

Os Centros de Atenção Psicossocial Como Dispositivos de Atenção à Crise: Em Defesa de Certa (In)felicidade Inventiva¹

Ana Maria Thomé

II Colóquio Internacional do NUPSI: Construções de Felicidade

São Paulo, 21 de setembro de 2013.

Quando penso sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, dois pontos iniciais vêm à cabeça de modo instantâneo e profundamente relacionado: a ideia de desospitalização como carro-chefe para a criação deste dispositivo que se funda com o advento da Reforma Psiquiátrica e a orientação preconizada em 2002 pela Organização Mundial de Saúde, em seu “Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança” (Organização Mundial da Saúde, 2002: XVI) que indica a importância do fomento para formação de uma rede de cuidados em saúde mental com base na comunidade².

Ao analisar o termo *desospitalização* gramaticalmente, constata-se que ele é composto pelo prefixo *des*, que indica uma ação contrária. A desconstrução de algo anteriormente estabelecido. Neste caso, *desospitalizar* se refere à reversão de uma situação que resultou na assistência hospitalar a determinada pessoa. Essa constatação um tanto óbvia revela algo que considero fundamental de ser debatido frente às situações de agravo no campo da saúde mental. Uma chama que precisa ser acesa, ou reacesa.

Ela pode ser resumida na seguinte pergunta: por quê, mesmo com o advento de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, seguimos hospitalizando largamente? Por que frequentemente o CAPS, concebido para ser o principal dispositivo de abordagem ao usuário em crise, não consegue interromper as numerosas situações que resultam em internação psiquiátrica desnecessária? Em minha opinião, isto acontece por que, além de não receber o investimento público necessário, o CAPS se acomodou, com o passar do tempo, sobre uma rotina que tipifica o cuidado ambulatorial.

O princípio magno da Luta Antimanicomial legitimado no compromisso primordial dos CAPS provocarem e sustentarem o processo de desinstitucionalização parece desvanecido. A precariedade da rede desvitalizou as equipes e seus princípios, as despolitizando e

¹ O título deste texto não é de minha autoria exclusiva. Resultou de uma construção coletiva feita em uma reunião na sede do NUPSI, onde estavam presentes David Calderoni, Maria Lúcia Calderoni, Luciano Elia e eu. Na ocasião, pensávamos em possíveis temas para a mesa. A possibilidade de abordarmos a questão dos Centros de Atenção Psicossocial como dispositivos que substituem as emergências psiquiátricas e atendem o usuário em franca crise nos pareceu essencial, visto o quanto a maioria dos CAPS está longe de atuar de acordo com esta diretriz tão cara à Reforma Psiquiátrica. Agradeço de modo especial a David Calderoni por me convidar a participar do II Colóquio Internacional do NUPSI.

² Diz o relatório (p.XVI): “Os grandes hospitais psiquiátricos, de tipo carcerário, devem ser substituídos por serviços de cuidados na comunidade, apoiados por camas psiquiátricas em hospitais gerais e cuidados domiciliários, que respondam a todas as necessidades dos doentes que eram da responsabilidade daqueles hospitais. Essa mudança para os cuidados comunitários requer a disponibilidade de trabalhadores em saúde e serviços de reabilitação a nível da comunidade, juntamente com a prestação de apoio, em face de crises, e protecção na habitação e no emprego.”

burocratizando. O resultado disso é que o hospital segue com o status de *locus* principal do cuidado intensivo em todos os campos da saúde - igualmente diante das situações de agravamento psíquico.

Os CAPS não carecem de construções teóricas e legais. Estas já existem e são ferramentas bem elaboradas e bastante esclarecedoras sobre o que CAPS é e faz (Londero, 2010: 06; Ministério da Saúde, 2004: 10; Secretaria Municipal de Saúde – São Paulo, 2011: 01). Há, no entanto, uma dificuldade das equipes em colocar em prática as diretrizes conceituais presentes nestes documentos.

Como exemplo, pensemos na ideia de *cuidado intensivo*. Teoricamente os CAPS são equipamentos que devem superar a ideia de cuidado intensivo como *cuidado médico-hospitalar*. O *cuidado intensivo* na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira traduz-se em *estar mais perto e por mais tempo* (Coordenação de Saúde Mental/SMSA/SUS-BH). Cabe ressaltar que o cuidado médico e medicamentoso são importantes e devem ser garantidos na composição de uma intervenção terapêutica urgente, feita na ocasião do acolhimento, ou estabelecida a partir da discussão do caso. O cuidado hospitalar pode ser indicado nos casos em que outra intervenção desenhada pela equipe/usuário não resulte na superação do risco que a crise aguda deflagrou.

Assim, *cuidado intensivo* na perspectiva da Reforma Psiquiátrica significa *estar junto, por mais tempo*. A ideia, por exemplo, de *hospitalidade noturna* que o CAPS III, com funcionamento 24 horas, inaugura, se vale exatamente do pareamento entre *intensividade do cuidado* como *aproximação intensa entre equipe e usuário* (Coordenação de Saúde Mental/SMSA/SUS-BH). Esta é, portanto, a diretriz conceitual que embasa a *hospitalidade noturna*. Neste sentido, é fundamental que a implantação de CAPS III na cidade de São Paulo seja estabelecida observando o preceito básico que ordena a hospitalidade noturna, ou seja: como decisão da equipe/usuário fundada na relação terapêutica. Não observar este preceito, estabelecendo outra forma de regular os leitos no CAPS III, é retroceder nos avanços estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica.

As equipes dos CAPS, em número insuficiente para o município, são levadas a se descaracterizarem antes mesmo de se constituírem. Antes mesmo de estabelecerem a lógica de cuidado preconizada pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Os CAPS já nascem com a demanda de compor *grades* organizadoras do contato da equipe com o usuário, abdicando de seu caráter peripatético (Lancetti, 2008: 27): “grade de grupo”, “grade de acolhimento”, “grade de técnicos na convivência”, “grade de atendimento individual” e assim por diante. As equipes ficam presas no serviço às grades erigidas por elas mesmas. As grades visam satisfazer a lógica da produtividade numérica imposta pela prefeitura; sem dúvida que sim. Mas a “grade de atividades” também *defende* a equipe do contato não mediado que a clínica de atendimento ao usuário em crise impõe.

Como consequência, vemos projetos terapêuticos singulares longe de atender minimamente à ideia de singularidade: o usuário é “encaixado” num cardápio de atividades. A vida dos CAPS se organiza em torno de um carrossel semanal de tarefas. Usuários “mal comportados”, que não vão ao CAPS nos dias certos ou que não conseguem frequentar o serviço são taxados como “sem adesão ao tratamento”. As equipes esperam a piora deste *usuário desencaixado* para que ele seja remetido ao hospital e volte “mais organizado”.

Comparo a “grade de atividades” às defesas neuróticas que lançamos mão internamente diante da vivência de angústia intensa. A grade de atividade é a proteção politicamente correta que dá *cara de trabalho* ao cotidiano do CAPS e afasta cordialmente o usuário do profissional, este último ocupado com o gerenciamento de suas atividades diárias.

Portanto a crise se vier, quando vier, será remetida para o hospital. Isso significa admitir que o CAPS não substitui o hospital psiquiátrico. Isso significa também admitir que os CAPS, na atualidade e com honrosas exceções, fazem atendimento ambulatorial para acompanhamento regular do usuário que foi “estabilizado” durante a hospitalização. “Estabilizado” para a rede de saúde significa a condição do sujeito que teve seus sintomas remitidos, ou minimizados³. A “DMSzação”⁴ dos eventos psicopatológicos vem empobrecendo a compreensão da experiência de adoecimento.

Considero importante problematizar qual a concepção de clínica adotada pelos CAPS e pela rede de saúde no atendimento aos casos de saúde mental. Preocupa-me que ações que garantam a “estabilização” do usuário resultem, ou fortaleça uma perspectiva higienista, que não tolera, nem consegue conviver com a loucura. Este importante princípio da Luta Antimanicomial parece-me esquecido, salvo no “18 de maio”, quando voltamos a contextualizar historicamente de onde viemos e o que, afinal, a rede substitutiva deveria efetivamente substituir. Mas é pouco.

As pré-conferências municipais de saúde deste ano estavam esvaziadas de usuários e trabalhadores que defendem a luta antimanicomial. Estamos abdicando de fóruns importantes de tensionamento e legitimação de princípios antimanicomiais com a macropolítica. A tolerância com o diferente é um princípio caro, que precisa ser constantemente retomado. A dimensão comunitária através da participação popular e do cuidado pra fora do serviço é um campo fundamental para refundação da perspectiva contra-hegemônica tal qual originalmente a luta antimanicomial defendeu.

Na micropolítica, no interior dos CAPS e na comunidade, precisamos adotar um *funcionamento psicótico* desmontando progressivamente a “grade de atividades”. Observo que este processo depende da permanente reflexão conjunta da equipe sobre seu processo de trabalho. Percebo que as discussões que ocorre nos fóruns onde coordenadores e trabalhadores de CAPS se encontram já coloca em cheque a lógica do “agendamento”. Mas é preciso retomar os princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica. A ideia de circulação o

³ Eis outra aberração nascida a partir da ideia equivocada de “manutenção da estabilidade” para evitar a internação psiquiátrica. Muitos CAPS trabalham com a ideia de não permitir que sintomas brotem e o usuário “piore”, ou “regrida”, se “desestabilizando”. Há que se questionar que ideia de clínica é essa cuja finalidade maior é não permitir que a crise brote, ou que o sofrimento psíquico se descortine. O sintoma não é mais foco de questionamento clínico. Esse é outro “vespeiro” que exige uma discussão cuidadosa e vagarosa. Quem sabe no próximo colóquio?

⁴ Quero dizer com “DSMzação” o que vivenciamos atualmente na saúde pública: a construção do diagnóstico baseado em evidência empírica conforme preconizado pelo “Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais”, publicado e reeditado pela Associação Psiquiátrica Americana. No Brasil, ele é conhecido como “DSM”, uma abreviação para “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”. O DSM é largamente utilizado pelas ciências *psi*, sobretudo pela psiquiatria e deu força a uma clínica cuja preocupação maior é a remissão de sintomas.

mais desestruturada possível - pela unidade, pelo território – deve embasar as demais ações de cuidado. A micropolítica precisa dar o tom para a macropolítica.

As equipes precisam *desagendar* o cuidado, abandonar boa parte das atividades mediadas por estruturas grupais e individuais. Estas devem compor as ações de cuidado, não as protagonizá-las. Uma clínica do encontro com o usuário em crise não pode ser feita com dia e horário marcado. Há necessidade de mesclarmos atividades com setting e sem setting.

Neste sentido, compreender a concepção de *ambiente terapêutico*, capaz de receber o usuário como e do jeito que ele consegue chegar e permanecer é fundamental. (Ministério da Saúde, 2004: 18; Secretaria Municipal de Saúde – São Paulo, 2011: 04). O usuário em crise que não consegue vir ao CAPS precisa ser alvo de *busca ativa*: as equipes precisam aderir ao usuário e não desistir do cuidado daqueles que não conseguem, ou não querem ir ao CAPS⁵. Mas isso exige a recomposição das agendas, o investimento nas ações sem setting como majoritárias e ordenadoras do cotidiano do equipamento, além do incentivo ao debate permanente da equipe sobre seu processo de trabalho. O equipamento só atenderá crise se tiver a qualidade plástica de aproximar-se da urgência que invade apressada o serviço.

Esse modo de atuar em saúde mental não é simples, nem fácil. Trata-se do que costumo chamar quando converso com minha equipe de *desencapar o fio*, permitindo o contato entre usuário e equipe sem a mediação que a atividade estruturada oferece ao profissional. Trata-se de uma clínica desconfortável, imprevisível, trabalhosa por ser artesanal e, reconheço, potencialmente adoecedora.

Neste sentido, os técnicos necessitam, em frequência alta, de encontros que permitam a reflexão e elaboração conjunta sobre o trabalho produzido (reuniões de equipe, capacitações regulares, espaços de encontro entre os profissionais, saídas do serviço para estudo). Observo na minha vivência como coordenadora técnica de CAPS e, anteriormente, como psicóloga atuando na saúde pública, que a coletividade é altamente protetiva e que o trabalho em saúde depende inteiramente da reflexão regular conjunta sobre a prática. Os técnicos não devem abdicar de uma rotina de auto-cuidado cuja finalidade é a elaboração do que vivenciam cotidianamente, como a terapia individual e supervisão clínico-institucional.

É a crise do usuário e a crise da equipe que traz a tona as questões que precisam ser enfrentadas reflexivamente. Observo que meu entendimento de crise é sofrimento psíquico intenso, cuja manifestação pode adquirir diversas e cambiantes formas: desde a adoção de uma postura catatônica até episódios de ataque físico a si mesmo ou a terceiros. Mas é preciso reconhecer: a desconstrução da lógica ambulatorial deflagra a crise na equipe. Eis a infelicidade inventiva de que precisamos: aproximar-se do usuário em crise, subjetivando o ambiente do CAPS a partir da gravidade do caso.

No início do segundo semestre deste ano propus à minha equipe que iniciássemos a desconstrução da grade de atividades no CAPS, adotando o que chamei, inicialmente, de “circulação terapêutica”. Atualmente, chamamos apenas de “circulação”. Nestas primeiras semanas de experiência de circulação, foi comum ouvir os técnicos me relatarem magoados a sensação de “não estarem trabalhando”, ou sentirem-se “perdidos”. A conversa sobre as primeiras impressões e sensações dos técnicos diante do contato imediato com as pessoas que circulam diariamente no CAPS revelaram percepções e sensações poderosas, intensas.

⁵ Cabe a ressalva de que é um direito do usuário não querer ser acompanhado pelo CAPS. As equipes precisam ter muito cuidado para diferenciar a linha tênue que existe em um pedido legítimo de não querer ir ao CAPS da situação em que o adoecimento atua sobre a capacidade de escolha do usuário.

Relatos como, “vim nervosa, não sabia o que ia acontecer”, “Todos os usuários querem ficar ao meu lado, falar. Um deles me disse ‘estou aqui pra te proteger’”; “O paciente me perguntou se hoje eu não estava trabalhando”, “É pesado ficar com eles”, “Tenho medo do que os colegas vão dizer, que não estou fazendo nada. Só sentada, de papo com as pessoas” foram algumas das primeiras impressões desse terreno pouco conhecido da atuação sem a moldura da atividade programática.

No “III Simpósio Internacional de Acompanhamento Terapêutico”⁶, participei de uma mesa cujo tema foi “Desospitalização” e fui questionada por alguém da plateia sobre quais os subsídios teóricos que embasam a figura do *circulador*. Minha resposta - reconhecidamente cretina - foi a de que ao propor a remoção da *grade de atividades* baseei-me unicamente nos pressupostos primordiais dos documentos que definem e regulam a função dos centros de atenção psicossocial (Ministério da Saúde, 2004; Ministério da Saúde, 2010 Secretaria Municipal de Saúde – São Paulo, 2011;). Ironicamente constato que implantá-los de acordo com o preconizado não se faz sem que a equipe vivencie franco e doloroso sofrimento, ainda que com algum entusiasmo.

A atenção à crise somente poderá se constituir como tal se estiver de acordo com os ideais da Reforma Psiquiátrica e se o CAPS for poroso à infelicidade e impotência presentes nas formas de sofrimento psíquico extremas e na realidade do território ao qual referencia. Conviver com o pesar que a escuta e o acompanhamento dos casos difíceis impõem ao profissional não é tarefa fácil. “De longe parece mais fácil, frágil é se aproximar”⁷.

Outro ponto importante para a concretização do CAPS como dispositivo que atende crise, que menciono aqui a título de sinalização, refere-se à importância de sermos, de fato, não apenas burocraticamente, os serviços que ordenam a rede. Neste sentido, estabelecermos um canal de diálogo regular com a rede hospitalar para onde os usuários de saúde mental são remetidos é vital. CAPS e hospital precisam tecer o difícil diálogo do cuidado compartilhado dos casos que necessitam de internação, a fim de acordarem aspectos fundamentais que o acompanhamento em saúde mental exige, como tempo mais breve possível de internação, visita da equipe do CAPS ao usuário internado, avaliação conjunta sobre o tempo de internação e alta hospitalar assistida pela equipe do CAPS para continuidade do cuidado.

Referências Bibliográficas

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL/SMSA/SUS-BH, *Hospitalidade noturna: um ousado sonho*. Belo Horizonte: SMS-BH

LANCETTI, A., 2008. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

LONDERO, S. *Reinventando o acolhimento em um serviço de saúde mental*. Porto Alegre: tese de mestrado UFRGS

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002, *Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Lisboa: OMS.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2011, Diretrizes técnicas para os serviços CAPS. São Paulo: SMS-SP.

⁶ Ocorrido nos dias 13 e 14 de setembro de 2013.

⁷ Verso da canção “Enquanto durmo”, de Zélia Duncan