

## **FIOS, REDES OU EMARANHADOS? TECENDO NOVOS MODOS DE CUIDADO NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

Edilane Nunes Régis Bezerra

*Universidade Federal da Paraíba- UFPB, [edilane\\_regis@hotmail.com](mailto:edilane_regis@hotmail.com)*

A Reforma na Psiquiatria está em pleno processo no Brasil e exige mudanças socioculturais profundas e de longo prazo. Trata-se de rupturas que fazem parte da formação e da concepção do SUS à medida que propõe um conjunto de transformações relacionadas aos modos de cuidar da saúde humana. Este trabalho objetiva compreender a atuação dos profissionais da psicologia dentro do atual modelo de atenção em Saúde Mental (SM). Foi realizado um estudo qualitativo, com a utilização da técnica de entrevistas semi-estruturada, com 05 psicólogos/as do CAPS AD, de um município paraibano. Enquanto método de análise empregou-se a análise temática. Os resultados apontam que: Os CAPS precisam funcionar de forma articulada com a rede de serviços de saúde, assumindo um papel estratégico nessa articulação e no constante tecer da rede. Esses espaços de discussões vêm a favorecer e contribuir com a produção científica em Psicologia, de modo a fortalecer uma práxis contextualizada com as questões que persistem no mundo atual. Os CAPS não dão conta da SM, por isso a Atenção Básica deveria entrar para ampliar a cobertura em SM. Sabe-se que o CAPS ocupa um lugar estratégico, de reordenar a SM no território. Contudo, percebe-se a importância de se trabalhar no território, não se limitando ao espaço físico do CAPS. Ademais, é essencial a articulação com a rede de saúde como um todo e com a comunidade, desempenhando uma assistência integral; Possibilitando a troca de saberes e de experiências, além do assessoramento às unidades básicas de saúde.

Palavras Chave: Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Reforma Psiquiátrica.

### **INTRODUÇÃO**

Todos os serviços substitutivos criados a partir da legislação regulamentadora da Reforma Psiquiátrica concorrem para a superação do modelo hospitalocêntrico, primeiro passo para a desospitalização. Mas, não dão conta de um processo mais profundo, lento e difícil que se refere à desinstitucionalização das práticas tradicionais associados aos modos de olhar, conceber e cuidar do transtorno mental.

A reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde dependem centralmente da instituição de novos padrões de relacionamento entre o sujeito/clínico e o sujeito/enfermo (óbvio que este dilema não estaria colocado desta mesma maneira para a saúde coletiva, particularmente quando tomada como prática social concreta). Sugere-se a adoção de um arranjo no processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre equipe de saúde e usuário concreto (CAMPOS, 2000). No Brasil, a atual política pública de saúde mental garante que a

maior parte dos recursos financeiros seja destinada à estruturação de programas e serviços alinhados às propostas de desconstrução do modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, dentre outros (BRASIL, 2007). Essa realidade se deve às conquistas da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, cuja continuidade e, sobretudo, consistência, requer permanente atenção para grande quantidade de fatores, entre os quais se destacam seu caráter complexo e a exigência da consideração às dimensões epistemológica, social, cultural, jurídica (AMARANTE, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão.

Devido ao papel estratégico que o CAPS ocupa no processo da Reforma Psiquiátrica e na articulação da rede de atenção à saúde mental, aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pelas equipes locais. Ademais, mecanismos de indução financeira, pelo

Ministério da Saúde, para o desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica são fundamentais. No entanto, é necessário melhorar a articulação desses serviços com atenção básica para que as equipes dos CAPS se desloquem de seus espaços tradicionalmente institucionalizados e passem a realizar um trabalho em conjunto com as equipes da atenção básica que por sua proximidade com famílias e comunidades, devem ser consideradas estratégicas para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, outras drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

Os CAPS podem ser definidos como uma experiência em saúde coletiva ainda em construção. Propõem, através, de suas ações uma intervenção cultural, tendo como objetivo interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura. Através dele e de outros dispositivos de atenção territorial, a sociedade, que durante toda a existência da Psiquiatria aprendeu que o melhor tratamento e encaminhamento destinado ao louco seria o hospital psiquiátrico, está a partir de então conhecendo outros modos de lidar com a loucura que não a segregação e a exclusão, auxiliando na construção de outras formas que não a institucionalização dessas pessoas. Diferentemente do hospital psiquiátrico, que

de acordo com GOFFMAN (2001), impunha uma barreira ao intercâmbio social, às possibilidades de troca com o mundo exterior, o CAPS busca, deseja e, de certa forma, corre ao encontro da “afetação” ou da “incursão” da loucura na sociedade.

Neste sentido, os CAPS se apresentam como um dispositivo de cuidado cujo objetivo é constituir-se como substitutivo ao hospital psiquiátrico e, desta forma, é voltado para a atenção integral ao portador de transtornos mentais. Portanto, visam ao desenvolvimento de projetos de vida, de produção social e a promoção da melhora da qualidade de vida. Tendo como missão estabelecer e tecer laços para além dos serviços de saúde, os CAPS deveriam estar voltados para “fora de si”, pois precisam manter aquecidas suas relações com a cultura local.

Este trabalho objetiva compreender a atuação dos profissionais da psicologia dentro do atual modelo de atenção em Saúde Mental, preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, sustentada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007; ROTELLI et al. 1990; BASAGLIA, 2005). Desenvolvido entre os meses de fevereiro e junho de 2013, durante visitas realizadas no CAPS AD, na disciplina de Prática

Integrativa II, do curso de Psicologia. O estudo envolveu cerca de cinco psicólogos/as do CAPS AD. Utilizou-se entrevistas individuais semi-estruturada com os profissionais do serviço.

A condução da entrevista com profissionais do CAPS AD baseou-se em um roteiro de questões semi-dirigidas que abordava todo o processo de trabalho do CAPS, atendimento aos usuários, bem como questões concernentes à relação com a rede, interação entre profissionais e formação.

O material empírico foi trabalhado a partir de análise de conteúdo, desenvolvida, primeiramente, por meio de sucessivas leituras flutuantes de todas as transcrições e relatos dos procedimentos adotados. Em seguida, construímos categorias empíricas, pautadas na relevância, intensidade e recorrência dos argumentos dos participantes da pesquisa (MINAYO, 2010).

O referencial teórico utilizado na discussão dos resultados baseou-se nos teóricos da Reforma Psiquiátrica e da Psicologia Social.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O coordenador do serviço informou que o número de usuários atendidos varia e, é bastante imprevisível. Há dias que são atendidos pela manhã e à tarde um total de 35

usuários. No entanto tem dias que esse número decresce consideravelmente.

Para ser atendido o usuário ou responsável apresenta os seguintes documentos: CPF, RG, Cartão do SUS, Xerox de comprovante de residência e duas fotos. Os usuários são acolhidos pela equipe de profissionais para a verificação da demanda a partir da qual será traçado o projeto terapêutico.

Existe um Projeto Terapêutico para os usuários, onde é traçado de acordo com a disponibilidade de horários dos usuários, bem como dos tipos de uso de álcool e/ou drogas ingeridos pelos mesmos. Atualmente o tipo de drogas mais utilizada pelos usuários do serviço, é o crack.

Apesar de também existir evasão. Aqueles que aderem ao tratamento sinalizam o medo de receber alta, tendo o CAPS ad como uma zona de conforto e um local para suprir suas necessidades básicas. Infelizmente, existem usuários que, ao final do horário de atendimento (estadia), não têm para onde ir.

Alguns usuários abandonam o tratamento. O abandono ocorre por vários fatores: a motivação de alguns usuários é apenas dispor de consultas médicas e recebimento de remédios. Outros não se adaptam ao tratamento proposto; também há

casos em que o usuário não consegue ficar muito tempo sem o consumo de drogas. Desse modo a entrada de usuários no serviço é bastante variada, não tendo um número fixo. Quando o usuário abandona o tratamento a assistente social faz uma visita para averiguar o que aconteceu com o mesmo e tentar trazê-lo de volta.

Essa realidade não nos exime, entretanto, de lembrar que a ampliação da cobertura de serviços e o acesso a eles, não garante, por si mesma, a superação de práticas calcadas no modelo “queixa-conduta” que, em geral, privam os sujeitos da possibilidade de acesso a cuidados baseados no vínculo e na participação da construção de seus projetos de tratamento, o que gera dependência aos serviços e inchaço destes. Portanto, colocasse em questão a qualidade da assistência prestada por esses equipamentos e sua competência para ajudar os pacientes a ampliar possibilidades de auto-cuidado (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Vale ressaltar que os CAPS realmente tem um papel fundamental, de referência na Reforma Psiquiátrica, tendo a incumbência não apenas de tratar das pessoas com transtornos mentais graves, mas também regular a rede no que se refere aos atendimentos de saúde mental e oferecer suporte para que os serviços desenvolvam ações psicossociais (BRASIL, 2004).

Entretanto, tal como LEAL e DELGADO (2007) ressaltam, o cumprimento dessas funções exige a consideração de que o sofrimento e o próprio sujeito que sofre sempre se constituem na relação com o social. Nessa perspectiva, o que diferencia o CAPS do manicômio é a qualidade das suas respostas, inevitavelmente dependente da configuração de redes.

Os usuários dispõem de consultas médicas com clínico geral, psiquiatra e psicólogos. Eles participam de oficinas diversas com pedagogos, psicopedagogos, assistentes sociais, psicólogos e com professor de Educação Física. Além de terem atendimento com enfermeiros.

As oficinas terapêuticas duram em torno de 40 a 50 minutos. Há oficinas de artesanato, oficinas de reflexão com temas variados, atendimento de escuta psicológica, oficina para a fabricação de sabonete, detergente, amaciante e fabricação de mosaicos com azulejos quebrados. Os produtos fabricados são vendidos em bazar que acontece na própria instituição. O dinheiro é revertido para a compra de material para a própria instituição. Também há oficinas com Professor de educação física nas quintas-feiras, ao ar livre no Parque da Criança. Os usuários também tem o momento de tomar banho de piscina. A psicóloga afirma que deveria diversificar os temas das

oficinas de reflexão, para temas que não girassem em torno só da dependência química.

A equipe diz que faz atendimentos individuais, grupoterapia e diversas oficinas, mas não descreve ou nomeia nenhuma delas, com exceção da oficina de teatro e do grupo de família. Também realiza festas e passeios e enfatiza a importância destes, na medida em que os poucos locais de entretenimento da cidade costumam ser desconhecidos pelos pacientes. Entretanto, a frequência dessas atividades é pequena, em função da ausência de transporte e outros recursos, muitos dos quais acabam sendo providenciados por meio da “boa vontade” dos profissionais, que se organizaram, por exemplo, para fazer doações dos alimentos necessários para a festa junina. Nesse sentido, afirmam que “desistiram de pedir [recursos]” à secretaria de saúde, mas “não desistiram de fazer” festas e passeios.

De modo geral, a equipe considera que trabalha para a “melhoria da qualidade de vida dos pacientes”, nomeando sua função como um “trabalho muito assistencial”, que envolve a observação do cotidiano dos usuários, a realização de orientações diversas, inclusive relacionadas à higiene pessoal e à alimentação. Os profissionais destacam que trabalham com as famílias, ajudando-as a reconhecer as necessidades de autonomia e algumas potencialidades dos usuários, além

de se manterem atentos aos destinos dados aos benefícios recebidos por estes.

A análise sinalizou que os profissionais de psicologia reconhecem suas competências no serviço, na realização de acompanhamento clínico e na promoção da reinserção social dos usuários, através do acesso e garantia dos seus direitos e no fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Todavia, não é reconhecido pelos profissionais, a atuação como mediadora do direito à saúde, como um direito humano.

Ademais, os resultados revelaram dificuldades enfrentadas pelos profissionais de ordem institucional, diálogo com familiares de usuários, de inabilidade de gerenciar situações, ações coletivas que contribuem para a descontinuidade do atendimento e o reconhecimento da necessidade de formação continuada para os profissionais que atuam nos serviços.

## CONCLUSÕES

Com o processo de Reforma Psiquiátrica surge em todo o Brasil uma série de novos serviços que se configuram como experiências múltiplas e heterogêneas, novas formas de intervenção frente à loucura, serviços substitutivos ao modelo manicomial, que mesmo apresentando suas singularidades,

têm em comum a proposta de oposição e transformação do modelo clássico em Psiquiatria. Visam à transformação da estrutura manicomial, possibilitando uma nova e complexa realidade no campo da saúde mental, sendo o ponto de partida para mudar as tradicionais perspectivas em Saúde Mental (SM). A expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à SM, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde (2003).

Sobre esses indicativos, observa-se que a persistente visão clínica da Psicologia tradicional na formação do psicólogo, ainda contrasta com a atuação do profissional de Psicologia, proposta pela política de saúde mental brasileira. Os CAPS atuam estimulando a integração social e familiar de seus usuários em seus territórios, apoiando as iniciativas de busca de autonomia. A expansão destes serviços foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Neste período, o Ministério da Saúde (2003) pautou-se pela implantação de uma rede pública e articulada de serviços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, Franco. Apresentação a Che cos'è la Psichiatria? In: BASAGLIA, F. & AMARANTE, P. (Orgs.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório da gestão 2003- 2006. Brasília/DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília/DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília/DF, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. In: **Ciência e Saúde Coletiva** – Abrasco, v.5, n. 2, 219-230, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano. O Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: R. Pinheiro, A. P. Guljor AP, A. G Silva Jr. & R. A. Mattos (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos** (pp. 137- 154). Rio de Janeiro: CPESC: IMS/LAPPIS:ABRASCO, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In C. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y. M. Carvalho (Orgs), **Tratado de Saúde Coletiva**. (pp. 669-688). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Otta & MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp. 17- 59). São Paulo: Editora Hucitec, 2001.