

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ATENDIMENTO EM UM CAPS:
CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Experience report of a call on a CAPS: considerations for mental health care

**Relato de experiência de um atendimento em um CAPS: consideraciones de cuidado de la
salud mental**

Márcia Roberta de Oliveira Cardoso
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Pedro Paulo Freire Piani

Universidade Federal do Pará

Resumo

O presente artigo pretende realizar uma interlocução entre o relato de experiência de um atendimento em um CAPS vivenciado por um dos autores e algumas considerações sobre o cuidado em saúde mental. A referida experiência fomentou a realização de uma dissertação no campo da saúde mental, cujo título é *Com a voz, os usuários: discursos sobre as práticas de cuidado em saúde mental em um CAPS do Estado do Pará*. Nesse sentido, este artigo propõe uma reflexão acerca das questões que envolvem o cuidado em saúde mental e as práticas desempenhadas no âmbito dos serviços substitutivos, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e a atual Política de Saúde Mental no Brasil. O tema do cuidado em saúde mental nos serviços substitutivos ao modelo manicomial, ainda é emergente, especialmente no que se refere às práticas de cuidado no interior desses serviços.

Palavras-chave: Cuidado; Práticas; Saúde mental; Reforma psiquiátrica.

Abstract

A dialogue between a experience report of a session on a CAPS lived by one of the authors and some considerations about mental health care is presented in this paper. That experience provided to prepare a dissertation in the field of mental health, whose title is *Users with the voice: discourses about the practices of mental health care in a CAPS in the state of Pará*. Accordingly, this article proposes a reflection about the issues surrounding mental health care and the practices performed within the framework of substitute services, according to the assumptions of the Psychiatric Reform and the current Mental Health Policy in Brazil. The theme of mental health care in substitutive services to manicomial model is still emerging, especially with regard to the practices of care within these services.

Key words: Care; Practices; Mental health; Psychiatric reform.

Resumen

El presente artículo pretende realizar una interlocución entre el relato de experiencia de una atención en un CAPS vivenciado por uno de los autores, y algunas consideraciones sobre el cuidado en salud mental. Esta experiencia fomentó una disertación en el campo de la salud mental, cuyo título es con la voz, los usuarios: discursos sobre las prácticas de atención de salud mental en un CAPS del estado de Pará. En consecuencia, este artículo propone una reflexión sobre las cuestiones relacionadas con la salud mental y las prácticas realizadas en el contexto de servicios sustitutos, según las hipótesis de la Reforma Psiquiátrica y la actual política de Salud Mental en Brasil. El tema a respecto del cuidado en salud mental en los servicios que sustituyen al asilo de modelo, todavía está emergiendo, especialmente en lo relativo a las prácticas de atención dentro de estos servicios.

Palabras clave: Cuidado; Prácticas; Salud Mental; Reforma Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

A descrição da cena a seguir faz parte de uma experiência, cujo objetivo pretendido não é generalizar ou teorizar em cima de uma dada situação, muito menos expressar uma verdade a partir de um prisma pessoal. Um dos motivos mais significativos que me levaram a refletir sobre o tema foi quando precisei acompanhar um familiar para ser atendido em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Após chegar ao centro, fiquei junto com meu familiar aguardando a vez para sermos atendidos pela equipe de acolhimento. O familiar ao qual estava acompanhando, já vinha recebendo tratamento médico/psiquiátrico e psicológico através de plano de saúde particular.

De início, foi dado o diagnóstico de depressão, com suspeita de transtorno bipolar e indícios de comportamentos psicóticos. Tomava vários tipos de medicações diariamente, seja para combater a depressão, a ansiedade e a psicose. Foi inclusive “ventilada” a possibilidade

de tratamento através de eletroconvulsoterapia¹, tendo em vista que as medicações, segundo opinião médica, não estavam fazendo o efeito desejado. Por várias vezes, a medicação foi trocada, e o paciente – agora mais paciente do que nunca – já permanecia a maior parte do tempo dopado, sem contato efetivo com o meio social, seja com a família e com o trabalho, do qual se encontrava afastado. A depressão, a ansiedade e os comportamentos psicóticos ficavam suspensos e/ou amenizados, porém a maneira de existir ficava cada vez mais limitada, e a autonomia diminuída.

Realizadas as devidas considerações, fecho parêntese e dou prosseguimento ao relato sobre o atendimento do familiar no CAPS. Primeiramente fomos atendidos por um profissional da saúde, em um processo denominado de “acolhimento”, no qual o usuário e seu familiar fazem um relato acerca do que os motivou a procurar o serviço, seja através de encaminhamentos, que podem ser dados por outros serviços de saúde como hospital ou Unidade Básica de Saúde, ou por conta própria (demanda espontânea). O profissional então faz uma avaliação da demanda trazida pelo usuário, identificando se o mesmo possui perfil (ou seja, portador de transtorno mental grave e/ou persistente) para ser atendido pelo referido CAPS, que foi o caso do familiar.

Os passos seguintes ocorreram da seguinte forma: foi agendada uma consulta com psiquiatra para fechar o diagnóstico clínico e indicação da medicação, conforme o caso. Posteriormente, o usuário seria acompanhado por uma equipe interdisciplinar, com a inclusão do mesmo em oficinas terapêuticas, de acordo com a problemática apresentada.

No dia da consulta com a psiquiatra, meu familiar e eu adentramos no consultório e sentamos à frente da médica. Esta não nos olhou e de imediato já foi fazendo a seguinte pergunta: qual é o problema? O familiar então indagou se a médica gostaria de escutar como

¹ De acordo com Antunes et al.. (2009) , a eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento que consiste na indução de crises convulsivas por meio da passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro para fins terapêuticos.

começou o processo de sofrimento psíquico que possivelmente o teria levado a desencadear um tipo de transtorno. A médica não deixou o usuário terminar de falar, e disse de forma irônica e firme, que não teria o dia inteiro para escutá-lo e que teria outros pacientes para atender, então solicitou que fosse breve em sua explanação, senão teria que deixá-lo para ser atendido por último.

A médica em questão deixou de se reportar ao demandante do serviço, para se reportar ao seu acompanhante, no caso, a mim. Esta atitude anulou totalmente a autonomia da única pessoa capaz de trazer informações valiosas a respeito de si mesma e que poderia direcionar a terapêutica de acordo com suas necessidades. Nesse momento, confesso que fiquei envergonhada pela atitude da profissional, não conseguia acreditar em tal cena, tanto é que cheguei a pensar que fosse uma técnica para verificar o grau de tolerância e agressividade do paciente frente a situações adversas. Mas, para minha surpresa, não era essa a intenção. Comecei então a “balbuciar” algumas palavras a respeito das condições de saúde de meu familiar, quando este, para se defender da situação constrangedora a qual se encontrava, indagou à médica por que estava sendo tratado com tamanho desrespeito naquele ambiente que, teoricamente, deveria ser acolhedor. A profissional então se retirou da sala, sem dar qualquer satisfação, deixando o paciente, agora impaciente, desencadeando no mesmo um processo de “surto”, de “crise”². Ficamos por alguns minutos sozinhos na sala, até sermos atendidos por um psicólogo que tentou contornar a situação e acalmar o usuário. Posteriormente, foi marcada uma nova consulta médica com outro profissional, que foi realizada na semana seguinte, sem nenhuma ocorrência desagradável, pelo contrário, fomos acolhidos e atendidos com respeito. Entretanto, a experiência com a profissional anterior foi tão traumática e sofrida que frequentar o CAPS se tornou aversivo, agravando o estado do

2 Período de agudização dos sintomas, no qual ocorre uma intensificação da desorganização psíquica do indivíduo, levando ao “dilaceramento subjetivo”, conforme fala Labosque (2001), ao passo em que a tolerância social com relação ao indivíduo diminui.

familiar. Optamos, então, por desistir do atendimento disponibilizado pelo serviço, continuando com o tratamento particular.

O caso foi levado à coordenação do CAPS que orientou que fosse formalizada queixa à Ouvidoria do SUS para que fossem tomadas as providências cabíveis, como por exemplo, o afastamento da médica de suas atividades no CAPS, tendo em vista que a própria coordenação já havia recebido outras queixas de usuários referentes à mesma profissional. Ainda foi revelado pela referida coordenação que esta estava apresentando dificuldades de relacionamento com a equipe interdisciplinar e que já havia sido transferida de posto de trabalho várias vezes.

O episódio relatado faz parte de um exemplo de uma prática profissional e institucional que acredito que não seja exceção, porém também não se constitui uma prática generalizada. O objetivo desse depoimento não é formular hipóteses a respeito da organização dos serviços de saúde mental, muito menos estigmatizar as ações desenvolvidas pelos profissionais da área. A ênfase que gostaria de dar é que, a partir dessa experiência, algumas inquietações foram despertadas em mim. A seguir apresento algumas dessas inquietações, sendo que algumas delas foram transformadas em questões norteadoras para a pesquisa de mestrado, já citada no resumo deste artigo.

Primeiramente, fiquei me perguntando se os serviços de atenção à saúde mental como os CAPS estão preparados para oferecer os cuidados necessários às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, considerando que o tema saúde mental envolve uma gama de saberes e práticas de cuidado, uma vez que deve levar em conta a subjetividade da pessoa que busca atendimento nessas instituições. Essa questão está diretamente ligada à atuação dos profissionais da área de saúde mental, bem como à condução da Política de Saúde Mental por parte dos gestores e também de todos os atores envolvidos nesse processo, incluindo os

próprios usuários e familiares. Os caminhos percorridos pelos usuários por causa de seus problemas de saúde merecem destaque, haja vista que cada indivíduo procura resolver e buscar cuidados terapêuticos de diferentes maneiras.

Essas são apenas algumas questões que no momento gostaria de pincelar enquanto parte de minhas inquietações, considerando que este trabalho não pretende dar conta de responder a todas as indagações.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A reforma psiquiátrica, há anos em processo no Brasil, tem propiciado transformações nas reflexões sobre a temática da saúde mental, além da implantação de novos modelos de assistência e novas estratégias de cuidado. Nesse contexto, a desinstitucionalização da loucura tornou-se um dos seus pilares e principais fundamentos da política de saúde mental, sendo compreendida como “desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental” (Amorim & Dimenstein, 2009, p. 196).

Assim, a desinstitucionalização não se resume a substituir o manicômio por outros serviços que viabilizem a “reinserção” das pessoas com transtornos mentais nos cotidianos da cidade, visto que a configuração da política e dos serviços não garante, por si só, o arrefecimento de relações excludentes observadas na lógica manicomial, por exemplo. Mais que isso, a proposta de desinstitucionalização demanda a constituição de relações pautadas em novas bases epistemológicas e políticas de modo que mudanças sejam operadas nas práticas

que alicerçam a discriminação e as diversas modalidades de aprisionamento da loucura, inclusive “a céu aberto”.

Destarte, Alverga e Dimenstein (2006) frisam a relevância para o campo da saúde mental de que a própria dinâmica da sociedade seja problematizada. Logo, um ponto fulcral para tal é a reflexão sobre os discursos relativos aos processos saúde-doença mental circulantes no dia-a-dia. Em específico, faz-se pertinente à efetivação da reforma psiquiátrica perscrutar sentidos sobre o louco e a loucura que permeiam produções de nossa cultura, visto que isso ainda constitui uma lacuna de pesquisas desenvolvidas no campo da saúde mental, considerando os vultosos desafios atuais relacionados à desinstitucionalização da loucura.

Com os avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, muitas mudanças vêm ocorrendo na área da saúde. No campo da saúde mental, certamente a maior conquista foi o processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico e a gradual implementação de serviços de saúde em meio aberto, como os CAPS, os Hospitais-dia e as Residências Terapêuticas. A partir dessa reformulação, os sujeitos que antes viviam enclausurados nos hospitais psiquiátricos, agora podem contar com um tratamento mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem.

Porém, a sociedade, bem como as famílias, está pouco preparada e amparada para acolher o portador de sofrimento psíquico, havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental. Por outro lado, muitos são os esforços empreendidos pelos serviços e pelos profissionais da saúde na busca por reverter a lógica de atenção à saúde mental arraigada na nossa cultura, em que prevaleceu por muitos anos, a exclusão e o preconceito.

Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009) afirmam que nos últimos anos observou-se que a produção de trabalhos científicos que abordam o cuidado em saúde e a humanização das

práticas assistenciais aumentou significativamente. Este aumento reflete, em parte, as transformações efetivadas no campo da saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1988, seus princípios e diretrizes. Especificamente no campo da saúde mental, a reorientação da assistência psiquiátrica, ao avançar de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar fez emergir um cenário que possibilitou a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares, as quais revertem em um cuidado diferenciado.

Na área da saúde mental, as questões do cuidado e do cuidar têm sido um campo fértil de preocupações e investigações, pois as demandas existentes nos serviços e programas de saúde mental tornaram-se complexas. As práticas de saúde contemporâneas estão passando por uma importante crise em sua história. Em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, estas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações.

Recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil. O cuidado é o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do portador de transtorno mental e sua família no seu cotidiano.

Para Mielke et al.. (2009), a reabilitação psicossocial, no contexto da reforma psiquiátrica, define-se como um saber fazer, considerando o transtorno psíquico como um dado da história de vida do usuário, ou seja, um indivíduo que vive em um território, que mantém relações sociais e afetivas, fazendo parte de determinada família e que apresenta um transtorno mental que tem diferentes repercussões em sua vida. O olhar ao doente mental é ampliado e este passa a ser visto como cidadão, com direitos e deveres, e corresponsável por seu tratamento e por suas condições de vida.

Ainda segundo os autores, a reabilitação também é entendida como um conjunto de ações que visam a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo o dano causado pelo transtorno mental e envolvem todos aqueles que fazem parte do processo de saúde-doença, ou seja, usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral. Os serviços substitutivos, tais como os CAPS, possuem esse caráter reabilitador por serem serviços territorializados, utilizando espaços na própria comunidade, fazendo com que o usuário, portador de transtorno mental, retome sua posição frente à sociedade.

Desta forma, como afirma Lima (2011), os serviços que desenvolvem a assistência às pessoas com transtorno mental não podem ser *cristalizados* e marcados por um cotidiano em que se reproduzem técnicas e protocolos de saúde; devem se ancorar numa perspectiva da inventividade e fomentar ações voltadas para seus usuários, e não para suas *doenças*, desenvolvendo práticas de acolhimento, de sociabilidade, de desenvolvimento de potencialidades e de produção de vida e de singularidade.

Esse arcabouço de mudanças conceitual e de práticas têm criado novas formas de pensar, tratar e cuidar em saúde mental que envolve a estruturação de uma rede de serviços e cuidados que abrange usuários, familiares, os trabalhadores, gestores e comunidade.

O CUIDADO E AS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009) apontam que as situações complexas e emergenciais com as quais os profissionais se defrontam, inseridos em serviços destinados ao cuidado à saúde mental, não são raras, ao contrário, são cotidianas e, via de regra, expressam cenas em que usuários em crise protagonizam a agressividade, o intenso sofrimento psíquico, atitudes de auto-mutilação e extrema angústia.

De acordo com os mesmos autores, a angústia é considerada como disposição fundamental, capaz de singularizar a existência do homem e possibilitar que ele se aproprie de seu ser, interpretando-o a partir de si mesmo. Tais vivências, intensas e angustiantes, exigem dos trabalhadores compreensão ética e, sobretudo, disponibilidade para efetivar uma atenção e um cuidado realmente abrangente. No entanto, essa realidade vivenciada pelos profissionais, por vezes, contribui para um comportamento de distanciamento, em meio ao qual o diálogo e a reflexão crítica não encontram eco, desviando-se, assim, o foco da atenção, que deveria estar na relação de cuidado, para as relações puramente institucionais.

Nesse sentido, é importante destacar a questão da ética no cuidado. É necessário haver ética no cuidado ao portador de transtorno mental e sua família, respeitando-se a sua cidadania e promovendo a sua reabilitação. Esta ética, segundo Waidman e Elsen (2005), envolve também o respeito ao cuidado familiar desenvolvido dentro da família, o compartilhar do saber do profissional com o saber familiar. Um cuidado ético preocupa-se com tudo que envolve o ser humano e que o rodeia, ou seja, com a sua singularidade, igualdade, desigualdades, harmonias e conflitos. Não pode ser baseado numa única estratégia; deve ser livre, criativo e não pode ter medo de inovar.

Para haver um cuidado ético é preciso profissionais comprometidos com a ética, preparados para identificar os recursos disponíveis na comunidade e saber interferir e interagir na hora adequada. Profissionais que saibam ouvir, avaliar, identificar, planejar e intervir com famílias, neste caso as de portadores de transtornos mentais; que saibam oferecer um cuidado diferenciado, que dê suporte à dor do paciente e a oportunidade para ele expressar seus sentimentos e suas expectativas.

A observação desses aspectos do cuidado exige dos cuidadores conhecimento técnico e comprometimento sócio-político, habilidade em lidar com a diferença e responsabilidade

com a vida de cada pessoa que o busca, motivação profissional e valorização do seu trabalho. Essas qualidades articulam-se com o compartilhamento dos ideais da reforma psiquiátrica e com uma prática cotidiana crítica, reflexiva e criativa. Para isso acontecer, há que se dispor de condições de trabalho favoráveis, de espaços de supervisão, de uma rede de cuidados em saúde mental que retire os serviços da condição de isolamento e de espaços de formação permanente que permitam trocas de pensamentos e de experiências entre os profissionais e os serviços, capazes de lutar contra o enrijecimento dos desejos e dos fazeres dos sujeitos cuidadores (Nunes, 2008).

De acordo com Lima (2011), ainda é percebido a produção de ações que repõem a cultura manicomial e reativam processos de segregação ainda que no âmbito dos CAPS. Cenas que delineiam impasses que dificultam o avanço da Reforma, que apontam para certa reprodução de práticas aprisionantes e manicomiais em dispositivos que deveriam funcionar em uma perspectiva libertária, inclusiva e de reconhecimento do diferente. São cenas que aconteceram nos espaços de relação intersubjetiva entre profissionais e usuários destes serviços e que nos levaram a refletir acerca do modo como estamos trabalhando nesses locais, ou melhor, acerca do modo *como estamos cuidando das pessoas* que procuram essas instituições.

Ao falar do cuidado oferecido pelos profissionais aos portadores de transtornos mentais nas instituições psiquiátricas, Waidman e Elsen (2005) chama-nos a atenção para a evidente dissociação entre o discurso e a prática. Discursos cativantes que recorrem abundantemente a chavões como a liberdade do doente mental, humanização do tratamento, combate a repressão etc., convivem com uma prática assistencial mecânica e rotineira, fechada dentro de consultórios em entrevistas rápidas e superficiais. Outras vezes aqueles belos discursos convivem com a absoluta inação, com o nada a fazer e apenas a discursar

numa prática medíocre e apoucada. É incrível como essa prática do discurso diferente da realidade é comum em saúde mental. Apesar de os profissionais trabalharem em equipe, o trabalho é solitário e individual, mesmo em instituições desenvolvidas nos moldes da desinstitucionalização como são os CAPSs.

A EXPERIÊNCIA RELATADA DO ATENDIMENTO NO CAPS E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UMA PRÁTICA COMUM?

O presente trabalho propôs uma reflexão acerca das questões que envolvem o cuidado em saúde mental e as práticas desempenhadas no âmbito dos serviços considerados substitutivos, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e a atual Política de Saúde Mental no Brasil. Nesse sentido, cabe agora fazer uma relação entre a experiência relatada de atendimento no CAPS, vivenciada por mim e por meu familiar, e as concepções de cuidado no seu âmbito mais idealizado com as práticas em saúde mental.

Como havia enfatizado anteriormente, a cena de atendimento descrita não teve o objetivo de generalizar um conceito acerca da conduta dos profissionais no interior dos serviços substitutivos. O que me proponho é realizar uma reflexão a respeito do que hoje se entende por cuidado e o que realmente se aplica no cotidiano dos serviços prestados aos portadores de sofrimento psíquico.

De fato, quando uma pessoa passa a ser atendida por um serviço de atenção à saúde mental, ela de certa forma passa a ser descaracterizada enquanto pessoa, enquanto singularidade, enquanto indivíduo único, passando a entrar para o rol do que chamamos de usuários. Até então, a sua subjetividade ainda é respeitada, pois o objetivo maior de um

serviço de saúde é, em tese, atender os seus usuários da melhor forma possível, a partir de princípios e diretrizes apontadas por uma política.

A partir daí, adentramos em outro campo, que é classificar a pessoa a partir de uma problemática específica, então ele passa a ser denominado de portador de transtorno mental ou sofrimento psíquico. Isso sem falarmos em diagnósticos, daí o indivíduo já recebe um “sobrenome”, ele passa a ser conhecido como o “esquizofrênico”, “o bipolar”, o “psicótico”, o “depressivo”, etc.

O estigma e o preconceito já se fazem presentes antes mesmo da pessoa procurar ajuda em uma instituição de saúde. Primeiro porque ele é “diferente”, segundo porque ele está supostamente doente e terceiro porque ele causa “transtornos” para a sociedade por estar apresentando comportamentos “desajustados”.

Então, quando uma pessoa chega para ser atendida em um CAPS, como foi o caso relatado, ela vem cheia de medos, de vergonha, de angústias, carregando um sofrimento que parece ser infindável. Está em busca de acolhimento, de respeito, de um atendimento de qualidade, permeada, principalmente, por princípios éticos de cuidado. Neste contexto, o ato de cuidar pressupõe do cuidador, uma postura ativa que permita reconhecer o outro na sua liberdade, na sua dignidade e singularidade.

O acolhimento realizado no referido CAPS me fez perceber que o principal objetivo do mesmo não era realmente acolher e sim atender a um protocolo do serviço pelo qual identifica se o demandante tem perfil ou não para ser atendido no CAPS.

De acordo com Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009), o acolhimento pode ser expresso em um olhar dirigido a quem chega ao serviço, em uma palavra entonada de forma mais acolhedora, pode estar presente em atividades de sala-de-espera que estejam para além da recepção, em um gesto que demonstre que o espaço do serviço constitui-se verdadeiramente

em uma referência constante para o sujeito. Neste sentido, o acolhimento deve ser capaz de atravessar os processos relacionais em saúde e romper com o modelo de atendimento tecnocrática, sendo este o deslocamento fundamental a ser operado pela noção de acolhimento. É importante salientar que esse é um conceito que não se restringe apenas às práticas em saúde mental, mas sim em todas as unidades de saúde pública.

Após o primeiro “acolhimento” do usuário supramencionado, em questão, o passo seguinte foi a consulta com o profissional psiquiatra. Como descrito, o encontro entre o usuário, familiar (eu) e o referido profissional foi um desastre. Foi um grande exemplo de desrespeito, irresponsabilidade e falta de ética por parte do profissional. O usuário em nenhum momento foi acolhido, pelo contrário, seu sofrimento foi aumentado, acarretando inclusive em uma crise, em um surto. O profissional literalmente abandonou o paciente e seu familiar, sem sequer dar uma explicação.

Para Lima (2011) o papel do profissional se reflete numa atitude de responsabilização pelo usuário, questionando a neutralidade científica e a compartimentalização do indivíduo e dos saberes. Desse modo, o profissional deve se vincular afetiva e eticamente com as pessoas que buscam os serviços e agenciar seus processos de cuidado, visando evitar, por exemplo, os procedimentos de encaminhamentos como simples atos de repasse para outros profissionais, bem como procurar acompanhar os sujeitos em suas trajetórias nos serviços e no movimento de cuidado como um todo.

O que foi relatado tratou-se de uma experiência trágica, porém, não posso generalizar esse comportamento nada ético do profissional psiquiatra. O psicólogo que nos atendeu posteriormente foi muito atencioso, nos acolheu bem e tentou da melhor forma possível contornar a situação, criando um ambiente de confiança e respeito.

Enquanto diretriz operacional o acolhimento deve possibilitar a reorganização do processo de trabalho, de maneira a deslocar o eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento que se encarrega pela construção de vínculos, ao mesmo tempo em está compromissada e responsabilizada com acompanhamento do projeto dos usuários.

Além da importância do acolhimento e da constituição de vínculos, é correto afirmar que, na dimensão da reabilitação psicossocial, entende-se que qualquer processo terapêutico faz parte de um projeto de intervenção planejada e operacionalizada por toda equipe técnica. Neste sentido, faz-se necessário compreender que a noção de vínculo implica no envolvimento e no encontro de sujeitos e de subjetividades. Implica, portanto, ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal, mas humana. (Ballarin, Carvalho & Ferigato, 2009).

Coloquei o exemplo de duas atitudes completamente diferentes para com o usuário, e dessa forma fica patente que diversas práticas são encontradas no cotidiano dos serviços de atenção à saúde mental. Algumas dessas práticas corroboram para os ideais da Reforma Psiquiátrica e outras que ainda reproduzem a lógica manicomial.

A literatura vem reforçando o fato de que a reforma psiquiátrica brasileira encontra-se atualmente em um impasse: se de um lado é claro que houve avanços significativos na construção teórico-clínica da assistência, especialmente no tocante ao modelo de gestão dos CAPS e no fortalecimento dos laços entre a equipe de saúde, no outro lado, é possível perceber, também, que na dinâmica dos serviços de saúde mental alguns pontos parecem levar à repetição de antigas práticas que não são mais desejadas. Por exemplo, a cada dia, cresce o número de usuários que freqüentam os serviços e os antigos continuam a suscitar uma questão

fundamental: como criar e ajudar a construir outros projetos de vida, outras possibilidades que não dependam dos serviços, como evitar a prática de tutela, sem, no entanto, desassistir o cidadão?

As dimensões que caracterizam a atenção integral em saúde mental só podem ser construídas e realizadas quando todos os componentes das ações terapêuticas estejam orientados de acordo com um raciocínio comum, que busca evitar a fragmentação dos sujeitos, das necessidades e das ações, ou seja, que visa evitar a lógica da institucionalização e do abandono. Assim, a construção da integralidade configura não só um campo prático diferenciado, mas também uma nova ética do cuidado.

A integralidade do cuidado poderá ser obtida em rede, podendo haver algum grau de integralidade focalizada, quando uma equipe, em um serviço de saúde, mediante uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um, porém, numa linha de cuidado pensada de forma plena atravessando inúmeros serviços de saúde.

Voltando ao caso do atendimento no CAPS, afirmo então que por um “descuido” no serviço prestado, o usuário optou pelo abandono do tratamento no referido centro, por não ter suportado a experiência mal sucedida. O mesmo voltou a realizar o seu tratamento particular, que infelizmente reproduz a ditadura da medicalização, pela qual a pessoa fica “contida” através de uma “camisa de força química” em um espaço asilar que se resume a sua própria casa.

Lima (2011) aponta que a ação de cuidar se constitui como a essência do trabalho em saúde mental na Reforma Psiquiátrica, pois a mesma propõe novos modos de lidar com a loucura a partir de uma crítica contundente à racionalidade médica biologizante. Para tanto, o

cuidado deve estar mais voltado para a invenção de uma vida social ética e potente do que preocupado com uma cientificidade homogênea.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pode notar, o processo de mudança, ainda que fortemente estimulado por políticas públicas, produz-se verdadeiramente de dentro para fora, no cotidiano dos serviços, na experiência de encontros e desencontros entre seus atores sociais, dos seus acertos, tentativas de acertos e erros.

Pinto (2007) constata que as Equipes de Saúde Mental costumam trabalhar com concepções previamente formadas em relação às suas práticas. Não é comum a compreensão de que as práticas formam os objetos. Com isso, muitas equipes estão lançadas na corrente da repetição do que é o habitual e o habitual, está impregnado pelas formas dominantes de relações de poder: controle e disciplina. As equipes que conseguem superar esta determinação são as que se negam a aceitar como dados imutáveis, por exemplo, os conceitos de “doença mental” e de “paciente” enquanto essências fixadas numa identidade. Recusam-se, também, a reproduzir “tratamentos” já estabelecidos, afirmando o novo através da criação de práticas clínicas, de convívio e de produção que ativam redes sociais e movimentos autônomos. Identificam-se, nestas últimas, algumas práticas nas quais se podem perceber a descontinuidade em relação à repetição do controle.

Mas, ainda permanecem as que se alinham na sequência da continuidade com as práticas da segregação, da objetivação, da produção de subjetividades moldadas. O predomínio, ainda, do poder médico, a centralização de muitas ações na figura do psiquiatra e a ampla divulgação das pretensas maravilhas dos medicamentos de ação no sistema nervoso,

como tratamento único, ajudam a manter relações de poder nas práticas de Saúde Mental que nos fazem cativos do século XVIII e XIX.

Os profissionais de saúde mental deparam-se com uma pluralidade de demandas no cotidiano de serviço. Em relação às demais áreas da saúde, que gozam de alguns sistemas protocolares de atuação, o âmbito em questão se caracteriza pela amplitude de necessidades e ferramentas para lidar com as problemáticas trazidas pelos usuários, requerendo ações interdisciplinares, multiprofissionais, comunitárias, além de uma produção de transversalidades. Dessa forma, cuidado em saúde mental implica uma concepção polissêmica bem como projetos de transformações, processualidades e invenções constantes. Embora marcado por tal extensão, refletir acerca do que vem a ser o cuidado em saúde mental e a noção de sujeito veiculada pelo mesmo se torna uma tarefa vital para todos envolvidos com a Reforma Psiquiátrica, pois indica reverberações éticas e políticas (Lima, 2011).

Nesse contexto de cuidados, o redirecionamento do modelo assistencial com vistas à reabilitação psicossocial, questiona a função de saberes psiquiátricos, desloca o foco da assistência para os cuidados no território, implementa a discussão acerca da organização do trabalho em saúde, com ênfase no processo de trabalho dos trabalhadores, no caso, a área de saúde mental, tendo como perspectiva sua transformação por meio da construção de práticas renovadas na perspectiva da integralidade da atenção. (Ballarin, Carvalho & Ferigato, 2009)

Apesar das mudanças ocorridas na política de saúde mental e no paradigma que a sustenta, percebe-se uma distância entre o que se escreve e se quer com esse cuidado e a realidade da assistência ao portador de transtorno mental no Brasil. Por isso, cuidar, nesse paradigma, envolve reformulação de conceitos e repensar velhas atitudes e pensamentos que geralmente segregavam e excluía o portador de transtorno mental e sua família. E para nós que estamos acostumados a trabalhar isolados em nossa disciplina, isso torna-se um desafio, o

qual devemos enfrentar para conseguirmos desenvolver um cuidado adequado em saúde mental.

No campo da saúde mental, observou-se que o redirecionamento do modelo assistencial, com vista ao resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico, possibilitou a construção de novas práticas, sustentadas a partir do comprometimento, do compromisso e da implicação. Tais práticas pressupõem sem dúvida, que cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, é na verdade, ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades, exercitar a capacidade crítica, transformar criativamente os modos de ver, sentir, pensar, já estabelecidos.

Por fim, há que se buscar compreender o cuidado em saúde a partir de suas diferentes dimensões, sobretudo de maneira a considerar seu potencial emancipatório, capaz de ajudar os sujeitos envolvidos na relação de cuidado, a construir projetos singulares que efetivamente contribuam para a melhoria da qualidade de vida e de saúde.

Ainda é possível notar nos serviços substitutivos um ambiente rico em contradições e repleto de diferentes modos de atuação dos profissionais. Em algumas situações, a passividade promove a aceitação dos mecanismos de exclusão, mesmo com reclamações que não se materializam em ações de mudança. Em outros ambientes de trabalho, percebemos a recusa à aceitação passiva dos mecanismos de poder que utilizam a Psiquiatria como o velho tapete para baixo do qual o que é tido como sujeira social é varrida.

Acredito que o tema do cuidado em saúde mental nos serviços substitutivos ao modelo manicomial, portanto, os serviços que se pautam pela reforma psiquiátrica, ainda é emergente, especialmente no que se refere às práticas de cuidado no interior desses serviços. Nesse sentido, escrever este artigo é uma tentativa de socializar o tema do cuidado e as práticas em saúde mental nos novos serviços de saúde mental.

Referências

- Alverga, A., & Dimenstein, M. (2006). A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização da Loucura. *Interface Comun Saúde Educ.*, 10(20), 299-316.
- Amorim, A. & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204.
- Antunes, P. B. et al.. (2009). Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online], 31(1), S26-S33. ISSN 1516-4446.
- Ballarin, M. L., Carvalho, F., & Ferigato, S. (2009). Os Diferentes Sentidos o Cuidado: Considerações Sobre a Atenção em Saúde Mental. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 33(2), 218-224.
- Labosque, A. M. (2001). *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lima, E. J. B. (2011). O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: Pluralidade e movimento. In: Spink, M. J. P., Figueiredo, P., & Brasilino, J. (orgs). *Psicologia Social e Pessoaalidade*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais e ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social).
- Mielke, F. B. et al.. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(1), 159-164.
- Nunes. M. et al.. (2008). A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 188-96.
- Pinto, J. C. S. G. (2007). *Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- Spink, M. J. P. (2007). Sobre a Possibilidade de Conciliação do Ideal da Integralidade nos Cuidados à Saúde e a Cacofonia da Demanda. *Saúde e Sociedade*, 16(1), 18-27.
- Waidman, M. A. P., & Elsen, I. (2005). O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 341-349.

Nota sobre os autores

Márcia Roberta de Oliveira Cardoso. Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica e Social pela Universidade Federal do Pará/2013. E-mail: psirob2004@yahoo.com.br.

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira. Psicólogo. Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará. E-mail: pttarso@gmail.com.

Pedro Paulo Freire Piani. Professor adjunto da UFPA, na disciplina de saúde coletiva da Faculdade de Medicina. Atualmente é coordenador acadêmico do Hospital Universitário João de Barros Barreto – UFPA. E-mail: pedropiani@yahoo.com.br.

Recebido em: 05/03/2016.

Aprovado* em: 17/08/2016.