 9804-6788

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro CEP: 20211-901

Tel: 3971-1463

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>

Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ:

e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

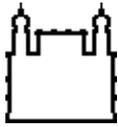
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos – Rio de Janeiro. CEP: 21041-210

Tel: 25982863 – horário de atendimento: 14 às 17 horas

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima.

(sujeito da pesquisa)

Rio de Janeiro, ____/____/ 2012



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Coordenador de saúde mental)

Sr.(a) coordenador de saúde mental do município do Rio de Janeiro, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Os CAPS e as práticas de atenção à crise em saúde mental no Rio de Janeiro”. Esta é uma pesquisa desenvolvida pelo pesquisador, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, na subárea de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras doutoras Creuza da Silva Azevedo e Lilian Miranda.

Sua participação consistirá em conceder uma entrevista que visa a uma melhor descrição do panorama da rede de saúde mental do município, para que se possa apresentar o contexto em que a pesquisa será efetuada. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Fiocruz ou com este serviço.

O objetivo principal da pesquisa é investigar a atenção à crise nos CAPS do município do Rio de Janeiro. A pesquisa tem como objetivos específicos: compreender a natureza das intervenções nas situações de crise; mapear e discutir quais noções orientam os profissionais nessas situações; analisar qual o papel dos CAPS na rede de saúde mental do Rio de Janeiro com relação às situações de crise.

A pesquisa consistirá em, além desta entrevista, na observação participante pelo período de três meses, com presença no espaço de convivência do serviço e nas reuniões de equipe, análise de documentos como livros de equipe e atas de reunião e entrevista com profissionais e serem escolhidos juntamente com a equipe durante o processo de

pesquisa. Em nenhum momento posterior serão revelados nomes de profissionais ou pacientes ou nenhuma informação que permita identificá-los.

Sua participação consistirá em uma entrevista, com duração estimada de uma hora. O registro da entrevista será por gravação de áudio. O material será armazenado por cinco anos e só será acessado pelo pesquisador e suas orientadoras. Ao final deste período, o material será descartado. A qualquer momento você poderá interromper a entrevista, de modo definitivo ou para continuação posterior.

Os riscos relacionados à entrevista consistem na possibilidade de que os temas abordados possam trazer sentimentos de angústia. Assim, o pesquisador garante estar disposto a ouvir e compreender tudo o que o entrevistado quiser dizer, assim como interromper ou continuar a entrevista conforme o desejo do entrevistado.

Devido ao cargo de coordenador(a) de saúde mental, embora o pesquisador garanta não divulgar o nome ou qualquer outra informação referente ao entrevistado, é possível que o leitor identifique o entrevistado pelo conteúdo das falas descritas.

Você não terá despesas, nem remuneração. Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado e em artigos acadêmicos, ambos de acesso público. Se for do interesse do serviço pesquisado, será de grande valia para o pesquisador que possa também expor suas conclusões para a equipe, de modo que este retorno possa trazer contribuições diretas para o serviço que acolheu a pesquisa.

O benefício relacionado com a sua participação será contribuir para a produção de conhecimento sobre os modos de lidar com o paciente com grave sofrimento mental em situação de crise, conhecimento que poderá servir para melhorar a qualidade da assistência no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Este termo possui duas vias idênticas. Cada uma das folhas será rubricada e a última assinada. Você receberá uma destas vias, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, com os comitês de ética e com o pesquisador responsável pela pesquisa, cujo nome, endereços e telefones estão descritos a seguir:

Daniel Duba Silveira Elia
(mestrando em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

e-mail: ddselia@gmail.com

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210

Tel: (21) 2598-2600/2595

Cel: (21) 9804-6788

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro CEP: 20211-901

Tel: 3971-1463

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>

Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ:

e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos – Rio de Janeiro. CEP: 21041-210

Tel: 25982863 – horário de atendimento: 14 às 17 horas

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima.

(sujeito da pesquisa)
Rio de Janeiro, ____/____/ 2012



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(observação participante com profissional do CAPS)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Os CAPS e as práticas de atenção à crise em saúde mental no Rio de Janeiro”. Esta é uma pesquisa desenvolvida pelo pesquisador, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, na subárea de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras doutoras Creuza da Silva Azevedo e Lilian Miranda.

Você foi escolhido(a) por ser um profissional do serviço que atua no acolhimento e acompanhamento de pacientes com grave sofrimento mental. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Fiocruz ou com este serviço.

O objetivo principal da pesquisa é investigar a atenção à crise nos CAPS do município do Rio de Janeiro. A pesquisa tem como objetivos específicos: compreender a natureza das intervenções nas situações de crise; mapear e discutir quais noções orientam os profissionais nessas situações; analisar qual o papel dos CAPS na rede de saúde mental do Rio de Janeiro com relação às situações de crise.

A pesquisa consistirá em observação participante pelo período de três meses, com presença no espaço de convivência do serviço e nas reuniões de equipe, análise de documentos como livros de equipe e atas de reunião e entrevista com profissionais e serem escolhidos juntamente com a equipe durante o processo de pesquisa. Em nenhum momento posterior serão revelados nomes de profissionais ou pacientes ou nenhuma informação que permita identificá-los.

Sua participação consistirá em ter seu trabalho observado pelo pesquisador no espaço coletivo do CAPS e nas reuniões de equipe. O registro das observações será feito

em diário de campo. O armazenamento de tais registros se dará por cinco anos e em seguida eles serão descartados.

Se, por qualquer motivo, você não estiver à vontade com a presença do pesquisador, você poderá solicitar a interrupção da observação, seja ela definitiva ou momentânea.

Você não terá despesas, nem remuneração. Será garantido o sigilo tanto em relação à sua identidade quanto em relação às informações e/ou opiniões pessoais expressas durante a pesquisa. A confidencialidade das informações e o sigilo sobre sua participação serão assegurados em qualquer ocasião ou forma de divulgação dos dados, empregando-se nome fictício quando necessário descrever falas e/ou opiniões declaradas. No entanto, devido ao pequeno número de integrantes da pesquisa, existe o risco de que, através do conteúdo descrito das falas declaradas, algum leitor possa identificar o autor da fala.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado e em artigos acadêmicos, ambos de acesso público. Se for do interesse do serviço pesquisado, será de grande valia para o pesquisador que possa também expor suas conclusões para a equipe, de modo que este retorno possa trazer contribuições diretas para o serviço que acolheu a pesquisa.

O benefício relacionado com a sua participação será contribuir para a produção de conhecimento sobre os modos de lidar com o paciente com grave sofrimento mental em situação de crise, conhecimento que poderá servir para melhorar a qualidade da assistência no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Este termo possui duas vias idênticas. Cada uma das folhas será rubricada e a última assinada. Você receberá uma destas vias, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, com os comitês de ética e com o pesquisador responsável pela pesquisa, cujo nome, endereços e telefones estão descritos a seguir:

Daniel Duba Silveira Elia
(mestrando em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ/RJ)

e-mail: ddselia@gmail.com

Rua: Leopoldo Bulhões, 1480 sala 716, Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210

Tel: (21) 2598-2600/2595

Cel: (21) 9804-6788

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro CEP: 20211-901

Tel: 3971-1463

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>

Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/FIOCRUZ:

e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos – Rio de Janeiro. CEP: 21041-210

Tel: 25982863 – horário de atendimento: 14 às 17 horas

Declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa e concordo com sua realização dentro dos termos propostos acima.

(sujeito da pesquisa)

Rio de Janeiro, ____/____/ 2012

GUIA DE ENTREVISTA
(técnico do CAPS)

PERFIL PROFISSIONAL

Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____

Local de Entrevista: _____

Data de Realização: _____ Duração: _____

Questões:

- 1) Qual a sua formação?
- 2) Há quanto tempo trabalha neste CAPS? Já trabalhou em outros CAPS?
- 3) Como é o seu trabalho neste CAPS?
- 4) Fale um pouco sobre as situações clínicas difíceis que vivencia em seu trabalho.
- 5) Nestas situações, a quais recursos tem se podido recorrer?
- 6) Poderia relatar algum caso que ilustre uma situação de paciente em crise.
- 7) Quais suas principais preocupações no cuidado com pacientes em crise?
- 8) O que você pensa sobre o CAPS? Quais as principais funções deste serviço?
- 9) A partir de sua experiência, quais tem sido os principais desafios deste CAPS?
- 10) Existe algum mecanismo de apoio entre os profissionais no enfrentamento de situações difíceis? E por parte da coordenação do serviço? E da coordenação de saúde mental do município?
- 11) Como você avalia a organização da rede de saúde mental do município?

GUIA DA ENTREVISTA
(Coordenador de saúde mental)

PERFIL PROFISSIONAL

Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____

Local de Entrevista: _____

Data de Realização: _____ Duração: _____

Profissão: _____

Questões:

- 1) Como se encontra estruturada a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro?
- 2) Como a rede de saúde mental do Rio de Janeiro tem atendido os pacientes em crise?
- 3) Quais as principais avanços e quais os principais entraves da rede para garantir uma boa atenção às situações de crise?
- 4) Existe um planejamento para a rede de saúde mental específico para o tema da atenção à crise?
- 5) Recentemente, em oficinas realizadas pela coordenação de saúde mental em todos os CAPS a atenção à crise foi um tema privilegiado por estas discussões. Por quê?

GUIA DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Data de Observação: _____ Duração: _____ Local/Atividade Observada: _____

OBSERVAR:

- Identificar situações de crise:
 - 1) O que a equipe identifica como crise.
 - 2) O que eu identifico como crise.
- Qual a presença de pacientes em crise no cotidiano do serviço
- Qual a natureza das intervenções dos técnicos em situações de crise.
- Quais profissionais são acionados em situação de crise e por quais motivos.
- O que os técnicos falam sobre situações de crise.
- Como discutem os casos de crise nas reuniões de equipe. Qual a relevância das discussões sobre situações de crise nas reuniões de equipe.
- Quando as situações de crise são encaminhadas a outros serviços.
- Quais recursos territoriais são acionados nas situações de crise.
- Quando e em quais situações os pacientes em situações de crise recorrem ao CAPS. Quando não recorrem, onde buscam ajuda.
- Como o CAPS discute situações de pacientes internados.
- Analisar livro de ocorrência e atas de reuniões sobre registros de situações de crise.