

Aposta Na Intensificação De Cuidados: Um Relato De Experiência

Commitment To The Intensification Of Care: An Experience Report

Compromiso Con La Intensificación De Cuidados: Un Relato De Experiencia

Paloma Raianna Antonio da Silva

Rafael Coelho Rodrigues

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

Resumo

Esse artigo busca, a partir do relato de experiência, discutir a importância do modelo de intensificação de cuidado a casos graves em saúde mental. O relato nos oportuniza olhar para a complexidade da prática no campo da saúde mental, identificando potencialidades e desafios do cuidado em liberdade. Como resultado é possível observar a potência do trabalho de intensificação de cuidados, prática em consonância aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Diante dos entraves, sugerimos formações continuadas para as equipes dos serviços substitutivos, pautadas pelas diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira, além de apontar a necessidade do fortalecimento da política de saúde mental através da prática crítica, em contraposição, à lógica manicomial, ainda presente nos serviços territoriais de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental; Intensificação de cuidados; Políticas públicas, Caps.

Abstract

This article seeks, from the experience report, to discuss the importance of the model of intensification of care for serious cases in mental health. The report gives us the opportunity to look at the complexity of practice in the field of mental health, identifying potentialities and challenges of care in freedom. As a result, it is possible to observe the power of the care intensification work, a practice in line with the principles of the Psychiatric Reform. Faced with the obstacles, we suggest continuing training for the substitute service teams, guided by the guidelines of the SUS and the Brazilian Psychiatric Reform, in addition to pointing out the need to strengthen the mental health policy through critical practice, as opposed to the asylum logic, still present in the territorial health services.

Keywords: Mental Health; Care Intensification; Public Policies; Caps.

Resumen

Este artículo busca, a partir del relato de experiencia, discutir la importancia del modelo de intensificación de la atención a los casos graves en salud mental. El informe nos da la oportunidad de mirar la complejidad de la práctica en el campo de la salud mental, identificando potencialidades y desafíos del cuidado en libertad. Como resultado, es posible observar el poder del trabajo de intensificación de la atención, práctica en línea con los principios de la Reforma Psiquiátrica. Frente a los obstáculos, sugerimos continuar la formación de los equipos de los servicios suplentes, orientados por las directrices del SUS y de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, además de señalar la necesidad de fortalecer la política de salud mental a través de la práctica crítica, frente al manicomio. lógica, aún presente en los servicios territoriales de salud.

Palabras clave: Salud Mental; Intensificación De Cuidados; Políticas Públicas; Caps.

Referencial Teórico

A mudança do modelo assistencial em saúde mental sofreu influência do cenário de redemocratização, da luta a favor dos direitos humanos e contra a violência do Estado no Brasil da ditadura civil-militar. O movimento de luta contra tal violência se associava a outra importante luta, a saber, a luta pela reforma sanitária brasileira que possibilitou o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste cenário social efervescente, a luta pela Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil se

consolida a partir da década de setenta do século XX.

Esses movimentos tinham ideais comuns e, no âmbito da saúde mental, foi formado por trabalhadores, usuários, familiares, intelectuais, artistas, entre outros atores sociais, dando origem ao movimento de luta antimanicomial (Brasil, 2005; Yasui, 2006).

Em 1987, foi realizado o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse ano, há como marco, o surgimento de práticas revolucionárias no cuidado de pessoas com transtornos

mentais fora do contexto hospitalar, a partir da criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, em São Paulo. Posteriormente, foram implementados outros dispositivos de cuidado no território. Essas experiências foram marcos no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e possibilitaram a transição do modelo assistencial (Brasil, 2005).

Foi se ampliando e complexificando o entendimento do conceito de saúde, de modo que passamos a compreender as questões sociais, econômicas, políticas e culturais, da forma como estas repercutem e trazem impactos no processo de produção de saúde-doença-saúde (Yasui, 2006). Nesta direção, em 1989, teve início a discussão, no Congresso Nacional, do projeto de lei que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Porém, somente em 2001, depois de um amplo e árduo processo de

discussão, foi sancionado e convertido na lei 10.216 (Brasil, 2005).

Amarante e Nunes (2018) enfatiza que a Reforma Psiquiátrica não se resume a reforma dos serviços de cuidado em saúde, sendo um processo mais amplo, que visa a construção de uma nova compreensão acerca do fenômeno da loucura na sociedade. Na tentativa de potencializar esse movimento e ter mudanças no imaginário social, foi estimulado o protagonismo das/dos usuárias/os para a construção desse movimento e a construção das políticas públicas.

Com as mudanças nas políticas de saúde mental foram ampliados os dispositivos de cuidado territorial, denominados serviços substitutivos ao manicômio, como as residências terapêuticas, destinada para pessoas em longo período de internação em hospitais psiquiátricos, os centros de atenção psicossocial, os centros de convivência, hospitais-dia, residências terapêuticas, etc.

Amarante e Nunes (2018) elucidam que em 2002 foi criado o Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares, constituindo-se em um grande marco que possibilitou a avaliação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados. Nesse processo houve centenas de fechamentos de hospitais e leitos que estavam em funcionamento inadequado para a assistência à saúde.

Nesta direção, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (álcool e outras drogas), CAPS i (infanto-juvenil), foram marcos fundamentais deste processo. Posteriormente, novos serviços e políticas foram implementadas como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Programa de geração de renda e trabalho e os pontos de cultura (Amarante; Nunes, 2018).

Com esse movimento ocorreu o redirecionamento dos recursos financeiros

para o modelo substitutivo de cuidados em saúde mental, tendo uma curva crescente na abertura de CAPS e demais serviços. Amarante e Nunes (2018) explicam que na década de 70 tínhamos cerca de 80 mil leitos em hospitais psiquiátricos e 96% dos recursos direcionados a estes serviços. Em 2002, os gastos com hospitais psiquiátricos eram de 75,24%, passando, em 2013, para 20,61%. Os investimentos no modelo substitutivo passaram de 24,76% para 79,39% no mesmo período. Acerca dos leitos psiquiátricos, em 2014, tínhamos 25.988 leitos ativos, passando a investir mais na atenção psicossocial do que na rede hospitalocêntrica (Amarante & Nunes; 2018).

Mesmo com esses marcos, a efetivação da lei e demais programas que possibilitam a mudança do modelo de assistência, não se pode entender a Reforma Psiquiátrica brasileira como um acontecimento concluído, constituindo-se

ainda em um modelo em disputa (Yasui, 2006).

Como elucidam Nunes, Júnior, Portugal e Torrenté (2019), a exclusão/confinamento tem forte perspectiva econômica e a medicalização dos sofrimentos tem forte impacto na indústria farmacêutica. O campo da saúde mental era e é um lugar de tensões, conflitos e disputas de ideias. Por estes motivos não podemos dizer que o movimento de Reforma Psiquiátrica é uma conquista permanente.

Esse cenário de disputa pelo modelo de atenção à saúde mental se intensificou ainda mais depois de 2016, após o processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff. A partir de um mantra de que a constituição de 1988 “não cabia no orçamento do país”, foi implementada uma proposta de governo chamada “Ponte para o Futuro” que, junto com a Emenda Constitucional 95, conhecida como

“Emenda do Teto de Gastos Públicos”, tivemos início a uma aguda diminuição dos financiamentos das políticas públicas de assistência e cuidado, cenário que se tornou ainda mais agudo após a eleição de Jair Bolsonaro, em 2018.

No âmbito específico das políticas que envolvem o cuidado em saúde mental e de atenção ao uso de álcool e outras drogas, foram muitos os retrocessos a partir da promulgação de novas portarias, notas técnicas e da promulgação da nova lei sobre drogas em 2019¹. Esse processo ficou conhecido como contrarreforma psiquiátrica (Nunes; et al, 2019).

Assim, podemos entender esse movimento de contrarreforma como: “(...) um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tencionam e até revertem as transformações produzidas pelas RP nas quatro dimensões propostas por Amarante: epistemológica, técnico-

¹Nota: Brasil. 2019. Nova Lei sobre Drogas.

assistencial, político-jurídica e sociocultural (...)” (Nunes et al., 2019, p. 3).

Nunes et al. (2019) elucidam que mesmo com os avanços nas diferentes esferas sociais e com a construção de outro modelo de saúde, que substitui o modelo hospitalar, o Ministério da Saúde nunca tenha se posicionado abertamente sobre a extinção dos hospitais psiquiátricos.

O relatório da III Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 2001, sugere que todos os leitos em hospitais psiquiátricos deveriam ser extintos até 2004. Contudo, entramos em um paradoxo pois a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera necessário que o investimento na saúde mental em países desenvolvidos ultrapasse 5% do orçamento geral da saúde. Contudo, no Brasil, o financiamento na saúde mental sempre foi inferior a 3% e, em 2013, a situação se agravou, com o financiamento chegando a 2,1%. Em 2016, o financiamento ficou em apenas 1,6%. O baixo financiamento

impacta diretamente o avanço de abertura de CAPS pelo país e reduz a qualidade dos serviços (Nunes; et al, 2019).

Em 2017 foi alterada a Portaria 3.588, com mudanças significativas na Política de Saúde Mental, enfraquecendo os avanços dos serviços substitutivos e fortalecendo a implementação de serviços com a lógica manicomial. A “nova” política de saúde mental foi construída de forma muito limitada e sem participação popular. Ela foi alterada por um grupo da corporação médica, excluindo os mais interessados que deveriam ser protagonistas deste processo, a saber, os usuários dos serviços de saúde mental, suas famílias, as/os profissionais da saúde. As alterações realizadas não respeitaram a Constituição de 1988 e os preceitos da Reforma Psiquiátrica – cuidado em rede e no território, regionalização, participação popular.

Ou seja, a direção da política de saúde mental voltava ao modelo degradado, onde se marginaliza, silencia, retira os

direitos das pessoas com transtornos mentais, onde temos um único discurso centrado no saber médico, que não respeita o fluxo histórico das lutas sociais e a democratização. No site do Ministério da Saúde, podia-se ler que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos (...)” (Nunes; et al, 2019). Assim, os hospitais psiquiátricos e os estabelecimentos autodenominados como comunidades terapêuticas passam a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, em 2018, a portaria 2.434 concede reajuste do valor das diárias de internação em hospitais psiquiátrico, ao mesmo tempo que há o congelamento de repasse mensal aos CAPS desde 2011. Em 2019, o Governo Bolsonaro (2019-2022) publicou uma nota técnica² que anunciava mudanças previstas no campo da saúde mental, contudo, em pouco tempo essa nota

foi suspensa pela repercussão que teve. No entanto, essa nota deixava de forma explícita o seu apoio aos hospitais psiquiátricos e sentenciava que os serviços substitutivos não eram mais considerados substitutivos, pois não havia o que substituir.

E nessa perspectiva, infelizmente, não foi difícil perceber que tais retrocessos ganharam novos adeptos e força em nossa sociedade, uma vez que nossa cultura manteve o “pé” na lógica manicomial. A loucura nunca deixou de ser associada a insanidade, periculosidade, sendo atravessada pelo preconceito e estigma, algo denominado por Pelbart (1990) como manicômio mental.

Posto isso, não podemos perder de vista, como sinaliza Amarante e Nunes (2018), que a Reforma Psiquiátrica não se resume a reorientação do modelo de assistência à saúde. É um processo mais

²Nota: Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019

complexo, diz de nossas concepções acerca da loucura, da inclusão da complexidade humana, da prática dos princípios e diretrizes do SUS, da democracia, etc.

Neste texto, buscamos relatar a experiência de um estágio que objetivou acompanhar usuários da rede de atenção psicossocial da cidade de Santo Antônio de Jesus/BA. Em um momento de recrudescimento dos direitos dos usuários da RAPS, de maior precarização dos serviços e dos contratos de trabalho das/os trabalhadoras/es do SUS, de desfinanciamento da política pautada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e de contrarreforma, compreendemos ser urgente que demonstremos que a clínica da atenção psicossocial pode ser efetiva no acompanhamento de casos de transtornos psíquicos graves e persistentes.

Método E Discussão

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir da prática em um estágio supervisionado no curso de Psicologia, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Centro de Ciências da Saúde (CCS), localizado no município de Santo Antônio de Jesus - BA. O estágio aconteceu no período de abril de 2018 a janeiro de 2019. Para registro e análise dos dados foi utilizado diários de campos produzidos durante as práticas de intensificação do cuidado ao usuário acompanhado pela estagiária. Esta técnica de produção de dados permite que fragmentos da experiência ganhem relevo, a partir de memórias de contextos cotidianos, suas dificuldades e recalcitrâncias do trabalho vivo em ato (Mehry, 1999).

O estágio foi realizado no CAPS II da cidade e possibilitado através do Convênio entre a Prefeitura Municipal e a UFRB. A prática do acompanhamento do usuário ocorria, geralmente, uma vez por semana,

sendo ocasionalmente aumentada em virtude da necessidade da intensificação do cuidado ao usuário.

Buscamos contextualizar o momento político em que vivíamos na política de saúde mental, para após, discutir sobre o modelo de cuidado da intensificação de cuidado e a apresentação do caso e, posterior, discussão e análise.

Intensificação De Cuidados

A prática relatada e analisada neste artigo foi pautada na noção de intensificação de cuidados, estratégia de acompanhamento de casos críticos que surge como um modo de operar a Clínica Psicossocial das Psicoses, a partir da experiência do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos (PIC), na cidade de Salvador, Bahia, em janeiro de 2004. Esse dispositivo de cuidado tem por objetivo identificar as necessidades do usuário e fazer clínica onde o sujeito vive,

no seu cotidiano e a partir de suas relações (Silva, Costa & Neves, 2007).

O intuito é oferecer cuidados de forma intensiva à pessoa que está fragilizada e/ou com os laços sociais e familiares enfraquecidos ou quebrados, buscando intervir nessa dinâmica de vulnerabilidade. Esse trabalho é complexo, requer uma nova forma de pensar práticas em saúde mental, pautada na escuta, cumplicidade e confiança através do trabalho vivo em ato (Casais, 2007).

Por “intensificação de cuidados”, compreende-se um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando o fortalecimento dos vínculos e a potencialização das redes sociais de sua relação, bem como o estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade. De

caráter ativo, a “intensificação de cuidados” trabalha na lógica do “um por um” e pretende colher o indivíduo no contexto de sua vida familiar e social, estabelecendo um diagnóstico que respeite a complexidade de cada caso em suas peculiaridades psíquicas e sociais. Baseada em visitas domiciliares regulares, de prospecção e intervenção, a “intensificação de cuidados” oferece desde os recursos terapêuticos tradicionais até o assessoramento existencial do qual os sujeitos psicóticos carecem, com vistas a contribuir para o processo de re-organização de suas vidas, para o enfrentamento das tendências socialmente expulsivas motivadoras

das re-internações frequentes (Silva³ et al., 2007).

Dessa forma, faz-se necessário resgatar e ampliar o paradigma da atenção psicossocial, base da Reforma Psiquiátrica, e se configura com a ruptura da compreensão limitada das experiências da pessoa com transtorno mental, com a racionalidade médica, centrada nos processos neurobiológica, diagnóstico e medicação. Assim, a profissional voltará atenção ao sofrimento psíquico e a outras esferas da vida, priorizando o diálogo com os diferentes conhecimentos e com todos os atores envolvidos (Yasui, Luzio & Amarante, 2018).

À vista disso, quando se pensa em intensificação de cuidados refere-se à presença clínica, trocas, ou seja,

³Nota Marcus Vinícius de Oliveira Silva era psicólogo, professor aposentado da UFBA, atuou principalmente nos temas: reforma psiquiátrica e saúde mental, Clínica Psicossocial das Psicoses, Psicologia e direitos humanos, desigualdade social e subjetividade. Marcus Vinícius foi um importante nome da Psicologia e luta antimanicomial no Brasil e América Latina, e fez grandes contribuições do fazer cuidado psicossocial. Ele foi brutalmente assassinado em 04/02/2016 no Recôncavo da Bahia.

Passaram-se cinco anos do acontecimento e até hoje as circunstâncias da sua morte não foram reveladas, contudo, indicam crime de mando, a motivação seria a luta do psicólogo em defesa das populações vulneráveis, Marcus atuava ao lado das populações ribeirinhas para preservação ambiental da área. Esse crime é ora individual, ora coletivo, pois o Brasil é um país que tem culturas muito trágicas: do estupro, do feminicídio, racismo, lgbt fobia - “As estatísticas são de vozes caladas todos os dias” (CFP, 2018).

investimento na relação, aquilo que Mehry (1999) denominou tecnologia leve de cuidado em saúde. Assim, o conjunto de procedimentos terapêuticos visa o fortalecimento de vínculos, potencialização das redes de apoio, promovendo mudanças na qualidade de vida do usuário e sua liberdade (Yasui et al., 2018).

Dessa forma, não se pode pensar cuidado sem articulação com a rede e utilização de diferentes dispositivos de cuidado de acordo com as necessidades do usuário como: atenção domiciliar, acompanhamento terapêutico, cuidados à família, passeios, entre outras possibilidades (Yasui et al., 2018).

“O Invisível Não É O Irreal: É O Real Que Não É Visto”

No período de convívio no CAPS foi possível estabelecer vínculo e trocas com várias usuárias e usuários, contudo, foi escolhido escrever sobre a história de vida de Arthur⁴, pois a partir do primeiro contato, sua invisibilidade no serviço e história nos atravessaram e, a partir de então, começamos a construir uma relação de afetações e trocas. Assim, a partir de agora, relato algumas das memórias e história de vida de Arthur e a partir dela, vamos pensar a produção de cuidados no serviço substitutivo de saúde mental.

Arthur é um homem negro, na época com 44 anos de idade, histórico de internações psiquiátricas. Era separado de sua esposa, embora continuava casado no papel, e com um filho, que na época do estágio, tinha 18 anos de idade. Neste mesmo período, Arthur morava em um

⁴ Todos os nomes próprios são fictícios. Escolhi esse nome inspirada na história de Arthur Bispo do Rosário que foi um homem que passou a maior parte de sua vida em instituições psiquiátricas, impossibilitado de trabalhar e manter o convívio social. A forma que Arthur encontrou para

sobreviver diante da sua invisibilidade e violências foi produzindo artes, que só foram expostas e reconhecidas a beleza socialmente após sua morte. A história de vida de Bispo e Arthur (nome fictício) se cruzam em vários momentos: internações, isolamento, apagamento da história de vida (em vida), afastamento do trabalho e da família e amigos.

quarto no fundo da casa de sua tia, Maria, que era responsável por receber o benefício de prestação continuada (BPC). Quando chegamos no campo de prática, Arthur era vítima de “chacotas” frequentes, feitas pelos usuários, por possuir características que destoavam do “normal”, mesmo para o CAPS, como pegar materiais na rua descartados pelas pessoas, pegar comida no lixo para comer, usar roupas consideradas de mulher e/ou por ter feito ou deixado de fazer algo esperado. E nessas circunstâncias ele não conseguia reagir, ficava apático, dessa forma, o único espaço de socialização que Arthur tinha, era configurado por relações hostis.

Arthur foi inserido no serviço em 2006 e até o encerramento do estágio, em janeiro de 2019, o usuário estava sendo acompanhado na modalidade intensiva⁵, no intuito de intensificar cuidados para

melhorar seu quadro clínico e suas condições socioeconômicas, logo, frequentava o CAPS quatro dias na semana (de segunda-feira a quinta-feira), dias que o serviço estava em funcionamento para o público.

Arthur dependia do carro do serviço para buscá-lo em casa e levá-lo de volta no final da tarde, pois naquele momento não conseguia se deslocar de casa para o CAPS de ônibus. Dessa forma, quando o carro quebrava ou tinha eventos no CAPS II ou CAPS AD (álcool e outras drogas), o carro era direcionado para a atividade e o motorista não o buscava, Dessa forma, o usuário não ia para o serviço (exceto um dia, que a posteriori relatarei).

Ele residia em um bairro muito distante e não tinha acesso ao passe livre⁶. Sobre isso o técnico de referência do usuário relatou que “o passe fica com a tia,

⁵Nota O atendimento intensivo no CAPS era direcionado a usuários/as que, em função de seu quadro clínico, necessitavam acompanhamento diário no serviço.

⁶ Benefício social que garante um cartão de transporte gratuito direcionado a pessoas com alguns tipos de deficiência, transtornos mentais e idoso.

porque ele (o usuário) sai de casa sem avisar e pode se perder”. No mês seguinte, o usuário compartilhou comigo que perdeu o passe-livre (não soube dizer quando): “saí com o passe e perdi. Mas o motorista (do ônibus) me conhece e deixa eu entrar (quando ele se desloca através do transporte público municipal)” (Diário de Campo).

Ao mesmo tempo que Arthur era excluído das interações sociais e atividades propostas pelo serviço, visto como louco, até mesmo entre os usuários do serviço, e julgado como uma pessoa que não compreendia o que acontecia consigo e com o outro, ele era cuidado por algumas usuárias do serviço. Percebemos Arthur no serviço em uma manhã de setembro, quando presenciamos o usuário pegando comida do lixo para comer. As usuárias que estavam próximas de Arthur pediram para ele não mexer no lixo e comentaram como estavam preocupadas com esse comportamento, ao mesmo tempo em que faziam chacota (na frente do usuário).

Nosso primeiro contato em que houve diálogo foi na semana seguinte no qual várias situações nos afetaram. Novamente, o observamos mexendo no saco de lixo (com resíduos orgânicos e não orgânicos - restos de alimentos, papel higiênico e absorventes usados) a procura de comida. Aproveitamos o momento para conversarmos com ele e fizemos o acordo dele não mexer e comer comida do lixo. Naquele dia ele concordou.

Nessa mesma manhã, Arthur estava comendo um chocolate e um pacote de biscoito. Minutos depois, uma usuária perguntou para ele: “*por que você roubou a minha sacola?*”, o usuário ficou calado, ela saiu de perto, foi para o refeitório. Minutos depois se aproximou novamente e falou com Arthur: “*nunca mais faça isso com ninguém*”, e lhe deu três tapas no tórax. O usuário ficou parado sem reação (Diário de Campo).

Imediatamente, outro usuário puxou Arthur pelo braço, ficando na porta

da enfermeira. Fui até eles e o usuário falou: *“vou colocar Arthur para falar com a enfermeira o porquê ele fez isso (pegou o lanche da usuária) e falar que Arthur está deixando outro usuário nervoso”*, afirmando assim que Arthur estava em crise e que precisava de medicação. Depois do seu relato, ponderamos que não precisava de medicação por esse motivo e saímos da porta da enfermaria. Todos os usuários que estavam no momento da briga riram da situação e fizeram “piada”. Em seguida Arthur foi dormir (Diário de Campo).

Em situações semelhantes, os usuários e profissionais do serviço riam de Arthur na frente dele e agiam como se ele não entendesse o que lhe era dito. A reação de Arthur nesses momentos era colocar sua cabeça para baixo ou sair do espaço, sempre com os olhos marejados.

Os comportamentos compreendidos como inadequados dos/das usuários/as do serviço eram encarados pelas profissionais do serviço, em muitos momentos, como

necessitando de punição e os/as usuários/as acabavam por reproduzir essa lógica. As punições nesse contexto eram a aplicação de medicações injetáveis e/ou a “necessidade” de contenção na maca e/ou suspensão das atividades do serviço. Foram comuns falas nesse sentido: *“se você ficar assim, vou te levar para tomar medicação”* (usuário); *“se você não ficar aqui, vou te amarrar de novo”* (profissional); *“vou te suspender do futebol por uma semana, porque você não se comportou”* (profissional); *“você não vai para a viagem, porque não se comportou nessa semana”* (profissional); *“você vai ser suspenso de novo, se não ficar quieto”* (profissional); *“você não vai pro shopping se não limpar o rosto”* (Arthur passou pasta de dente em todo o rosto)” (usuário) (Diário de Campo).

Em um destes dias, Arthur estava deitado em um palete (espaço com colchonetes para os usuários descansarem/dormirem), e fizemos outro

combinado: “*vamos fazermos um combinado? Você não pega mais comida do lixo, porque pode pegar uma doença e quando estiver com fome, você procura alguém que trabalha aqui e pergunta se tem um lanche, certo?*”. Ele concordou, mas antes de ir embora perguntei se ele lembrava do acordo, respondeu que não, repeti o que tínhamos conversado e nas semanas seguintes não presenciei ele mexendo no lixo (Diário de Campo).

Quatro semanas após começarmos a acompanhar Arthur, nunca o havíamos visto tão bem, estava disposto, conversando e interagindo com os colegas. Nesse dia, aconteceria uma viagem à praia (iriam alguns usuários, profissionais e estudantes de medicina), e o serviço estava muito cheio e agitado. Porém, Arthur não participou do passeio e uma técnica lhe disse: “*os técnicos escolheram os usuários que não estão em crise, que obedecem a ordens e que já têm certo tempo que são pacientes do CAPS*” (Diário de Campo).

Assim, alguns usuários foram excluídos, poucos foram convidados para o passeio, outros/as estavam com o nome na lista e na hora da viagem foram substituídos/as por outras pessoas. Alguns não souberam da viagem até ver as pessoas comentando no dia seguinte.

Arthur estava em crise, segundo os/as técnicos/as. Ficou no CAPS, quando passamos para ir à copa, ele estava deitado em um colchonete no refeitório, esmurrando o chão. Paramos para conversar com ele e foi muito comovente, pois Arthur estava “lúcido” e sua história trouxe elementos de uma vida com direitos não vilipendiados e muita violência.

Falou sobre sua dinâmica familiar, com quem morava, como era sua casa, o que gostava de fazer. Relatou também que, em 2002, tentou se suicidar duas vezes. Na época, morava com a ex-esposa que depois desses fatos foi embora com seu filho (semanas depois, conta que foi colocado para fora de casa). Arthur explica que,

tempos mais tarde, ocorreu a separação e que a ex-esposa o deixou na casa de sua avó. Desde então, Arthur não os vê. No momento deste atendimento, havia passado quinze anos. Relatou que era muito difícil ouvir vozes e que sentia muitas saudades do filho.

Em pouco tempo de acompanhamento, com a vinculação produzida a partir da disponibilidade a escutá-lo e com o espaço de trocas, buscando ampliar a garantia dos direitos fundamentais à sua existência, como a dignidade, respeito, convívio social e familiar saudável (preceitos da intensificação de cuidados), o usuário que pouco falava, passou a falar com mais frequência sobre as dores que o atravessavam (Diário de Campo).

Em um dia nesse período, o carro do serviço não estava disponível para buscar o usuário (O que não era incomum). A técnica de enfermagem foi administrar as medicações na casa de alguns, dentre esses,

Arthur. Por conta disso, fomos com ela e chegando lá, ouvíamos Arthur gritar. Um funcionário do serviço indagou porque ele gritava. Arthur respondeu: *“Olha para aqui, eu tô preso”* (Diário de Campo). Ele estava trancado no seu “quarto” que era composto por uma grade (no lugar da porta), que ficava fechada com um cadeado e onde dormia em uma cama de cimento sem colchão (cerca de um mês depois o usuário relatou que ganhou um colchão), com travesseiro, colcha e um pequeno banheiro sem porta, que tinha um vaso sanitário, pia e um cano baixo (onde ele tomava banho - chuveiro). A água, iluminação e a chave da grade eram controladas por Maria (sua tia).

Alguns dias depois, Arthur queixou-se de dor no dente e providenciamos uma consulta na unidade de saúde onde estava adscrito. A técnica de enfermagem e o motorista do CAPS o acompanharam na avaliação e durante o exame de raio X. Contudo, até a finalização do estágio o

usuário não havia voltado para fazer os procedimentos necessários no dente (Diário de Campo).

Os cuidados exercidos pelo serviço eram pontuais, as duas técnicas de enfermagem administravam as medicações de Arthur e o ajudavam no cuidado com a pele (Arthur tinha um problema de pele que quando ele estava em situação de estresse intensificava a descamação, ressecamento, aparecendo caroços, sem diagnóstico e acompanhamento especializado). Um dos técnicos do serviço cortava o cabelo e barba de Arthur duas vezes no mês.

Após um período inicial do acompanhamento, as estagiárias de psicologia e medicina, conseguiram realizar com a equipe do serviço uma reunião para discutir a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o usuário, com o objetivo de envolver a equipe no cuidado que estava sendo construído, possibilitar articulações com a rede e a construção de autonomia do

usuário. Nesse plano ficou previsto visitas domiciliares (VD), buscando aproximar sua responsável do serviço e melhorar as condições de habitação do usuário; tentar negociar com ela a concessão de um valor fixo mensal para ser administrado pelo próprio usuário (inicialmente não houve concordância nesse aspecto), sendo que a própria técnica de referência falou que “*ele pode usar o dinheiro para usar álcool*”; a realização de consultas médicas com cardiologista, visto que no seu prontuário relatava uma doença prévia cardíaca (relato de Maria em 2006) e Arthur estava se queixando de dores no peito; além de uma consulta com dermatologista para investigar o problema de pele; consulta com o psiquiatra, para ajuste das medicações; e a realizar de exames de infecções sexualmente transmissíveis (IST), visto que nunca havia feito e poderia ser uma das causas das lesões de pele (Diário de Campo).

Infelizmente, os pontos pactuados com as profissionais do serviço não foram colocados em prática. A estagiária de psicologia e as internas de medicina se mobilizaram para fazer o que estava ao alcance, com as internas conseguindo a guia de encaminhamento, o agendamento e a realização da consulta com a cardiologista (inclusive acompanhando o usuário no dia). Tivemos muita dificuldade em ir para a consulta, pois o serviço não disponibilizou carro, mesmo solicitando com antecedência. Além disso, solicitamos o acompanhamento de uma técnica do serviço, porém, foi necessário pressionarmos o serviço para conseguirmos o carro e uma técnica como acompanhante há poucas horas da consulta.

A consulta com o psiquiatra foi agendada, contudo, adiada no momento que ia ser atendido, pois o carro do serviço havia chegado e estava no horário para

levar os usuários para casa (às 15 horas) e o profissional de referência não poderia participar da consulta, uma vez que já estava no encerramento do seu horário de expediente. Assim, foi necessário reagendarmos a consulta para a semana seguinte, embora, não sabíamos se aconteceria, pois, o profissional de referência não soube informar se teria carro⁷ disponível na data. A consulta com o psiquiatra era considerada por nós como fundamental, uma vez que o diagnóstico do usuário era impreciso e a prescrição da medicação excessivamente ampla: 14 comprimidos por dia + 3 ampolas de injeção a cada quinze dias + 6 ampolas/mês de fenergan.

No dia da consulta o carro não foi disponibilizado, mas Arthur lembrou da consulta e conseguiu chegar ao serviço, dizendo ter pedido “*carona ao rapaz que entrega banana na casa de minha prima*”

⁷Nota

O carro e o motorista eram terceirizados pela prefeitura do Município e prestava serviço aos dois serviços, o CAPS II e o CAPS AD.

(ao lado da sua casa)”. Arthur pegou carona até o centro da cidade e foi andando para o serviço. Nesse atendimento, Arthur teve espaço para falar, talvez pela primeira vez um psiquiatra estava ouvindo sua história a partir do protagonista. Nos contou um pouco mais da sua história de vida e seus planos para o ano seguinte: “*eu quero voltar a estudar (...), trabalhar (...), ter meu dinheiro de novo*”. Arthur no início da prática de estágio não conseguia articular falas e verbalizar desejos e, nesse momento, estava fazendo planos para o futuro. Foi um indicador importante para percebermos o resultado da intensificação de cuidado ao usuário (Diário de Campo).

Na semana de encerramento das atividades referentes ao ano de 2018, os/as usuários/as foram convidados/as para passear no shopping da cidade. Quando chegamos ao CAPS, Arthur estava com pasta de dente no rosto (ora falava que era pomada, ora creme) e vestido com três blusas. A equipe havia pedido para ele

limpar o rosto e tirar as camisas, mas ele não concordava. Conversamos com ele e nos colocamos disponíveis a ajudá-lo: “precisamos espalhar melhor essa pomada, o que você acha? Posso te ajudar, se você quiser”. Ele aceitou, dizendo que queria, depois sugerimos que ele escolhesse uma blusa para irmos ao shopping e tirar as outras duas, pois, estava muito calor. Ele também concordou (Diário de Campo).

Chegando ao shopping, fomos para a praça de alimentação, onde todos/as os/as usuários/as pediram sorvete ou suco (lanche pago com o caixa da atividade de geração de renda que os/as internos/as de do curso de medicina mediavam no serviço). Arthur ficou tão feliz, que não sabia se tomava o sorvete ou sorria, um momento repleto de afetações. Depois passeamos pelo shopping, entramos em lojas, olhamos vitrines, tiramos fotos, andamos de escada rolante. Foi um momento potente e uma oportunidade de perceber uma clínica que se fazia

ultrapassando as paredes e muros do serviço.

Durante o “recesso do serviço”, ocorrido entre o final de dezembro e início de janeiro, sua tia nos enviou mensagem falando que Arthur tinha saído de casa e ela não sabia para onde ele havia ido. No final da tarde, ligou para avisar que Arthur havia voltado para casa, dizendo que tinha saído para passear. Esse foi mais um indício de que ele estava bem e que poderia acreditar na aposta de vinculação e tudo que havíamos construído com ele e Maria.

No início de janeiro as atividades foram retomadas e Arthur surpreendeu. Na terça-feira nos reencontramos e novamente fomos construindo novas possibilidades e projetos para o ano que estava iniciando: “*eu quero fazer meu passe livre (...) e vir de ônibus para o CAPS, você pode ir comigo (fazer o passe)? (...)*”; “*preciso ir no CEO (Centro Especializado Odontológico) para arrancar o dente, você vai?*”. Às demandas que ele trazia, eram respondidas

sempre que íamos ver com os profissionais do serviço para marcarmos, uma maneira de buscar construir cuidado em equipe e em rede, contribuindo, assim, para a responsabilização da equipe com o acompanhamento ao usuário (Diário de Campo).

O acesso de Arthur ao passe livre lhe possibilitou autonomia, a fim de garantir o direito de deslocar-se com segurança e possibilitando que ele ocupasse mais espaços na sociedade. Ainda que ele não estivesse ocupando todos os espaços que tinha direito, isso lhe possibilitava sonhar que em um futuro próximo isso pudesse acontecer. O usuário compartilhou:

Eu fui pra rodoviária no último ônibus a noite (...). (...) trabalhei lá, carregava mala das pessoas que chegavam de viagem, levava as malas do táxi até o ônibus. (...) Algumas pessoas eram educadas e agradeciam, algumas não olhavam pra minha cara e algumas me davam

um real, dois reais, (...) o que podiam dar na hora. Aproveitei e tomei um café da manhã reforçado (com o dinheiro do seu trabalho na noite) e voltei para casa umas cinco horas (Diário de Campo).

Arthur compartilhava seus medos, preocupações, tristezas, ideias, alegrias e desejos. Dessa forma, ele ia ganhando espaço e oportunidades para que fosse mais ativo no seu cuidado e assim, reassumindo o protagonismo da sua vida. Dessa forma, passou, aos poucos, a ser visto e ouvido. Passou a criar novos vínculos, a fortalecer os antigos, contribuindo para a produção de autocuidado, de apoio e ajuda familiar, reconhecimento dos seus pares e busca por seus desejos. Buscamos contribuir para que as pessoas do seu entorno percebessem que o sofrimento psíquico, mesmo grave e persistente, não invalida outras experiências.

Considerações Finais

Após alguns meses de investimento na intensificação de cuidados, Arthur passou a ir para o CAPS de ônibus, parou de dormir na rua e mexer em lixos. Os/as demais usuários/as do serviço passaram a lhe incluir nas atividades e conversas. Desse modo, não foi uma escolha intensificar cuidados a Arthur, foi uma necessidade, pois o usuário era uma pessoa em extrema vulnerabilidade social e psíquica, com laços frágeis e conturbados, visto como um homem insano e só enxergado em situações onde lhe cabiam críticas. Desse modo, foi importante estarmos acessíveis e disponíveis para aproximação e investimento no cuidado intensivo como recurso possível para produção e transformações efetivas.

A intensificação de cuidados foi possível a partir da nossa compreensão de clínica que rompe com a clínica tradicional, onde não haviam objetivos ou metas traçadas e estávamos disponíveis as

demandas dos usuários e usuárias e no fortalecimento de suas redes de cuidado. Essa deveria ser uma das práticas dos serviços substitutivos, pautados na imprevisibilidade e resolutividade.

Contudo, como podemos visualizar a partir da história de Arthur, ele estava invisibilizado no serviço. Muitas informações compartilhadas por nós com as profissionais do serviço eram desconhecidas, mesmo depois de anos de inserção do usuário. A precarização dos vínculos trabalhistas, a falta de uma política de formação continuada dessas/es profissionais pode dificultar a prática crítica e a concretização da aposta oriunda da reforma psiquiátrica.

Uma prática voltada ao atendimento em consultório, centrada na medicação e diagnósticos nos serviços substitutivos enfraquece a reforma psiquiátrica, a luta antimanicomial e a política de saúde mental. Buscamos, a partir deste relato de experiência demonstrar com evidências

clínicas, que as diretrizes da reforma e do cuidado psicossocial podem ser efetivos. A intensificação de cuidados pode ser um dos dispositivos clínicos possíveis de serem implementados a casos mais graves.

Infelizmente, Arthur faleceu em um trágico acidente em 2021. A ele, dedicamos esse texto, agradecendo o tanto que nos ensinou.

Referências

- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Brasil (2005). Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasil. 2005. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Merhy, E. E. (1999). O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 305–314.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>

- Nunes, M. de O., Lima, J. M. de ., Portugal, C. M., & Torrenté, M. de . (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489–4498.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>
- Pelbalrt, Peter Pál. (1991). Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti, Antônio (Org.). *A Clínica Integral: O paradigma “Psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses* (pp. 129-138). São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Silva, M. V. O., Costa, F. R. M., Neves, M. N. (2007). *A Clínica Integral: O paradigma “Psicossocial” como uma exigência da clínica das psicoses*. In Silva, Marcus Vinicius de Oliveira (Org.), *A Clínica Psicossocial Das Psicoses* (pp. 40-41). Salvador, Brasil: In-tensa Ex-tensa/ Universidade Federal da Bahia. Departamento de Psicologia.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. (Tese de Doutorado), Cap. 1. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/4426/ve_Silvio_Yasui_E_NSP_2006.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Yasui, S.; Luzio, C. A; Amarante, P. (2018). Atenção Psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território, p.173-190. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, Brasil. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n1/v8n1a11.pdf>
-
- Raianna Antonio da Silva**, UFRB.
E-mail: psi.palomaraiana@gmail.com.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5854-3882>
-
- Rafael Coelho Rodrigues**, UFRB.
E-mail: rafaelcoelho@ufrb.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9653-6154>
-
- Submetido em:** 20/09/2023.
1ª Rodada: 06/10/2023.
2ª Rodada: 15/04/2024
Aceito em: 24/05/2024
-